

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních
a zdravotnických organizacích

Bc. Šárka Hejduková

**Řízení změny v systému zapracování sester na ARO
v Krajské nemocnici Liberec a.s.**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 29. 10. 2008

Bc. Šárka Hejduková

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucímu diplomové práce Mgr. Petru Vrzáčkovi za cenné připomínky a za trpělivost při odborném vedení mé práce. Velké poděkování patří též Bc. Michaele Brynychové, vrchní sestře ARO Krajské nemocnice Liberec a.s., že mně umožnila realizovat praktickou část diplomové práce na tomto oddělení a za její podporu v tomto procesu. Také bych chtěla upřímně poděkovat všem zaměstnancům ARO, kteří se podíleli na realizaci tohoto výzkumu a všem sestřám, které se mnou dobrovolně spolupracovaly a dosud spolupracují na tomto projektu.

Obsah:

1. Úvod.....	9
2. Cíle a východiska práce.....	10
3. Teoretická část – Personální řízení.....	12
3.1. Základy a vývoj personálního řízení.....	12
3.1.1 Zaměření personálního managementu.....	16
3.1.2. Personální procesy	18
3.1.3. Personální činnosti.....	19
3.1.4 Personální řízení zaměřené na schopnosti – kompetence.....	22
3.2. Rozvoj pracovníků	23
3.2.1. Personální rozvoj pracovníků.....	23
3.3. Vzdělávání pracovníků.....	25
3.3.1. Učební proces	25
3.3.2. Učební zásady.....	26
3.3.3. Podmínky pro efektivní vzdělávání.....	27
3.3.4. Management znalostí.....	29
3.4. Metody vzdělávání.....	30
3.4.1. Metody používané zpravidla ke vzdělávání na pracovišti.....	30
3.4.2. Metody vzdělávání používané při výkonu práce i mimo pracoviště.....	35
3.4.3. Metody vzdělávání mimo pracoviště	36
3.5. Vzdělávání nelékařských pracovníků v ČR.....	38
3.5.1. Zákon č.96/2004 Sb.....	39
3.5.2. Formy vzdělávání nelékařských pracovníků.....	43
3.5.3. Novela zákona č.96/2004 Sb.	47
3.6. Vzdělávání sester ve světě.....	49
3.7. Adaptační proces	53
3.7.1. Nástroje adaptačního procesu.....	54
3.7.2. Průběh adaptačního procesu a možné nesnáze.....	55
3.8. Adaptační proces nelékařských pracovníků v ČR.....	57

3.9. Adaptační proces nelékařských pracovníků ve světě.....	60
4. Řízení změny.....	63
4.1. Pojetí změny	63
4.1.1. Klasifikace změny.....	64
4.1.2. Příčiny změny.....	64
4.1.3. Strategie změny.....	66
4.2. Podpůrné faktory úspěšné realizace změn.....	67
4.2.1. Komunikace transformační vize.....	68
4.2.2. Možné problematické oblasti při zavádění změn.....	68
4.2.3. Překážky změny.....	70
4.2.4. Odpor ke změně.....	71
4.2.5. Metody překonání odporu vůči změně.....	71
4.3. Yerkes – Dodsonův zákon.....	72
4.4. Motivace ošetrovatelského personálu ke změně.....	73
4.5. Význam týmové práce v ošetrovatelství.....	73
4.6. Dynamika řízení proudu změn ve zdravotnictví.....	74
4.7. Proces transformace ve zdravotnictví.....	75
5. Empirická část.....	76
5.1. Úvod.....	76
5.2. Diagnóza současného stavu v organizaci.....	76
5.3. Představení oddělení ARO.....	77
5.4. Plán diagnostiky.....	78
5.6. Výběr respondentů.....	79
5.7. Použité výzkumné metody	79
5.8. Zapracování sester na ARO – popis procesu.....	83
6. Analytická část.....	85
6.1. Hlavní zjištění.....	85
6.2. Analýza dokumentů.....	88
6.3. Analýza rozhovorů.....	88
6.4. Výsledky dotazníkového šetření.....	94
6.5. Návrh doporučení pro optimalizaci zjištěných rezerv.....	101
6.6. Facilitované setkání se zaměstnanci	103

7. Závěr.....	106
8. Seznam literatury.....	108

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník.....	113
Příloha č. 2 SWOT analýza projektu zapracování sester na ARO.....	117
Příloha č. 3 Otázky pro rozhovor s primářem ARO.....	120
Příloha č. 4 Otázky pro rozhovor s vedoucím lékařem ARO.....	121
Příloha č. 5 Otázky pro rozhovor s vrchní sestrou ARO.....	122
Příloha č. 6 Otázky pro rozhovor se sestrou školitelkou.....	123
Příloha č. 7 Přepis rozhovoru s primářem ARO.....	124
Příloha č. 8 Přepis rozhovoru s vedoucím lékařem ARO.....	126
Příloha č. 9 Přepis rozhovoru s vrchní sestrou ARO	129
Příloha č. 10 Přepis rozhovoru se sestrou školitelkou.....	135

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá procesem zapracování sester na oddělení ARO Krajské nemocnice Liberec a.s.. Teoretickou část pokrývají dvě velké kapitoly – Personální řízení a Řízení změny. V obou těchto kapitolách je zahrnuta i oblast zdravotnictví. Empirická část je zaměřena na proces diagnostiky současného systému zapracování sester na tomto oddělení. Z metodologických přístupů jsem v této oblasti použila tři následující metody - analýzu dokumentů, dotazníkovou metodu a polostandardizované rozhovory s vrcholovým managementem lůžkové části ARO a sestrou školitelkou. V analytické části představuji výsledky jednotlivých metod a její další část obsahuje hlavní a podrobná zjištění tohoto procesu. Analytickou část završuji sestavením týmu, se kterým jsem uspořádala facilitované setkání, jehož vyvrcholením bylo stanovení priorit pro změnu v systému zapracování sester na tomto oddělení.

Klíčová slova:

Personalistika, rozvoj pracovníků, vzdělávání pracovníků, adaptační proces, řízení změny.

Abstract

This diploma thesis focuses on the process of training nurses at ARO ward of Krajská nemocnice Liberec a.s. (Regional Hospital Liberec). The theoretical part consists of two large chapters – Personnel Management (Personální řízení) and Change Command (Řízení změny). The field of health service is included in both of these chapters too. The empirical part concentrates on the diagnostic process of the present system of nurse training at this ward. In this field I used the three following methodological approaches – document analysis, questionnaires and semi-standardised interviews with the top management of ARO sick-bed ward and a nurse instructor. In the analytical part I present the results of individual methods and its next part contains the main and detailed findings of this process. The analytical part is concluded with assembling the team with which I organized facilitated meeting whose highlight was setting priorities for the change in the nurses training system at this ward.

Key words:

Personnel management, development of employees, education of employees, adaptation process, change command.

1. Úvod

Jen málokdo si dokáže představit, jak obtížná může být práce zdravotní sestry na oddělení ARO. V roce 1998 jsem nastoupila na ARO Nemocnice Liberec a dostala možnost si osvojit všechny nezbytné znalosti a dovednosti. Postupně jsem společně se svojí školitelkou Radkou procházela adaptačním procesem, který na tomto oddělení trval celý rok. Tato práce klade velké nároky nejen na fyzickou a psychickou zdatnost, ale vyžaduje i specifické praktické dovednosti. Nezbytnou nutností je znalost práce s medicínskou technikou, která tvoří nezbytnou součást péče o pacienty s ohrožením či selháním vitálních funkcí. Tato práce mně umožnila rozvíjet se po stránce odborné i osobní, byla atraktivní a dynamická a přinesla mně nové poznatky. Se svojí školitelkou jsem navzdory její přísnosti byla velmi spokojena. V průběhu několikaletého období, kdy jsem na tomto oddělení pracovala, jsem měla možnost pozorovat, jak se vlivem postupného úbytku sester a také vlivem změny managementu, mění podmínky v systému zapracování sester. Po sedmileté zkušenosti na tomto oddělení se domnívám, že stávající systém zapracování sester nedostatečně prověřuje nutné specifické znalosti sester, které tato práce vyžaduje. Také tento systém neprověřuje odbornou zdatnost sester a schopnost jejich samostatné práce. Proto se tématu zapracování sester na tomto oddělení chci věnovat ve své diplomové práci. Myslím si, že se jedná o téma aktuální, protože se v současné době toto oddělení potýká s nedostatkem kvalifikovaných sester. Chtěla bych však dodat, že tato situace se netýká jen našeho oddělení, ale že úbytek sester je zaznamenáván i v jiných nemocnicích na území ČR. Právě proto se domnívám, že adaptační proces sester a to především jeho kvalita a hladký průběh by měl být prioritou nejen oddělení, ale i prioritou vrcholového managementu nemocnice pokud chce mít dostatek kvalifikovaných sil. Jsem si vědoma, že k celkové úspěšnosti tohoto procesu je také nutné zajistit odpovídající motivační a stimulační složky pro sesterský personál. Také si myslím, že právě v této době je již nutné řešit otázku jak si udržet kvalifikovaný a motivovaný sesterský personál, který je nedílnou součástí bohatství organizace.

2. Cíle a východiska práce

Cílem práce je vypracovat teoretický rámec z oblasti personálního managementu a z oblasti řízení změny na základě rešerší z odborné literatury. Tyto oblasti budou vzhledem k zaměření diplomové práce doplněny o zdravotnická témata, a to především o vzdělávání nelékařských pracovníků a o adaptační proces sester.

V empirické části si kladu za cíl provést analýzu současného stavu v systému zapracování sester na ARO a to formou diagnostiky procesu. Tuto oblast bych chtěla analyzovat pomocí tří metod – analýzy dokumentů, dotazníkového šetření a polostandardizovaných rozhovorů s vrcholovým managementem lůžkové části oddělení a se sestrou školitelkou, která rovněž pracuje na tomto oddělení. Se získanými výsledky diagnostického procesu budu dále pracovat spolu se zaměstnanci oddělení, kteří si v rámci facilitovaného setkání společně stanovili priority pro změny v této oblasti s cílem zkvalitnit dosavadní systém a usnadnit nově nastupujícím sestřám adaptační proces. Další cíl, který si v této práci kladu je na základě získaných výsledků navrhnout konkrétní doporučení na optimalizaci zjištěných rezerv v systému zapracování sester na úrovni středního managementu.

Jsem si vědoma, že zkvalitnění současného systému zapracování sester v tak náročných podmínkách, kterými toto oddělení v současné době prochází je práce dlouhodobá, a že tato práce nemůže celý tento proces obsáhnout. Ale mým zájmem a cílem, proč jsem si vybrala a realizuji toto téma, je nastartování procesu kontinuálního zvyšování kvality v systému zapracování sester na tomto oddělení ve spolupráci se zaměstnanci tohoto oddělení a postupná implementace změn v této oblasti do praxe. Pro lepší přehlednost zde uvádím ještě jednou jednotlivé cíle ve zkrácené verzi.

Hlavní cíle:

1. Analyzovat současný stav systému zapracování sester na ARO (diagnostika procesu)
2. Na základě této analýzy definovat silné stránky procesu a identifikovat možné oblasti rozvoje.

Dílčí cíle:

3. Uspořádání facilitovaného setkání s vybranými zaměstnanci tohoto oddělení, jehož cílem je interpretace výsledků z diagnostického šetření a společné určení priorit pro změnu v tomto systému.
4. Návrh konkrétních doporučení na optimalizaci zjištěných rezerv v systému zapracování sester na úrovni středního managementu.

Vzhledem k výše uvedeným cílům jsem pro tyto oblasti formulovala následující okruhy otázek:

1. Je vrcholový management lůžkové části ARO spokojen se současným systémem zapracování sester na tomto oddělení?
2. Jsou sestry spokojené se současným adaptačním procesem?
3. Jaké jsou silné stránky tohoto procesu?
4. Jaké jsou slabé stránky tohoto procesu?
5. Jsou sestry spokojené se svojí školitelkou?
6. Mají možnost školení pracovníci pracovat se svojí školitelkou ve směně?
7. Má nedostatek sester na tomto oddělení vliv i na adaptační proces zaměstnanců?
8. Uvažoval vrcholový management někdy o zavedení supervize na tomto oddělení?

3. Teoretická část – Personální řízení

3.1. Základy a vývoj personálního řízení

V této kapitole bych se chtěla zaměřit na historický vývoj oboru personálního managementu a představit jeho jednotlivé vývojové etapy.

„Personální management je v každé organizaci součástí organizačního či podnikového managementu. Vývoj personálního managementu tedy souvisí s vývojem celého managementu. Ačkoliv moderní teorie managementu pochází z počátků 20. století, snaha a pokusy o modernizaci řízení existovaly již dříve.“ (12)

Truneček charakterizuje vývoj manažerského myšlení takto: „Jestliže budeme charakterizovat vývoj manažerského myšlení nejde jenom o historický pohled. Management se vyvíjel pod tlakem teorie i praxe a jeho myšlenkové pohledy se vrací do minulosti. Vývoj postupuje po spirále. Starší principy se znovu vrací v nové kvalitě. A to jeden z důvodů, proč je nutno studovat historii managementu. Nejde o mrtvé myšlenky, ale o zázemí, ze kterého moderní management vychází.“ (18)

Truneček dále klasifikuje jednotlivé myšlenkové proudy managementu z hlediska časového a rozděluje je do čtyř etap:

„První etapu rozvíjející se od počátku 20. století charakterizuje zejména triumvirát klasického managementu: Taylor – Fayol -Weber. V té době jsou zaváděny metody vědeckého řízení, stimuly ve formě úkolových mezd, začíná se s kontrolou pracovních výstupů.“ (18)

Druhá etapa započala zhruba během druhé světové války a široce se rozvinula hned po jejím skončení. Můžeme ji charakterizovat plánováním v makro i mikroekonomickém měřítku a širokým rozvinutím iniciativních metod (lidská strana podniku, určování manažerských talentů, metody stanovení cílů atd.) (18)

Ve třetí etapě, která se datuje od konce sedmdesátých let, se začínají projevovat snahy o širokou spoluúčasť zaměstnanců na řízení, což vede k partnerským vztahům v podnicích. Tento trend je umožněn zejména neustále se zvyšující kvalifikací většiny dělníků. (18)

Čtvrtá etapa se ohlašuje začátkem devadesátých let a je charakterizována rozsáhlým využíváním automatizační a kancelářské techniky, zaváděním pružných výrobních systémů a nástupem automatizace a robotizace, využíváním telekomunikací. To se projevuje mimo jiné ve změně filozofie podnikání a managementu podniku. Další členění přístupů je dle K.H. Chunga, který je člení do pěti skupin – procesní přístupy, psychologicko-sociální přístupy, systémové přístupy a empirické (pragmatické) přístupy. (18)

Klasický management – k prvním průkopníkům se počítá James Montgomery, který byl autorem prvního manažerského textu. Mezi další průkopníky patří Robert Owen nebo James Watt. V těchto prvopočátcích jde o zlepšování kvality výroby zejména účelnou kvalifikační přípravou dělníků a mistrů. Systematický rozvoj západního managementu v prvním desetiletí dvacátého století je spojován s pojmem klasický management. Představitelé klasického managementu jsou Taylor představitel vědeckého řízení, Fayol, který uplatňoval princip správního řízení a Weber, který je představitelem byrokratické organizace řízení. (18)

Nyní se budu jednotlivými systémy zabývat podrobněji.

Vědecké řízení - Taylor nazýval svůj systém řízení „systémem úkolů“. Později převzal název vědecké řízení od právníka L. D. Brandejse. Taylor doporučuje zavádět principy normování práce a pracovních operací, kvalifikaci pracovníků zajišťovat plánovitě školením pracovníků, sladit vhodné postupy s organizací práce a správné rozdělení dělníků a zodpovědnosti vedoucích pracovníků. (18)

Správní řízení „Tento princip řízení uplatňoval Henri Fayol. Zatímco Taylor věnoval pozornost zejména jednotlivým dělníkům a řízení dílen, Fayol si všímá celé řídicí vertikály. Fayolova teorie se opírá o pět funkcí správy (plánování, organizování, přikazování, koordinace, kontrola) a 14 principů úspěšného řízení. (např. jednotnost řízení, dodržování pracovní disciplíny, rovnost v jednání, stabilita zaměstnanců ve funkcích i v práci)“ (18)

Byrokratická organizace řízení - představitelem teorie byrokratického řízení je Max Weber, který se zaměřil na problematiku fungování společenské moci a pořádku v řízených kolektivech. Weber chápal byrokracii jako sociologickou koncepci racionalizace kolektivní činnosti. (18)

Psychologické přístupy – „Vznikly r. 1924, kdy začal Hawthorský experiment, který prokázal, že na růst produktivity práce nemají vliv ani tak hmotné faktory, jako faktory psychologické a sociální. Experimenty jsou spjaty se jmény Elton Mayo a Mary Follettová.“ (18)

„Mayo spolu s F. J. Roethlisbergerem v r. 1933 prosluli svými studiiemi v továrně Hawthorne společnosti Western Electric, kde prosadili svůj názor na vliv sociálních postojů a vzájemných vztahů pracující skupiny na výkonnost.“ (12)

Mayo vystoupil s kritikou koncepce vědeckého řízení. Upozorňuje, že je nutné respektovat vztah pracovníků k sociálním podmínkám, vytvářet příznivý způsob jednání s pracovníky a pracovními skupinami, zdůrazňuje nutnost způsobu hodnocení práce, vyjadřování formy uznání a systematické budování sociální stability. Mayo položil důraz na nehmotné stimuly. Jeho koncepce tkví v názoru, že sama práce, podmínky výrobního procesu a i fyzické potřeby lidí mají obvykle menší vliv na výsledek práce než sociální a psychologické faktory.“ (18)

„P. F. Drucker však při hodnocení školy lidských vztahů uvedl, že časovou prioritu hlavních myšlenek nemá E. Mayo, ale Mary P. Follettová. Její práce *Creative Experience* vznikla již v r. 1924. Výrazná pozornost je zde věnována problému pravomoci, autority, odpovědnosti, účasti dělníků na řízení organizace, řešení konfliktů.“ (12)

Procesní přístupy – „Vyrůstají z klasického managementu, jsou vybudovány na Fayolově správním řízení a na Weberově byrokratické organizační struktuře. Kladou důraz na klasifikaci manažerských funkcí a snaží se o následné spojení těchto dílčích funkcí v integrovaný celek. Představitelé tohoto směru Luther Gulick a L.F. Urwick vytvořili systém zvaný POSDCORB. Označení je zkratkou dílčích procesů plánování, organizování, personální zajištění, příkazování, koordinaci, evidenci a rozpočtování. Výhody procesních přístupů – jednoduché členění manažerských funkcí. Nedostatek procesních přístupů – malý důraz na lidský faktor v řízení a to v oblasti motivace pracovníků a pracovních kolektivů, komunikace, neformální organizace.“ (18)

Systémové přístupy – „Akcentují komplexní chápání uvažovaných jevů a procesů ve vnitřních i vnějších souvislostech. Představitelé – Chester Barnard, Herbert Simon. Barnard se snažili o vytvoření ucelené teorie organizace řízení, ve které respektovali aristotelovský názor, že celek je více než suma jeho částí.“ (18)

Kvantitativní přístupy – „Navazují na klasický management. Impulsem pro rozvinutí těchto přístupů byl rozvoj exaktních přístupů pro vojenské rozhodování a vedení válečných operací za druhé světové války. Důraz je kladen především na modelování rozhodovacích úloh a techniky jejich matematického řešení. Pro složitost vytvářených modelů do praktického řízení pronikly kvantitativní přístupy jako celek sporadicky. Klady tohoto přístupu – vývoj podpořil vznik systémů na podporu rozhodování, zdůraznil nové přístupy k rozhodování, odhalil nové pohledy na optimalizaci a racionalitu rozhodování.“ (18)

Empirické (pragmatické) přístupy – „Jsou založeny na analýze, zhodnocení a zevšeobecnění poznatků manažerské praxe. V tomto směru se projevuje tendence chápat management jako umění řídit. Uměním se myslí především intuice při rozhodování, zevšeobecnění zkušeností jiných pracovníků, preference tvořivosti manažerských špiček.“ (18)

3.1.1 Zaměření personálního managementu

Pro oblast personálního managementu existuje několik definic. Po bližším prostudování literatury jsem zjistila, že je nutné odlišovat od sebe termíny personální práce, personální řízení, personální administrativa a řízení lidských zdrojů. Pro upřesnění těchto pojmů uvádím z dostupné literatury několik definic.

Pojem řízení lidských zdrojů

Byars a Rue definují řízení lidských zdrojů jako: „Proces, který zahrnuje navržené činnosti pro zajištění a koordinaci lidských zdrojů v organizaci. Řízení lidských zdrojů v organizaci je moderní termín, který je tradičně interpretován jako personální administrativa nebo personální management. Nicméně někteří autoři pohlízejí na řízení lidských zdrojů odlišněji než na tradiční pojetí personálního managementu. Vnímají personální management v užším pojetí a více administrativně orientovaný než je řízení lidských zdrojů.“ (5)

Myslím si, že tato definice je příliš obecná, že řízení lidských zdrojů je složitější proces, který v sobě zahrnuje více aktivit než zajištění a koordinaci zdrojů.

Dle Bělohlávka je řízení lidských zdrojů v organizaci: „Systém vzájemně spjatých činností: plánování pracovních sil, nábor a výběr pracovníků, hodnocení výkonu a posuzování pracovníků, utváření pracovní pozice, osobního rozvoje a řízení kariéry.“ (4)

Jiná definice představuje řízení lidských zdrojů jako: „Nejnovější koncepci personální práce, která se stává jádrem řízení organizace, jeho nejdůležitější složkou. Řízení lidských zdrojů charakterizuje strategický přístup k personální práci a ke všem personálním činnostem prostřednictvím orientace na vnější faktory a formování a fungování pracovní síly organizace. V neposlední řadě personální práce přestává být záležitostí odborných specialistů a stává se součástí každodenní práce všech vedoucích pracovníků.“ (13)

S touto definicí souhlasím a troufám si říci, že přesně vystihuje význam a popisuje moderní pojetí řízení lidských zdrojů, protože nejenom personální

útvár se podílí na řízení lidských zdrojů, ale jsou to především linioví manažeři, kteří formují a řídí lidský kapitál na svém pracovišti.

Pojem personální práce, personalistika

Dle Koubka je historicky nejstarší pojetí personální práce chápáno „jako služba zajišťující v první řadě administrativní práce a administrativní procedury spojené se zaměstnáváním lidí, pořizováním, uchováním a aktualizací dokumentů a informací týkajících se zaměstnanců a jejich činností a s poskytováním těchto informací řídicím složkám podniku. Toto pojetí tedy personální práci přisuzovalo výlučně pasivní roli a později se pro něj vžilo označení personální administrativa.“ (9)

„Dalším pojmem je personální řízení, které se objevilo již před 2. světovou válkou v podnicích s dynamickým a progresivním vedením, v podnicích orientovaných na expanzi, na eliminaci konkurence. Nejschůdnější cestou k dosažení tohoto cíle se ukázalo hledání a využívání konkurenčních výhod, mezi nimiž významnou roli hrál pečlivě vybraný, zformovaný, organizovaný a motivovaný pracovní kolektiv podniku. Personální práce v této fázi měla spíše povahu operativního řízení. Malá pozornost byla věnována dlouhodobým, strategickým otázkám řízení pracovních sil a zaměstnanosti v organizaci.“ (13)

V knize Personálního managementu je poměrně dobře specifikován pojem personální práce. Pojem personální práce či personalistika je zde definován jako: „Část řízení organizace, která se zaměřuje na vše, co se týká člověka v pracovním procesu, tedy na jeho získávání, formování, fungování, využívání, jeho organizování a propojování jeho činností. Také se zaměřuje na výsledky jeho práce, jeho pracovní schopnosti, na pracovní chování, na vztah k vykonávané práci, k organizaci, na vztah ke spolupracovníkům a dalším osobám, s nimiž se v souvislosti se svou prací stýká, a rovněž na jeho osobní uspokojení z vykonávané práce.“ (13)

Tato definice je velmi podrobná a nejvíce na ní oceňuji, že v sobě zahrnuje i hodnocení pracovního výkonu pracovníka a spokojenost zaměstnance.

Všechny výše zmíněné pojmy celkově pak shrnuje Koubek následovně: „Termíny personální práce či personalistika se používají spíše pro obecnější označení této činnosti, zatímco personální administrativa (správa), personální řízení a řízení lidských zdrojů se používají spíše k charakterizování vývojové úrovně a koncepce personální práce.“ (8).

3.1.2. Personální procesy

Pojem personální strategie

Personální strategie je jedním z nástrojů personální práce. Po prostudování odborné literatury jsem zjistila, že se definice personální strategie převážně shodují, proto jsem pro vysvětlení tohoto pojmu vybrala následující dvě definice:

„Personální strategie organizace obsahuje formulace dlouhodobých, obecných a komplexně pojatých cílů v oblasti potřeby pracovních sil a zdrojů pokrytí této potřeby a pochopitelně i v oblasti využívání pracovních sil, hospodaření s nimi. Její nedílnou součástí jsou představy o cestách a metodách, jak těchto cílů dosáhnout.“ (13)

Koubek popisuje personální strategii „Jako moderní personální práci, jejímž charakteristickým rysem je důraz na strategické aspekty, tj. věnuje zvýšenou pozornost perspektivě, formuluje dlouhodobé, obecné a komplexně pojaté cíle personální práce provázané s ostatními podnikovými cíli, hledá a navrhuje cesty směřující k jejich dosažení.“ (8)

Myslím si, že oblast personální strategie se nyní dostává do popředí i v oblasti zdravotnictví. Změna systému vzdělávání sester, vstup ČR do Evropské unie, přechod nemocnic na akciové společnosti značně rozhybal trh se zdravotnickými pracovníky, kterých je v některých zařízeních značný nedostatek. Krajská nemocnice Liberec se také potýká s nedostatkem kvalifikovaného nelékařského personálu a to především na odděleních ARO a JIP. Vrcholový management této nemocnice spolu s liniiovými manažery těchto oddělení formují personální strategii pro tato oddělení, která má zabezpečit

dostatek kvalifikovaných pracovních sil. V květnu 2008 jsem se zúčastnila provozní schůzky pracovníků ARO, kde právě hlavní sestra Mgr. Kohoutová představovala plánovanou personální strategii, jejímž cílem je výrazně odlišit oddělení intenzivní péče (to budou tzv. VIP oddělení pro sestry, jejich práce bude patřičně ohodnocena) od oddělení standardních, protože povaha práce je na jednotkách intenzivní péče jiná než na oddělení standardních.

Pojem personální politika

Myslím si, že personální politika je nedílnou součástí fungování každé organizace, měla by být srozumitelná a přijatelná pro management, tak i zaměstnance.

Definice personální politiky se v dostupné literatuře shodují, proto jsem vybrala jen jednu z nich.

„Personální politika určuje hlavní cíle, priority a normy jednání pro personální oblast jako celek. Současně je pak rozpracována do jednotlivých dílčích oblastí, jako jsou např. zásady vyhledávání a přijímání nových pracovníků, vzdělávací politika, mzdová a platová politika. Personální politika představuje nejen cíle personální práce, ale zásady a způsoby její realizace.“(12)

3.1.3. Personální činnosti

V této kapitole bych chtěla představit personální činnosti, které se týkají personálního řízení. Některé z těchto činností budu pak rozebírat v následujících kapitolách podrobněji.

Dle Koubka představují personální činnosti výkonnou část práce personálního útvaru. Personální útvar zajišťuje, organizuje a koordinuje tyto činnosti, kontroluje a usměrňuje všechny ostatní pracovníky podílející se na personálním řízení a provádění personálních činností a zároveň vypracovává a neustále zdokonaluje jejich metodiku. (9)

Mohelská, Rošický uvádějí tyto personální činnosti, se kterými se nejčastěji setkáváme v literatuře:

1. Vytváření a analýzy pracovních míst - tj. definování pracovních úkolů a s nimi spojených pravomocí a odpovědnosti do pracovních míst, specifikace pracovních míst a aktualizace těchto materiálů.

2. Personální plánování – tj. plánování potřeby pracovníků v organizaci a jejího pokrytí a plánování personálního rozvoje pracovníků.

3. Získávání, výběr a přijímání pracovníků – tj. příprava a zveřejňování informací o volných pracovních místech, příprava formulářů a volba dokumentů požadovaných od uchazečů o zaměstnání, organizace testů a pohovorů, rozhodování o výběru a jednání s vybraným uchazečem o podmínkách jeho zaměstnání v organizaci.

4. Hodnocení pracovníků (hodnocení pracovního výkonu pracovníků) – tj. příprava potřebných formulářů, časového plánu hodnocení, obsahu a metody hodnocení, pořizování a vyhodnocování a archivace dokumentů, organizace hodnotícího pohovoru, navrhování a kontrola opatření.

5. Rozmíst'ování pracovníků a ukončování pracovního poměru – zařazování pracovníků na konkrétní místo, jejich povyšování, převádění na jinou práci, penzionování, propouštění pracovníků ze zaměstnaneckého poměru.

6. Odměňování pracovníků a další nástroje ovlivňování pracovního výkonu a motivování pracovníků, poskytování zaměstnaneckých výhod.

7. Vzdělávání pracovníků – identifikace potřeb vzdělávání, plánování vzdělávání a hodnocení výsledků vzdělávání a účinnosti vzdělávacích programů.

8. Pracovní vztahy – především organizace jednání mezi vedením organizace a představiteli oborů, pořizování a uchovávání zápisů z jednání, zpracování

informací o tarifních jednáních, dohodách, zákonných ustanoveních, ale i zaměstnanecké a mezilidské vztahy, sledování agendy stížností.

9. Péče o pracovníky – tj. pracovní prostředí, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, vedení dokumentace, organizování kontroly atd.

10. Personální informační systém – tj. zjišťování, uchovávání, zpracování a analýza dat týkajících se pracovních míst, pracovníků a jejich práce, mezd a sociálních záležitostí, personálních činností apod.

11. Průzkum trhu práce – směřující k odhalení potenciálních zdrojů pracovních sil pro organizaci na základě analýz populačního vývoje, analýz nabídky pracovních sil na trhu práce a poptávky po nich.

12. Zdravotní péče o pracovníky – vychází ze zdravotního programu organizace a zahrnuje nejen pravidelnou kontrolu zdravotního stavu pracovníků, ale i první pomoc při rehabilitaci.

13. Činnosti zaměřené na metodiku průzkumů – zajišťování a zpracování informací, vytváření harmonogramů personálních prací a systémů zaměřených na využívání matematických a statistických metod v personální práci.

14. Dodržování zákonů v oblasti práce a zaměstnávání pracovníků – především jde o striktní dodržování ustanovení Zákoníku práce a jiných pracovních kodexů. (13)

V naší organizaci, vzhledem k její velikosti zajišťuje většinu personálních činností Personální oddělení. Hodnocení a odměňování pracovníků je úlohou liniových manažerů jednotlivých oddělení. Vzdělávání nelékařských pracovníků je zajištěno Oddělením pro další vzdělávání pracovníků ve spolupráci s hlavní sestrou nemocnice a s příslušnými liniovými manažery jednotlivých oddělení.

3.1.4. Personální řízení zaměřené na schopnosti – kompetence

Obecnou definici kompetencí, která klade důraz na efektivitu jedince přináší Armstrong: „Kompetence se týká těch charakteristik chování jedinců které určují do jaké míry jsou tito jedinci efektivní ve svých pracovních rolích.“ (2)

Podle Dalea a Ilese jsou kompetence dovednosti nebo kvality, kterých člověk využívá při práci. Může to být způsob chování – klidné vystupování, příčiny chování – emoční stabilita nebo následky chování – úspěšné vedení skupiny. Při rozhovoru nebo při assessment centru lze posuzovat způsob chování a z toho vyvozovat příčiny a následky. (4)

Další definice se zaměřuje na kompetence jako úroveň zvládnutí úkolů:

„Profesní a sociální kompetence souhrnně vyjadřuje reálnou úroveň zvládnutí úkolů spojených s pracovním zařazením člověka. Tuto kompetenci podmiňují skutečnosti subjektivní a objektivní povahy. Mezi subjektivní faktory patří pracovní způsobilost, osobnostní znaky jedince, motivační profil a průběžné zvládnutí profesní a pracovní pozice. Objektivní faktory jsou zde přiřazovány k organizační struktuře, která zahrnuje styl řízení, organizace a režim práce, způsob hodnocení pracovníků a sociální klima.“ (13)

Poslední uvedená definice dle mého názoru nejlépe vystihuje kompetence, protože v sobě zahrnuje profesní i sociální kompetence s ohledem na jejich povahu. Ve zdravotnictví jsou profesní kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků přesně definovány ve Vyhlášce č. 424/2004 Sb. Tato vyhláška upravuje činnosti zdravotnických pracovníků s ohledem na jejich odbornou i specializovanou způsobilost.

3.2. Rozvoj pracovníků

Rozvoj pracovníků a podporu managementu v této oblasti považuji za důležitou složku personálního rozvoje. Myslím si, že právě v oblasti zdravotnictví má tato složka klíčový význam, protože na trhu práce v této oblasti stále schází kvalifikovaní pracovníci především vysokoškolsky vzdělané sestry a sestry specialistky. Proto jsem tuto kapitolu zařadila i do své diplomové práce.

3.2.1. Rozdíl mezi odbornou přípravou a rozvojem pracovníků

V knize Lidský faktor a personální management popisují Werther a Davis rozdíl mezi odbornou přípravou a rozvojem. „Aby mohli zaměstnanci plnit své povinnosti neobejdou se často bez odborné přípravy. Odborná příprava pomáhá zaměstnanci při výkonu jeho zaměstnání. Její výhody se mohou rozšířit na celou zaměstnancovu kariéru a pomáhat tohoto zaměstnance rozvíjet s ohledem na budoucí povinnosti. Rozvoj na druhé straně pomáhá jednotlivci se zvládnutím budoucích povinností bez ohledu na jeho současné zaměstnání“ (20)

Zároveň však dodávají, že rozdíl mezi odbornou přípravou na současné zaměstnání a rozvojem pro zaměstnání budoucí se stírá ještě více, podíváme-li se na něj z celkového pohledu společnosti. (20)

3.2.2. Personální rozvoj pracovníků

Koubek definuje personální rozvoj pracovníků: „Jako především péči o kvalifikaci a její zvyšování. Do personálního rozvoje patří ovšem i kariéra pracovníků.“ (9)

Koubek také dodává, že vzděláváním a vytvářením podmínek pro vzdělávání svých zaměstnanců zaměstnavatel pozitivně ovlivňuje jejich

motivaci, spokojenost, vazbu na organizaci, nehledě na to, že si formuje pracovní sílu v podobě přizpůsobené pracovním úkolům a zvyšuje atraktivitu zaměstnání v organizaci. To vede především k efektivnějšímu získávání pracovníků a ke snižování fluktuace. (9)

Zajímavý názor na rozvoj a produktivitu zaměstnanců uvádí Drucker v knize Řízení v turbulentní době: „Práci se znalostmi nelze, na rozdíl od manuální práce, nahradit kapitálovými investicemi. Naopak kapitálové investice vytvářejí potřebu další práce se znalostmi. Prvními institucemi, které tuto skutečnost zjistily, byly nemocnice a univerzity. V nemocnici nevede vyšší objem kapitálových investic k úspoře pracovních sil, vytváří naopak poptávku po nových a lépe placených pracovních silách. Nákladné kapitálové zařízení, potřebné pro mikrochirurgii, ledvinovou dialýzu nebo pro intenzivní terapii prevence šoků, vyžaduje zaměstnání dobře vyškolených lidí.“ (6)

Tento názor mě velmi zaujal a souhlasím s ním. Domnívám se, že řada našich zdravotnických zařízení stále uvádí do popředí především kapitálové investice. Zároveň se však začíná projevovat krize v nedostatku nelékařského personálu především ve velkých městech, ale management organizací nemá až takový zájem o kvalifikované pracovníky, kteří jsou samozřejmě dražší, ale stále upřednostňuje kvantitu pracovníků – splnění personálního normativu nad kvalitou pracovníků. Tím chci říci, že s plánováním nákupu nákladné techniky by také měl management počítat s tím, že je nutné, aby tuto techniku obsluhoval kvalifikovaný a řádně proškolený personál. Na to by měl management myslet, pokud chce poskytovat bezpečnou a kvalitní péči pacientům.

3.3. Vzdělávání pracovníků

3.3.1. Proces učení

V této kapitole se budu zabývat procesem učení a následně učebními zásadami, které mohou výrazně celý průběh učení usnadnit a zkvalitnit. Nejprve se zaměřím na definici učení.

„Učení je proces získávání a rozvoje paměti, chování, včetně dovedností, znalostí, porozumění, hodnot a moudrosti. Jsou čtyři základní druhy učení a to učení poznatkům (osvojování znalostí), dále senzomotorické učení (smyslově pohybové), při němž se rozvíjí senzomotorické schopnosti a procesy názorného poznávání. Dalším druhem je sociální učení, které rozvíjí sociální komunikaci, interakci a percepci, také osvojuje sociální dovednosti, formuje motivy a charakter. Učení intelektových schopností je poslední formou učení, při němž se rozvíjí myšlenkové procesy, intelektové dovednosti a schopnost řešení složitých problémů.“ (41)

Werther a Davis o učebním procesu říkají: „Ačkoli se učební proces zkoumá, mnoho se toho o něm neví. Problém je zčásti v tom, že učení nelze pozorovat, ale měřit jeho výsledky. Učební proces se uskutečňuje v těchto fázích vzestup a rovina. Ačkoli rychlost, s níž se jednotlivci učí, závisí na nich samých, využití nejrůznějších zásad pomáhá učební proces urychlit. Učební zásady jsou vodítka pro způsoby, díky kterým se lidé učí efektivněji. Čím více jsou tyto zásady obsaženy v odborné přípravě, tím efektivnější bude i tato příprava.“ (20)

3.3.2. Učební zásady

Jednotlivé zásady, jak je dále popisuje Werther uvádím ve stručnosti zde:

Účast – posluchač se většinou učí rychleji a déle si uchová osvojené znalosti v paměti, pokud se procesu aktivně účastní.

Věcnost – učení je snazší, je-li materiál, který si mají posluchači osvojit, smysluplný.

Přenos – čím úžeji souvisejí požadavky programu odborné přípravy s požadavky zaměstnání, tím rychleji se jednotlivec naučí tuto práci vykonávat.

Zpětná vazba – informuje posluchače o jeho pokroku. Motivovaní posluchači mohou díky zpětné vazbě přizpůsobit své chování a rychleji dosáhnout stoupající učební křivky. Bez zpětné vazby nemohou posoudit svůj pokrok a mohou ztratit odvahu. (20)

Domnívám se, že výše popsané učební zásady lze použít v praxi i pro zapracování sester. Především zpětnou vazbu považuji za důležitou pro další rozvoj pracovníka.

3.3.3. Podmínky pro efektivní vzdělávání

Armstrong uvádí, že v zájmu efektivnosti vzdělávání musí být splněno deset podmínek. Tyto podmínky uvádím zde ve stručnosti:

1. Jedinci musejí být motivovaní se vzdělávat. Měli by si být vědomi toho, že jejich současná úroveň znalostí, dovedností nebo schopností nebo jejich stávající postoje či chování je potřeba zlepšit, aby byli schopni vykonávat svou práci ke své vlastní spokojenosti i ke spokojenosti jiných.
2. Pro vzdělávací osoby by měly být stanoveny jasné normy výkonu a jasně definované cíle.
3. Vzdělávající se osoby potřebují pečlivé vedení. Musejí být správně orientovány a potřebují odezvu na to, jak si vedou.
4. Vzdělávající se osoby musejí mít pocit uspokojení ze svého vzdělávání. Jsou schopny se učit i za nejobtížnějších podmínek.
5. Učení je aktivní, nikoliv pasivní proces. Je třeba, aby školené osoby byly aktivně zapojovány nejen do práce se školitelem, ale i do vytváření vzdělávacího programu.
6. Je třeba používat vhodné metody. Školitelé mají široký repertoár nástrojů vzdělávání i vzdělávacích materiálů. Musejí je používat diferenciovaně na základě bystrého úsudku, a to v souladu s potřebami práce, pracovního místa, jedince i skupiny.
7. Metody vzdělávání by se měly obměňovat a měly by být rozmanité.

8. Na absorbování znalostí a dovedností je potřeba poskytnout přiměřený čas. Učení vyžaduje čas na přizpůsobení se, rozmyšlení a prověření si nových myšlenek a postupů i na akceptování toho, co se člověk učí.

9. U učících se osob musí docházet k posilování vědomí správného chování. Tyto osoby obvykle potřebují rychle vědět to, že pracují dobře.

10. Je nezbytné uznat, že existují různé úrovně učení se a že vyžadují různé metody a zaberou různou dobu. Na nejjednodušší úrovni spočívá učení v přímých fyzických reakcích (tedy provádění úkonů). Na vyšší úrovni učení zahrnuje použití existujících znalostí nebo dovedností při nových úkolech nebo v novém prostředí. Na další úrovni se učení stává složitým procesem, kdy dochází k rozpoznávání podstaty určitého okruhu postupů nebo akcí, kdy je třeba integrovat, propojovat řadu izolovaných úkolů nebo kdy se vzdělávání zaměřuje na interpersonální dovednosti.

K nejsložitější formě učení dochází v případech, kdy se vzdělávání a výcvik zaměřují na hodnoty a postoje lidí a skupin. (2)

Se všemi těmito uvedenými body souhlasím. Myslím si, že v procesu vzdělávání je velmi důležitá motivace jedince ke vzdělávání a podpora managementu v tomto systému. Je ale důležité, aby zaměstnanci měli vypracovaný plán individuálního rozvoje a po projednání s managementem si mohli prohlubovat či získávat znalosti, které jsou v souladu jak s potřebami organizace, tak s potřebami jedince.

3.3.4. Management znalostí

Škrla (17) definuje management znalostí jako systematický přístup k získávání, udržení a předávání informací či znalostí správným lidem, ve správnou dobu, na správném místě, a to za účelem vytváření hodnot. Také uvádí charakteristiku znalostního kapitálu:

1. Je výsledkem vzdělávání, zkušeností a příležitostí zpracovaných lidským mozkem.
2. Je jedinečným aktivem svého nositele a je jeho výlučným vlastnictvím. Nedá se zprivatizovat v obvyklém smyslu.
3. Představuje substrát / katalyzátor rozvoje a úspěchu pro organizaci.
4. K získání a praktickému využití tohoto kapitálu nemocnice musí uzavřít dohodu s vlastníkem tohoto kapitálu a vytvořit podmínky k jeho rozvíjení. Rozdíly mezi lidmi v oblasti znalostního kapitálu (50-100%) jsou daleko větší než běžné rozdíly mezi zaměstnanci (25-30%).
5. Znalostní kapitál není abstraktní sféra, materializuje se v práci, výstupech či kvalitě práce a ve sdílené organizační kultuře.
6. Znalostní kapitál, není-li neustále rozvíjen, ztrácí svou hodnotu a význam v dnešní době rychleji než kdykoliv předtím.
7. Rozvinutí a využití záleží na organizačním klimatu, na manažerské podpoře, kreativní tvořivosti, na motivaci a na praktickém využití existujících a potenciálních nápadů a inovací. (17)

Se všemi uvedenými body souhlasím. Také si myslím, že je velmi důležité v oblasti zdravotnictví se znalostním kapitálem pracovníků pracovat a podporovat jeho další rozvoj.

3.4. Metody vzdělávání

Metody vzdělávání jsou v literatuře, kterou jsem k danému tématu prostudovala rozděleny do dvou až tří velkých skupin a to na metody používané ke vzdělávání na pracovišti, metody vzdělávání používané jak při výkonu práce (na pracovišti) tak mimo pracoviště a na metody používané ke vzdělávání mimo pracoviště.

Dle Koubka první skupina metod bývá považována za metody vhodnější pro vzdělávání dělníků, druhá skupina za vhodnější pro vzdělávání vedoucích pracovníků a specialistů. (9)

3.4.1. Metody používané zpravidla ke vzdělávání na pracovišti

Instruktáž

Instruktáž při výkonu práce – nejjednodušší způsob zácviku nového pracovníka, při němž zkušený pracovník či bezprostřední nadřízený předvede pracovní postup a školený si pozorováním či napodobováním tento pracovní postup osvojí při plnění svých pracovních úkolů.

Výhody – metoda umožňuje rychlý zácvik a vytváří pozitivní vztah mezi spolupracovníky navzájem

Nevýhody – umožňuje zácvik spíše u jednodušších či dílčích pracovních postupů, jde spíše o jednorázové působení (9)

Armstrong tuto metodu rozebírá podrobněji a uvádí, že metoda pracovní instruktáže by měla být založena na analýze dovedností a na teorii vzdělávání.(2)

Dále také stanovuje přesný postup instruktáže ve 4 fázích a to následovně:

„1. **Příprava** - školitel musí mít plán prezentace předmětné záležitosti a použití vhodné vyučovací metody, vizuální pomůcky a pomůcky pro demonstrování.

2. Prezentace by se měly skládat z kombinace sdělování a ukazování – z výkladu a demonstrování.

3. Procvičování a testování spočívá v tom, že školený napodobuje školitele a soustavně opakuje operaci pod jeho vedením.

4. Zdokonalování – probíhá během celého období vzdělávání po dobu potřebnou k tomu, aby školený pracovník dosáhl takové úrovně pracovního výkonu, který bude odpovídat normálnímu zkušenému pracovníkovi a to z hlediska kvality, rychlosti, bezpečnosti.“ (2)

Koučování, coaching

Dle Armstronga je koučování metoda založená na vztahu dvou lidí a používá se k rozvoji individuálních dovedností, znalostí a postupů. (2)

Tato definice je, podle mého názoru, příliš obecná. Trochu podrobnější definici má Koubek, který se zaměřuje i na oblast kontroly výkonu.

Dle Koubka coaching představuje dlouhodobé instruování, vysvětlování a sdělování připomínek i periodickou kontrolu výkonu pracovníka ze strany nadřízeného či školitele. (9)

Suchý a Náhlovský definují tuto metodu shodně s Armstrongem, ale ještě dodávají: „Základní metodou kouče je kladení otázek s úmyslem dovést koučovaného k tomu, aby si sám odpověděl, poznal lépe sám sebe i své okolí, stanovil svou vizi budoucnosti, odvodil z ní své cíle a pak je začal krok za krokem uskutečňovat.“ (16)

Z této definice je již patrné, že důležitou složkou v této oblasti je právě osoba koučovaného a jeho aktivní role v tomto procesu a to především formou sebepoznání. Myslím si, že toto poznání člověka obohatí v praktickém i osobním životě a tím více se může v praxi rozvíjet. Velmi podobně definuje tuto metodu i John Whitmore.

Whitmore zdůrazňuje v oblasti koučování především lidský potenciál. „Koučování je možné použít pro aktivní řešení problémů, v průběhu práce na úkolech nebo při jejich kontrole. Abychom mohli úspěšně koučovat, musíme si osvojit mnohem optimističtější představu o skrytém potenciálu lidí, a to všech lidí.“ (21)

Výhody a nevýhody koučinku

Výhody – školený je soustavně informován o hodnocení své práce, metoda umožňuje úzkou oboustrannou spolupráci školeného se školitelem, zlepšuje mezi nimi komunikaci a vytváří prostor pro stanovení cílů pracovní kariéry pracovníka.

Nevýhody – formování pracovních schopností probíhá pod tlakem pracovních úkolů, často v hlučném a rušivém prostředí a může být nesoustavné. (9)

Mentoring

Mentoring je metoda používající speciálně vybraných a školených jedinců, kteří vedou a radí, čímž pomáhají rozvíjet kariéru svých „chráněnců“, kteří jsou jim přiděleni. (2).

Dle Koubka je mentoring obdobou coachingu, ale určitá iniciativa a odpovědnost spočívá na samotném školeném pracovníkovi, který si sám vybírá svého rádce (mentora), svůj osobní vzor. (9)

Výhody mentoringu jsou jako u coachingu, metoda však do procesu formování pracovních schopností pracovníka vnáší prvek vlastní iniciativy, uvědomělé volby vzoru a neformální vztah.

Nevýhody – nebezpečí volby nevhodného mentora (9)

Škrla definuje mentora „Jako člověka, který není suchopárným kazatelem či přísným mravokárcem. Je to někdo, kdo nám svou moudrostí, odborností a charakterem pomáhá rozvinout existující znalosti či dovednosti. Schopný mentor vede, předává svoje zkušenosti a kontakty, vyjadřuje zájem a má schopnost motivovat a energetizovat svého žáka. Mentor je ochoten nás vést k profesionální excelenci, nabídnout nám nové nápady, myšlenky nebo koncepce. (17)

Counselling

„Patří k nejnovějším metodám formování pracovních schopností pracovníků. Jde vlastně o vzájemné konzultování a vzájemné ovlivňování, které překonává jednosměrnost vztahu mezi školeným a školitelem, podřízeným a nadřízeným.“ (9)

Výhody – školený pracovník vnáší do vztahu svou aktivitu a iniciativu tím, že se vyjadřuje ke všem problémům své práce i procesu školení, předkládá vlastní návrhy řešení problémů a mezi ním a školitelem vzniká zpětná vazba. Školitel si tak zároveň sám formuje a prověřuje své pracovní schopnosti především v oblasti práce s lidmi.

Nevýhody – větší časová náročnost metody, školení se tak může dostat do určitého rozporu s plněním běžných pracovních úkolů pracoviště. (9)

Asistování

„Školený pracovník je přidělen jako pomocník ke zkušenému pracovníkovi, pomáhá mu při plnění jeho úkolů a učí se od něho novým postupům. Postupně se podílí na práci stále samostatněji, až konečně získá takové znalosti a dovednosti, že je schopen vykonávat práci zcela samostatně.“(9)

Výhody – soustavnost působení a důraz na praktickou stránku vzdělávání.

Nevýhody – školený se může naučit i některým nepříliš vhodným pracovním návykům. (9)

Pověření úkolem

Je rozvinutím předchozí metody, popřípadě její závěrečnou fází. Školený pracovník je svým školitelem (nadřízeným) pověřen splnit určitý úkol. Má

vytvořeny všechny potřebné podmínky a je vybaven příslušnými kompetencemi. (8)

Výhody – vychovává k rozhodování a řešení úkolů samostatně a tvůrčím způsobem.

Nevýhody – pracovník se může dopustit chyb či nesplnit úkol, protože sledování a usměrňování jednotlivých kroků jeho práce není vždy možné. (8)

Rotace práce (cross training)

„Je metoda, při níž je školený pracovník postupně vždy na určité období pověřován pracovními úkoly v různých částech podniku či na různých pracovních úsecích. (9)

Dle Armstronga je cílem této metody „Rozšířit zkušenost lidí pomocí toho, že budou postupně pracovat na různých pracovních místech a v různých útvarech podniku. Pokud to není pečlivě naplánováno, může jít o neúčinnou a frustrující metodu získávání dodatečných znalostí a dovedností. Je lepší používat spíše termín plánované pořadí zážitků (zkušeností). Zdůrazňuje se tím, že by měly být zážitky či zkušenosti naprogramovány tak, aby naplnily cíle učení prostřednictvím získání znalostí a dovedností v různých útvarech a na různých pracovních místech.“ (2)

3.4.2. Metody vzdělávání používané při výkonu práce i mimo pracoviště

Mezi metody vzdělávání používané při výkonu práce i mimo ní dle Armstronga patří:

Učení se akcí – pomáhá manažerům v rozvíjení jejich schopností tím, že je vystavuje skutečným problémům. Musejí tyto problémy analyzovat, formulovat doporučení a poté navrhnout příslušné kroky.

Pracovní instruktáž – již zmíněná výše.

Pověření úkolem – též zmíněno výše.

Projekty – jsou v hrubých rysech zpracované studie nebo úkoly, které mají školení pracovníci dodělat, často na základě obecných pokynů svého školitele nebo manažera. Povzbuzují iniciativu při vyhledávání a analyzování informací, vytváření nápadů a při přípravě prezentování výsledků projektu.

Usměrňované čtení – znalosti školených osob lze zvýšit tím, že jim poskytneme knihy, sylaby nebo podnikovou literaturu a požádáme je, aby si tyto písemnosti přečetly a komentovaly je.

Vzdělávání pomocí počítačů - je formou individualizovaného vzdělávání. Využívá schopností počítače pomáhat při formování kvalifikace a při rekvalifikaci lidí, týkajících se nových procesů a postupů.

Video – schopnost videa prezentovat informace vizuálně představuje nepochybně značnou pomoc při vzdělávání tam, kde je nedostatek školitelů.

Interaktivní video – je založeno na splynutí dvou významných vzdělávacích technologií – vzdělávání pomocí počítače a videa, což znamená, že výsledný efekt je větší než součet efektů obou částí.

Multimediální vzdělávání – používá řady médií, včetně audia, videa, textu, grafiky, fotografie a animace, které jsou vzájemně propojeny, aby vytvořily interaktivní program, který pak zprostředkovává počítač. (2)

3.4.3. Metody vzdělávání mimo pracoviště

Přednáška – je obvykle zaměřená na zprostředkování faktických informací či teoretických znalostí. (9)

Přednáška spojená s diskusí – metoda, která zprostředkovává především znalosti, ale během diskuse se objevují nápady a řešení problémů a účastníci jsou stimulováni k aktivitě. (9)

Demonstrování – zprostředkovává znalosti a dovednosti názorným způsobem za použití audio-vizuální techniky, počítačů, тренаžérů, předvádění pracovních postupů či funkčních vlastností. (9)

Případové studie – zaměstnanci se učí o skutečných nebo hypotetických okolnostech a činnostech, které za takových okolností vyvíjejí ostatní. Kromě informací z obsahu případu si může účastník osvojit a rozvinout oblast přijímání rozhodnutí. (20)

Workshop – je variantou případových studií. Praktické problémy se řeší týmově a z komplexnějšího hlediska. Poskytuje příležitost dělit se o nápady při řešení každodenních reálných problémů a posoudit problémy z různých aspektů. (9)

Brainstorming – je také variantou případových studií. Skupina účastníků je vyzvána, aby každý z nich navrhl řešení zadaného problému. Po předložení návrhů je uspořádána diskuse o navrhovaných řešeních a hledá se optimální návrh či optimální kombinace návrhů. (9)

Simulace – je metoda vzdělávání, která kombinuje případové studie a hraní rolí. Cílem je usnadnit přenos toho, co se účastníci naučili během vzdělávání mimo pracoviště do pracovního chování, a to tak, že se v učebně napodobí a předvedou situace, které co nejvíce odpovídají skutečnému životu. (2)

Hraní rolí – metoda orientovaná na rozvoj praktických schopností účastníků, od kterých se vyžaduje značná aktivita a samostatnost nehledě na potřebnou dávku hravosti. Účastníci na sebe berou určitou roli a v ní poznávají povahu mezilidských vztahů, střetů a vyjednávání. Výhodou metody je, že učí školené samostatně myslet, reagovat a v neposlední řadě ovládat své emoce. (9)

Assessment centre – je moderní a vysoce hodnocená metoda nejen výběru, ale i vzdělávání manažerů. Školená osoba plní různé úkoly a řeší problémy, tvořící každodenní náplň manažera. (9)

Školení hrou, outdoor training, adventure education - je aktivita v přírodě, která kombinuje prvky sociální psychologie s fyzickou aktivitou. Jedná se o způsob učení se vlastními prožitky, vlastní činností v přírodním prostředí. Outdoor training vychází z pragmatické pedagogiky, která se zaměřovala na učení prožitkem, tedy vlastní činností. Výzkumy potvrzují, že z poznatků získaných sdělením se nám po třech týdnech vybaví 70%, ale po třech měsících jen 10%. Při kombinaci sdělení, ukázky a zážitku je to 65% až 85%, právě na tomto již zmíněném principu je založen outdoor training. (35)

Distanční vzdělávání – umožňuje vzdělávajícím se osobám učit se, často v jejich volném čase a doma, z učebních materiálů připravených a často i prezentovaných kdekoliv. Nejznámější metodou tohoto vzdělání jsou korespondenční kurzy. (2)

E-learning - „Je vzdělávací metoda, která představuje distanční studium ve virtuálním prostředí na Internetu. Jedná se o řízené samostudium, kde účastníci vzdělávání používají speciálně připravené multimediální studijní materiály a s vyučujícími i mezi sebou komunikují prostřednictvím virtuální školní třídy na Internetu. Výhody této metody jsou individuální možnost volby místa i času, kdy se student bude věnovat studiu a také možnost volitelného studijního tempa. Nevýhody této metody jsou nutnost a dostupnost kvalitního internetového připojení a potřeba poměrně vysoké motivace studujících k získání nových vědomostí. Také se touto metodou obtížně osvojují některé dovednosti“ (30)

3.5. Vzdělávání nelékařských pracovníků v ČR

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR je upraveno především zákonem č. 96/2004 Sb. a dalšími vyhláškami, kterými se nyní budu zabývat. Těmito předpisy jsou:

Zákon č. 96/2004 Sb. - je zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.) (42)

Vyhláška č. 424/2004 Sb. – tato vyhláška stanoví v souladu s právem Evropských společenství činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků. (43)

Vyhláška č. 423/2004 Sb. – stanoví kreditní systém, na základě kterého jsou ohodnoceny jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů, jejichž získání je potřebné pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnického pracovníka. (44)

Vyhláška č. 394/2004 Sb., kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Také upravuje závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky. (45)

Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy vedoucí k získání odborné způsobilosti nezbytné k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. (46)

Toto je výpis nejdůležitějších předpisů a nyní se budu zabývat zákonem č.96/2004 podrobněji.

3.5.1. Zákon č. 96 / 2004 Sb.

Zákon v §1 upravuje podmínky získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činnosti, celoživotní vzdělávání zdravotnických a jiných odborných pracovníků, podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států Evropské unie. (42)

V §2 tohoto zákona jsou vysvětleny základní pojmy. Z nich uvedu především ty, které se týkají vymezení pojmu zdravotnické povolání, zdravotnický pracovník, jiný odborný pracovník.

Zdravotnické povolání - je souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona. (42)

Zdravotnickým pracovníkem - je fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle tohoto zákona. (42)

Jiným odborným pracovníkem - je fyzická osoba, která provádí činnosti, které nejsou poskytováním zdravotní péče, ale s poskytováním této péče přímo souvisejí. (42)

Výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka vymezuje § 4 tohoto zákona.

Výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka je považován za výkon činností stanovených tímto zákonem a prováděcím právním předpisem, dále řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče. (42)

Výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu – se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na

základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře, farmaceuta. Tento zákon a prováděcí právní předpis stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. (42)

Výkon povolání pod odborným dohledem – je výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává při dosažitelnosti tady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. (42)

Výkon povolání pod přímým vedením – se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává, při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. (42)

Nyní bych se ještě chtěla zmínit o získávání způsobilosti zdravotnického pracovníka. Vzhledem k tématu mé práce se zaměřím na získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry, které je definováno v §5 tohoto zákona. Dále se zaměřím na získávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického asistenta dle §29 tohoto zákona.

Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. (42)

Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární

péči. Zdravotnický asistent je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. (42)

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se dle tohoto zákona získává absolvováním:

- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester
- b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách
- c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika-ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004.
- d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.
- e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v roce 2003/2004.
- f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v roce 1996/1997.
- g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v roce 2003/2004. (42)

Dle §5 odst. 2 tohoto zákona může všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry, do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Tato povinnost se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné

způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření.
(42)

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta se podle § 29 tohoto zákona získává absolvováním:

- a) střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, nebo
- b) akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání úplného středního vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetrovatele podle § 36. (42)

3.5.2. Formy vzdělávání nelékařských pracovníků dle zákona č.96/2004 Sb.

Vzhledem k legislativním změnám je vzdělávání sester, dle mého názoru, v současné době aktuálním tématem. Velký vliv na tuto transformaci měl i vstup České republiky do Evropské unie. Zákon byl 1. 7. 2008 novelizován, a proto bych se zde také chtěla zmínit o některých změnách. Tuto kapitolu uvádím také proto, že bych chtěla do další části práce zařadit i kapitolu, která se zabývá vzděláváním sester ve světě. Nejprve uvedu jednotlivé formy vzdělávání zdravotnických pracovníků a poté se jimi budu zabývat podrobněji.

Formy vzdělávání zdravotnických pracovníků

- **Akreditovaný kvalifikační kurz**
- **Celoživotní vzdělávání**
- **Specializační vzdělávání**
- **Certifikovaný kurz**

Akreditovaný kvalifikační kurz

Akreditovaný kvalifikační kurz, dle §51 odst. 1 tohoto zákona, provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu akreditovaného kvalifikačního kurzu. (42)

Vzdělávací program stanoví délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, zejména počet hodin praktického a teoretického vyučování, výuková pracoviště, na kterých praxe probíhá, popřípadě další požadavky na získání

způsobilosti. Vzdělávací program obsahuje seznam doporučené studijní literatury a může také stanovit vstupní požadavky. (42)

Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání a zavedení jeho povinnosti považují za velmi důležitou složku v práci nelékařských pracovníků. Myslím si, že medicína je obor velmi dynamický a rychle se rozvíjející a je důležité, aby si všichni, kdo v této oblasti pracují, své vědomosti rozšiřovali, doplňovali a získanými znalostmi obohacovali a zkvalitnili svoji práci. Celoživotní vzdělávání a jeho formy definuje §53 a §54 zákona č.96/2004Sb a to takto:

„Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické i odborné pracovníky.“ (42)

Formy celoživotního vzdělávání dle §54 zákona č.96/2004 Sb.

- Specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání
- Certifikované kurzy
- Inovační kurzy
- Odborné stáže v akreditovaných zařízeních
- Účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích
- Publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání
- Samostatné studium odborné literatury
- Studium navazujících vysokoškolských studijních programů – akreditovaný doktorský studijní obor, akreditovaný magisterský nebo bakalářský studijní obor, u nichž je podmínkou předchozí absolvování akreditovaného zdravotnického studijního oboru nebo oboru střední

zdravotnické školy poskytujícího odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Specializační vzdělávání

Tento druh vzdělávání je vymezen v §55 - §60 zákona č. 96/2004 Sb.. V těchto paragrafech je definováno specializační vzdělávání a specializovaná způsobilost. Specializační vzdělávání je také rozděleno na specializační vzdělávání pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné způsobilosti, na specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání po získání odborné a specializované způsobilosti. Dále je zde zmíněno zařazení zdravotnických pracovníků do specializačního vzdělávání, průběh specializačního vzdělávání a atestační zkouška. Pro účely této práce se budu zabývat především specializačním vzděláváním a modulovým systémem vzdělávání.

Zákon č.96/2004 Sb. v §55 stanovuje, že úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou získává zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Specializační vzdělávání uskutečňuje akreditované zařízení podle vzdělávacího programu. (42)

Dále v §56 tohoto zákona je popsán modulový systém vzdělávání: „Vzdělávací program specializačního vzdělávání se skládá z modulů. Modulem se rozumí ucelená část vzdělávacího programu s počtem kreditů stanovených vzdělávacím programem. Za modul se považuje také certifikovaný kurz, pokud je uveden ve vzdělávacím programu.“ (42)

Tímto jsem popsala stručně specializační vzdělávání a modulový systém, ale vzhledem k tématu mé práce bych se chtěla zabývat především modulovým systémem vzdělávání sester na katedře ARIP (Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče) a blíže popsat program ve specializaci Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. V roce 2006 byl vydán Věstník MZČR (Ministerstva zdravotnictví České republiky), jehož

obsahem jsou Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. V tomto Věstníku je obsažena i specializace v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (dále OP v ARIP). Cíle a program této specializace je popsán následovně:

„Cílem vzdělávacího programu v oboru OP ARIP je připravit všeobecnou sestru s označením specialistky Sestra pro intenzivní péči (sestra pro IP) pro poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Program OP v ARIP obsahuje 640 hodin teoretické a praktické výuky rozčleněné do jednotlivých modulů, z nichž každý má stejnou organizační strukturu – část teoretickou, část praktickou a ověření znalostí.“ (39)

Jednotlivé moduly jsou podrobně vysvětleny v již zmíněném Věstníku MZČR a nyní zde uvádím jejich stručný popis:

Základní modul – je zaměřen na teze filozofické, psychologické a sociologické. Věnuje se právní, pedagogické, výzkumné a etické problematice. Jeho cílem je vybavit všeobecnou sestru takovými vědomostmi, aby po získání specializované způsobilosti poskytovala, organizovala a metodicky řídila ošetrovatelskou péči. Tento modul je povinný. (39)

Odborný modul – jeho obsahem je problematika komplexní specializované ošetrovatelské péče o dospělého pacienta, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Tento modul je rovněž povinný. (39)

Speciální modul – je koncipován dle příslušného zaměření sestry pro intenzivní péči. Pro každé specifické zaměření sestry je stanoven jeden doporučený speciální modul. Ostatní speciální moduly se pro dané zaměření stávají povinně volitelnými. Do speciálních modulů patří např. tyto moduly:

Sestra pro IP se zaměřením na neodkladnou péči
Sestra pro IP se zaměřením na péči v anesteziologii
Sestra pro IP se zaměřením na umělou plicní ventilaci
Sestra pro IP se zaměřením na očišťovací metody krve (39)

Certifikovaný kurz

Absolvování certifikovaného kurzu je definováno §61 zákona č.96/2004 Sb. a to následovně:

„Absolvováním certifikovaného kurzu se získává zvláštní odborná způsobilost pro úzce vymezené činnosti. Certifikovaný kurz provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu certifikovaného kurzu.“ (42)

3.5.3. Novela zákona č.96/2004 Sb.

Novela zákona č.96/2004 Sb. vstoupila v účinnost dne 1.7.2008. Novela upravuje výkon zdravotnického povolání, kterým se rozumí rozsah alespoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby (dříve v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby). Dále stanovuje odbornou způsobilost zdravotnického pracovníka pro nová povolání, kterými jsou biotechnický asistent, adiktolog a zrakový terapeut. Drobné změny jsou i v žádosti o vydání osvědčení a v žádosti o prodloužení osvědčení, kde je tato doba zkrácena ze 120 na 60 dnů před vypršením platnosti osvědčení. (38)

Za nejdůležitější změnu považují financování specializačního vzdělávání.

Mgr. Eva Prošková, ředitelka oboru vzdělávání a vědy MZČR k tomu říká: „Je schválen systém rezidenčních míst pro lékaře a farmaceuty, ale také pro zdravotníky nelékaře. Systém u nelékařů je v jedné věci odlišný od systému lékařů. Nelékaři nemusejí mít veškeré vzdělávání realizováno na akreditovaném pracovišti. Z tohoto důvodu nemusí být vždy rezidenční místo vázáno na akreditované pracoviště. Zdravotnické zařízení s rezidenčním místem se však bude muset zavázat, že v potřebném rozsahu vyšle svého rezidenta na akreditovaná pracoviště v rozsahu stanoveném vzdělávacím

programem. Rezidenční místo je místo dotované státem, stát tímto způsobem bude přispívat na specializační vzdělávání. Ministerstvo zhodnotí na základě žádostí a dostupných údajů, kde je nedostatek pracovníků konkrétní specializace a poté vypíše rezidenční místa pro obory, které jsou potřebné. Zpracuje, kolik míst se bude udělovat a jaká částka jako příspěvek na vzdělávání bude přidělena, tato částka nemusí být ve výši 100%, ale na druhé straně, tam kde je potřeba, může pokrývat veškeré vzdělávací náklady.“ (38)

Ze zmíněného odstavce vyplývá, že sestry se mohou vzdělávat v rámci specializačního vzdělávání na neakreditovaném pracovišti na tzv. rezidenčním místě, i když část vzdělávání musí mít na akreditovaném pracovišti, tak je stanovené ve vzdělávacím programu. Pokud daný kraj nebo dané pracoviště má velký nedostatek sester např. na ARO, jako je tomu na našem pracovišti, kde v současné době chybí 11 sester. Žádost o školicí místo tedy může podat Krajská nemocnice Liberec, ale pro lepší podmínky financování zaškolování sester v tomto případě v intenzivní péči a úhrady tohoto studia je lepší provést analýzu i v okolních nemocnicích a požádat tak společně MZČR o zavedení tzv. rezidenčního místa v jedné nemocnici. Pokud MZČR stanoví, že je akutní potřeba zde vytvořit školicí místo a schválí tento postup, zdravotnické zařízení tak získá nejen tolik potřebné finance k zajištění vzdělávání nelékařských pracovníků, ale mohlo by získat tolik potřebné kvalifikované síly na oddělení ARO nebo na JIP (Jednotky intenzivní péče). V této části novely zákona spatřuji příležitost, kterou by dané zdravotnické zařízení mohlo vyřešit nedostatek kvalifikovaných nelékařských pracovníků s ohledem na financování potřebného vzdělávání pro práci na jednotkách intenzivní péče.

3.6. Vzdělávání sester ve světě

Vzdělávání sester a jejich kvalifikační přípravu považují za velmi zajímavé a důležité téma, o kterém bych se ráda v této práci stručně zmínila a to zejména pro účely komparativního srovnání jednotlivých systémů se systémem v ČR.

Mad'arsko – základní vzdělání je stanoveno pro čtyři profese- všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka a ambulantní sestra. Pro ně jsou určeny následující specializace – intenzivní péče, intenzivní dětská péče, anestezie a další kurzy. Těmito jednoročními kurzy mohou sestry získat novou kvalifikaci s novými kompetencemi v různých oblastech zdravotní péče. Existují zde také e-learningové kurzy, kde se studenti ve vzdělávacím programu mohou účastnit dálkových kursů školení s použitím široké řady vzdělávacích pomůcek, včetně interaktivních her, fotogalerie, databází. Na koordinaci kontinuálního vzdělávání se podílí Výbor pro základní a kontinuální vzdělávání ve zdravotní péči, ten stanovuje požadavky kvality a akredituje vzdělávací kurzy. (24)

Nizozemsko – ošetrovatelský personál je rozdělen do pěti kategorií. Čtvrtou a pátou kategorií tvoří sestry s vysokoškolským vzděláním v bakalářském studijním programu. Sestry páté úrovně jsou způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu, mají také širší kompetence než sestry v ČR, mohou např. měnit ordinace stanovené lékařem. Kvalifikační vzdělání ošetrovatelského personálu je realizováno nejdříve od 16,5 roku, preferováni jsou studenti ve věku 18 let. Specializační vzdělávání trvá 9 měsíců v kardiologii a 18 měsíců v intenzivní péči a v neodkladné péči. Vzdělávání probíhá modulovým systémem, který je podobný modulovému systému specializačního vzdělávání v ČR. Nemocnice preferuje vzdělání pomocí e-learningu z důvodu větší flexibility a organizace vzdělávání, lepší možnosti kontaktu s učitelem a také kvůli nižším nákladům. Vzdělání sester pro funkční místa probíhá jeden a půl až dva roky na univerzitě.“ (33)

Německo – není zde žádný systém registrace sester. Národní zákon o ošetrovatelství a vyhláška z roku 1985 regulují všeobecné vzdělávání sester na národní úrovni a určují profesní kompetence sester a jejich odpovědnost. Tento zákon také reguluje vzdělání pediatrických sester a sester asistentek, zatímco státní spolkový orgán reguluje vzdělávání sestry pro péči o seniory. (24)

Belgie – Zdravotnický personál se dělí na sestry A s vysokoškolským vzděláním, které během studia získají titul Bc. a sestry B jsou sestry s vyšším odborným vzděláním. Často se zde můžeme setkat s večerními studenty, kteří si dodělávají školu při práci. Dále tu sestrám pomáhají tzv. logistik pracovníci – absolventi 6letého studia (od 12-18 let) na speciální škole, kteří zajišťují přepravu pacientů na vyšetření, operační sály, rehabilitaci a zpět, dále pomáhají se stravováním, dezinfekcí a úpravou lůžek.“ (29)

Anglie – Ošetrovatelství se vyučuje na vysoké škole univerzitního typu. Studium je 3-4 leté a může být ukončeno diplomem (3 leté studium – vlastní kvalifikace) anebo bakalářským stupněm vzdělání (4 leté studium). Po tomto bakalářském stupni mohou sestry studovat magisterský stupeň vzdělání a dále pak doktorandské studium. V Anglii mají sestry možnost specializace a to v oborech sestra pro dospělé (všeobecná sestra), dětská sestra, sestra pro mentálně nemocné, porodní asistentka, fyzioterapeut, sestra pro nemocné se speciálními potřebami. Druhou oblastí je vzdělávání nastupujících sester. Pro ně je připraven program Bridging the Gap, který pomáhá nastupujícím sestrám překlenout mezeru – volný prostor mezi školou a nemocniční praxí – a trvá rok. I tady má každá sestra svého mentora. Kurz je zaměřen především na klinickou praxi a schopnosti potřebné k jejímu zvládnutí. Další program je zaměřený na sestry z praxe – Return to Practice. Je zaměřený na sestry, které přerušily vykonávání povolání a nyní chtějí nastoupit zpět do praxe. Cílem kurzu je dodat sestrám vědomosti a dovednosti, které by jim mohly chybět. Sestry jsou v tomto programu poučeny o moderních vzdělávacích možnostech,

jsou uvedeny do oblasti andragogiky, do schopnosti reflexe a schopnosti akademického psaní. (26)

USA – „V rámci amerického systému ošetřovatelství existuje více stupňů hierarchie. Na samém vrcholu této hierarchie je Chief Nursing Office – hlavní ředitelka pro ošetřovatelství, která pracuje pod přímým vedením nemocnice a řídí několik specializovaných Nursing Directors – ředitelky ošetřovatelství. Další pozicí je Head Nurse (vrchní sestra), která má na rozdíl od českých vrchních sester na starosti i stanovení a dodržení rozpočtu svých jednotek. Provádí také nábor, výběr a školení nových sester. Zajišťuje, aby zaměstnanci měli požadovanou kvalifikaci a schopnosti. Registered nurse (registrovaná sestra) má v popisu práce činnosti, které v ČR dělá většinou pouze lékař. Provádí vstupní a průběžná vyšetření, dává transfuze, sleduje pacienta od operace až do doby jeho propuštění. Registrované sestry jsou nadřazené tzv. Licensed Practical/Vocational Nurse – LPN, LVN (praktická sestra) – ty pod dohledem pečují o zdraví, pohodlí a bezpečnost pacientů. Nejnižším článkem je Certified Nursing Assistant CNA (ošetřovatelka) pracující pod dohledem registrované sestry nebo praktické sestry. Má na starosti hygienickou péči o pacienty, odebírá krev, natáčí EKG. Američtí lékaři nejsou v nemocnicích 24 hodin denně, docházejí jednou za den. Přivolání jsou pouze v nezbytných případech.“ (40)

V USA je studium 4leté formou asociovaného programu na college (2 roky společné a 2 roky odborné). Studium je orientováno prakticky, získaný titul je bakalář. Nebo studium probíhá jako univerzitní kvalifikační příprava a to formou 4 letého bakalářského studia. K výkonu povolání v USA je nutná registrační zkouška, která sestře poskytne nostrifikaci (potvrdí, že její kvalifikace je platná pro všechny státy USA). Postkvalifikační přípravu poskytuje univerzitní magisterské studium nebo doktorandské studium ošetřovatelství. (15)

Kvalifikační vzdělávání sester ve světě je dle uvedených systémů organizováno především formou vysokoškolského studia nebo formou vyššího

odborného vzdělávání sester. Po ukončení kvalifikačního vzdělávání mají většinou sestry z uvedených zemí možnost studovat specializační studium. I v ČR (České republice) je kvalifikační vzdělávání všeobecných sester organizováno formou vysokoškolského studia nebo formou vyššího odborného studia sester. Všeobecné sestry v ČR si mohou další vzdělávání sester rozšiřovat formou celoživotního vzdělávání, které je pro sestry v ČR povinné, nebo v rámci akreditovaného kvalifikačního kurzu, certifikovaného kurzu, či formou specializačního studia, které probíhá modulovým systémem, který je podobný systému vzdělávání sester v Nizozemí.

Kompetence sester ve světě jsou však v některých zemích rozdílné od kompetencí všeobecných sester v ČR. Zejména americký systém ošetrovatelství je dle mého názoru velmi odlišný v oblasti kompetencí, ale domnívám se, že je tato skutečnost reflektována ve vzdělávání sester, ve kterém bude asi hlavně zohledněna praktická stránka přípravy na povolání.

V belgickém systému mě zaujala role tzv. logistik pracovníka a to především délkou studia a věkem studentů. Jejich pracovní role je dle mého názoru něco mezi ošetřovatelem a sanitářem v našich podmínkách.

V systémech vzdělávání sester v Nizozemsku a Maďarsku hodnotím pozitivně možnost e – learningového vzdělávání sester, se kterým si mohou prohlubovat svoji kvalifikaci. Je opravdu velká škoda, že v ČR tuto možnost nemáme, protože by dle mého názoru zde našla využití. Mohly by se takto vzdělávat sestry i v průběhu rodičovské dovolené.

3.7. Adaptační proces

Adaptační proces a jeho úspěšné zvládnutí je tématem méj diplomové práce. Proto se tomuto tématu budu v této kapitole věnovat podrobněji. Adaptační proces a jeho kvalitu považuji za velmi důležitou složku pro další rozvoj jedince. Pokud se zaměřím na oblast zdravotnictví, tak si myslím, že cílem adaptačního procesu je kvalitně zapracovaná sestra, která má potřebné znalosti a dovednosti, samostatně zvládá ošetrovatelské výkony a také samostatně poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči.

Urban definuje adaptaci jako: „Systematické uvedení nových zaměstnanců do organizace i pracovních funkcí. Cílem je urychlit integraci nového zaměstnance do firmy, zajistit jeho plnou pracovní výkonnost a zabránit jeho případné demotivaci nebo nespokojenosti plynoucí z nedostatku informací, nedostatečného zvládnutí pracovních úkolů či nejasných pracovních očekávání.“ (19)

Adaptace zaměstnance zahrnuje podle Růžičky, Mayerové dvě složky a to pracovní a sociální adaptaci. Pracovní adaptaci definuje jako: „Vyrovnaní se jedince s prostředím, ve kterém plní pracovní úkoly. Cílem pracovní adaptace je přiměřené zvládnutí pracovních úkolů a dosažení žádoucího výkonového standardu, jakož i příprava a vzdělávání pracovníků. Cílem sociální adaptace je přiměřené zařazení nového pracovníka do osobních vztahů příslušné pracovní skupiny a do společenské atmosféry zaměstnaneckého kolektivu organizace.“(12)

S touto definicí souhlasím, také si myslím, že adaptační proces nelze zúžit jen na pracovní stránku, ale za velmi důležitou považuji i stránku sociální. Je důležité, aby byl pracovník týmem dobře přijat a mohl bezproblémově komunikovat se svými pracovníky i s nadřízenými.

3.7.1. Nástroje adaptačního procesu

Mezi nástroje adaptačního procesu dle Urbana patří:

- Adaptační plán – písemný individuální adaptační plán, který obdrží zaměstnanec v den nástupu na pracoviště. Podoba a délka závisí na pozici, na kterou nastupuje. Důležitým prvkem adaptačního plánu je odpovídající rozložení nových informací v čase tak, aby zaměstnanec nebyl informacemi zahlcen a stanovení různých způsobů učení a získávání dovedností.
- Poskytnutí základních informací – provádí se v úvodní části adaptačního procesu, předávají se rozhodující informace o celém podniku a to ústní i písemnou formou. Tuto část většinou provádí personální oddělení. Adaptace na úrovni organizačního útvaru a pracovní pozice by měla být zajištěna vedoucím příslušného útvaru, její součástí je předávání informací o pracovních povinnostech, o odpovědnosti, o rozsahu pravomocí, o výkonových očekáváních, o bezpečnostních pravidlech a v rámci sociální adaptace seznámení nového zaměstnance s ostatními spolupracovníky.
- Zpětnovazební rozhovory se zaměstnancem – jsou nejdůležitějším nástrojem odborné i sociální adaptace. Úvodní rozhovor zaměstnance s jeho nadřízeným je zaměřen na zopakování a upřesnění oboustranných očekávání a záměrů, vysvětluje průběh a pravidla adaptačního procesu. Tyto rozhovory by měly v období adaptace probíhat pravidelně a měly by být zaměřeny na to, jak nový zaměstnanec postupně zvládá požadované pracovní dovednosti, ale i na to, jak je firma spokojena s jeho pracovním chováním a čím by mu mohla při jeho zapracování pomoci. Na konci adaptačního období se provádí zpětnovazební rozhovor, při němž jsou zhodnoceny výsledky adaptace, stanoveny rozvojové cíle a dohodnuty úkoly pro další pracovní období. (19)

3.7.2. Průběh adaptačního procesu a možné nesnáze

Adaptační proces by měl mít hladký průběh. Jak jej však dosáhnout? Protože jsem se s některými nesnázemi v průběhu praxe na oddělení ARO osobně setkala, považuji za důležité se tímto bodem zabývat.

Zdrojem těchto nesnází mohou být dle Bedrnové a Nového tyto skutečnosti:

- Školní odborná příprava – neodpovídá požadavkům pracovního zařazení nebo je příliš obecná. Nový pracovník si jen pomalu a obtížně osvojuje odborné znalosti a dovednosti, které jsou nezbytné pro zvládnutí pracovních úkolů.
- Dosavadní zkušenosti z jiného pracoviště, jiné organizace – zejména pracovní dovednosti a návyky jsou sice konkrétní, ale novému pracovnímu zařazení neodpovídají, v důsledku toho může dojít k interferenci mezi osvojenými dovednostmi a návyky a požadavky na činnost pracovníka. Je nutné náročné přecvičení.
- Představy nového zaměstnance o pracovním zařazení a pracovních podmínkách se neshodují se skutečností nebo jsou dokonce v rozporu. Pracovní adaptace je v takovém případě obtížná, pracovník má tendenci hledat různé formy úniku.
- Možnosti a perspektivy pracovního zařazení se neshodují s aspiracemi nového pracovníka.

Závěrem této kapitoly bych se chtěla ještě zmínit o příznivém a nepříznivém průběhu pracovní adaptace tak, jak je definován Mayerovou, Růžičkou: „Příznivý průběh pracovní a sociální adaptace nového pracovníka se projevuje v jeho adaptovanosti na pracovní úkoly a celou organizaci. Míní se

tím stav, kdy nový pracovník pocítuje, že již přiměřeně zvládl pracovní úkoly a že se stal přijímaným a uznávaným členem pracovní skupiny. Nepříznivý průběh sociální adaptace vhání nového pracovníka do skličující sociální izolace s neblahými důsledky pro jeho prožívání a motivaci. Velmi často hledá řešení ve vazbě na osoby z jiných pracovišť a na prostředí mimopodnikové. Tento únik znamená odtahování se od pracovních úkolů a v krajním případě může vést až k tomu, že nový pracovník z organizace odchází.“ (12)

3.8. Adaptační proces nelékařských pracovníků v ČR

I v našem zdravotnictví je v popředí téma sester školitelek a jejich vzdělávání. Některé nemocnice již zjistily, že sice mají sestry školitelky, které prošly odbornou praxí na oddělení, ale ke své práci školitelky si ještě potřebují doplnit některé dovednosti a znalosti.

Příkladem takové nemocnice je Fakultní nemocnice v Plzni, která ve spolupráci s Vysokou školou v Plzni zahájila v únoru 2007 Pilotní certifikovaný kurz, který je určen všeobecným sestrám a porodním asistentkám, které se podílejí nebo budou podílet na vzdělávání a výchově studentů vyšších a vysokých škol zdravotnických oborů, dále na celoživotním vzdělávání. Hlavním důvodem vzniku tohoto projektu je fakt, že současné školitelky jsou odbornice ve své profesi, ale ke komplexní přípravě mentorů potřebují ještě získat základní znalosti a dovednosti z oblasti andragogiky, pedagogiky, didaktiky, práva, psychologie a managementu. Cílem tohoto kurzu je získání nových informací právě z těchto oblastí a rozšíření znalostí na úroveň současného poznání a současných požadavků pro zajištění kvalitního vedení klinické praxe. Celková délka kurzu je 100 hodin, z toho 60 teoretických a 32 praktických hodin, zbývajících 8 je určen pro hodnocení kurzu. Tento kurz je podrobněji popsán v časopise *Sestra* 2/2008 v článku Školitelka klinické praxe – informace o pilotním kurzu. (22)

Dále tento článek popisuje roli školitelky jako velmi důležitou, protože poznatky osvojené v praxi mají stejnou důležitost jako teoretické vědomosti získané ve vzdělávací instituci. Ve zdravotnických organizacích by měly systémy školitelů usnadnit adaptaci na nové podmínky jak studentům, tak absolventům při nástupu do zaměstnání. Každému studentovi a absolventovi by měla stát po boku zkušená sestra – školitelka (mentorka). Měla by být prvním kontaktním partnerem v profesních otázkách i ve všech problémech, které se mohou vyskytnout. Pro tuto činnost by měla být všeobecná sestra nebo porodní asistentka vyškolená i finančně ohodnocena. (22)

Zajímavý systém zapracování sester mají i na neonatologické JIP ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Zavedli zde také samostatnou funkci

sestry školitelky, která zodpovídá za vedení adaptačního procesu. Cílem její práce je rychlé a kvalitní zapracování nových pracovníků. Proces zapracování je zahájen vstupním kursem, který uvádí nové pracovníky do dané problematiky. Koncepce zaškolování se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je složená z 12 tematických celků (např. resuscitace, ventilace, kanylace). Teoretickou část přednášejí sestřím nejprve lékaři, na ně po té navazuje svými semináři sestra školitelka. Věnuje se jednotlivým problematikám podrobněji teoreticky i prakticky. Délka adaptačního procesu je 6-9 měsíců a závisí na teoretických znalostech a také na praktických dovednostech sestry. Znalosti získané během adaptačního procesu prokazují sestry při závěrečném pohovoru, jemuž je přítomen vedoucí lékař oddělení, vrchní a školící sestra. (32)

Trochu odlišný model v zapracování sester funguje již od roku 2002 ve FN U Sv. Anny v Brně. Pro nově nastupující sestry je vypracován manuál, který obsahuje postup začlenění absolventek do pracovního kolektivu, adaptaci na nové prostředí, získání dovedností v základní a speciální ošetrovatelské péči, získání teoretických znalostí podle odbornosti kliniky a další obecnou část jako je např. hygienicko-epidemiologický režim. Každá absolventka má svoji školitelku, které je zodpovědná za zapracování nového zaměstnance a na kterou se může obracet v případě nejasností. Pro absolventky a sestry, které přicházejí do nemocnice např. po mateřské dovolené, bylo zpracováno 110 manuálů ošetrovatelské péče, které jim mají pomoci zvládnout náročné požadavky a odpovědnost za samostatně prováděnou ošetrovatelskou péči.

Vlastní proces zapracování dle tohoto článku probíhá tak, že vrchní sestra předá absolventkám přehledy Nástupní praxe a manuál Zapracování sestry. Sestra školitelka seznamuje svou kolegyni s postupem zapracování a průběžně hodnotí zvládnutí teoretických i praktických výkonů, seznamuje zaškolovanou sestru se sebehodnocením a dokumentací. Přípravuje hodnocení. Proběhlo-li zapracování a zadané úkoly byly zvládnuty, vypracovává absolventka závěrečnou práci, která je jí zadána z vybraného oboru. Zaškolený pracovník má vedle sebehodnocení možnost písemně ohodnotit kvalitu zaškolení. (37)

Uvedené modely nám ukazují, že v ČR neexistuje jednoznačně daný model, podle kterého by se měli nelékařští pracovníci při nástupu do praxe zapracovávat. Společným znakem těchto modelů je sestra školitelka, která jak se v praxi ukazuje, je velmi důležitá pro kvalitní průběh adaptačního procesu sester. Pozice sestry školitelky se však v praxi odlišují, v některých nemocnicích je tato pozice samostatnou funkcí, jinde pečuje o pacienty a má přiděleného absolventa, se kterým obvykle pracuje ve směně a je zodpovědná za jeho zapracování. Domnívám se, že zejména v intenzivní péči, vzhledem k náročnosti oboru, by měla být pozice sestry školitelky samostatnou funkcí.

Také si myslím, že je dobré, pokud má sestra školitelka pro svoji práci odborné znalosti a dovednosti a to nejen z oboru, ve kterém pracuje, ale také především z oblasti andragogiky a pedagogiky. Jsem proto ráda, že sestry v ČR mají možnost absolvovat výše zmíněný kurz pro přípravu školitelek – mentorů.

3.9. Adaptační proces nelékařských pracovníků ve světě

Anglie – Ivona Mikulenková sestra, která pracovala v nemocnici v anglickém Birminghamu popisuje adaptační proces takto: „Pro nové sestry jsou začátky velmi náročné, některé z nich nápor nevydrží a odcházejí již po několika měsících. Začínající sestry musí projít úvodním kurzem pořádaným každou PICU (dětská jednotka intenzivní péče), kde získávají vědomosti nezbytné pro práci na jednotce a učí se o jednotlivých stavech a nemocech, se kterými se setkají. Kurz trvá devět měsíců, během nichž musí každá sestra splnit předepsané kompetence a kurz ukončit závěrečnou zkouškou skládající se ze znalostního testu a písemné práce na odborné téma.“ (31)

V Anglii také existují kurzy na zaškolení sester mentorek, tento program je podrobněji popsán v internetovém časopise SupportForNurses. Autorka článku Lisette Histon se v tomto článku zaměřuje na programy pro školení sester – sester mentorek, jejichž cílem je snížení fluktuace sester. „Školení v sobě zahrnuje vytvoření dvojice mezi zkušenou profesionální sestrou a sestrou novou. Zatímco instruktážní programy jsou navrženy tak, aby zajistily předání technických dovedností nově přijatým sestram. Správkyně školícího programu Patty Prosserová označuje daný školící program jako Mastering Nurse mentoring. Školící program zahrnuje v sobě složky co je a co není mentoring, vlastnosti dobré mentorky, role a očekávání školitelů a školených, základy programu včetně uvedení frekvence setkání sester. Prosserová říká, že dobrý mentor pomáhá vést sestry při hledání odpovědí v nich samých, dále tvrdí, že mentoring není jen o zvláštním využívání vztahu nebo o porušování důvěry, protože vztah musí být vybudován na důvěře, čestnosti a respektu. Také je důležité, aby školící pochopila, že její úlohou je vyučovat, vést a sdílet moudrost, naslouchat a radit, pomáhat zvýšit motivaci, uspokojení z práce a poskytovat klinickou expertízu.“ (23)

Dále v článku popisuje také vlastnosti dobré sestry – mentorky a to následujícím způsobem: „Je jasné, že sestry – mentorky by měly mít technické kompetence a zkušenosti s vedením. Musí být pověřené (zřejmě pracovní náplní) a kvalifikované a být v pozici někomu jinému radit. Další kvality

zahrnují čestnost, strategickou vizi v dané profesi a ochotu sdílet zážitky, názory a životní zkušenosti. Mentor má být schopný naslouchat druhým, aby pochopil, co se odehrává ve světě školené osoby. Tento mentor by měl být silný v dovednostech v práci s lidmi.“ (23)

Prosserová tvrdí, že vzhledem k vysoké poptávce po práci sester nabere otázka udržení sester v budoucnu na důležitosti tak, jak se bude nedostatek sester stávat vážnějším. Školení sester mentorek je dostupným prostředkem k udržení sester a výhrou jak pro nové sestry, tak pro zkušené sestry – mentorky a uživatele nemocnic. (23)

Německo - podobně popisuje i roli mentora v klinické praxi Anastasiadou Hana z univerzitní kliniky Ludwiga – Maximilianse v Mnichově. „Mentor je odvozen z řeckého jazyka a znamená otcovského přítele a poradce, vychovatele, učitele a též mravokárce. V německých zemích se prosadil název, který vyplývá ze zákonné úpravy – Praxisbegleiter, Praxisanleiter, což vystihuje jeho činnost doprovázet, zapracovávat. Pod vedením mentora má svěřenec zvládnout základní i speciální etablované pracovní postupy, samostatně poskytovat individuální ošetrovatelskou péči v odpovídajícím rozsahu, dle stádia jeho odborné přípravy a věkové zralosti a se zohledněním příslušných zákonných norem. Dále mentor zpřístupňuje svému svěřenci jednoduché i komplexní pracovní návody, koriguje chyby, poskytuje tipy a návody. Je svému svěřenci supervizorem, odpovídá na jeho otázky, řeší event. problémy vzniklé v kontaktu s klienty, s ošetrovatelským týmem. (1)

Mentor má v německy mluvících zemích minimálně 2 roky praxe ve svém oboru. Potřebné pedagogické a andragogické kompetence si osvojí úspěšným absolvováním mentorských kurzů různých typů. Tuto odbornou přípravu hradí zaměstnavatel v rámci celoživotního vzdělávání pracovníků. Vlastní činnost není speciálně honorovaná, nýbrž je chápána jako nedílný předpoklad zvyšování prestiže jednotlivých pracovišť. Úkoly mentora jsou popsány v několika bodech a to jako koordinace pracovní výuky, kooperace s příslušnou vzdělávací institucí a nadřízenými, organizace a plánování, zaučování a hodnocení. Cílem mentorské činnosti není dopomoci svěřenci k získání solidní odborné kvalifikace, nýbrž se jedná o víceúrovňové vedení ve

vzájemných mezilidských vztazích za použití odpovídajících znalostí a dovedností působením na individualitu jedince.“ (1)

Zahraniční přístupy ukazují, že zatímco pozice profesionálního mentora je v adaptačním procesu nezbytná, finanční odměňování mentorské práce se odvíjí od místních specifik, může k němu, ale také nemusí docházet. I v zahraničí probíhá školení mentorů formou certifikovaných mentorských kurzů.

4. Řízení změny

4.1. Pojetí změny

Kovář, Hrazdilová definují změnu velmi obecně a to takto: „Změnu v nejobecnějším pojetí je možno charakterizovat jako přechod jakéhokoli objektu z jedné podoby do podoby jiné.“ (10)

Trochu rozvinutější definici přináší Russel – Jones, který definuje změnu jako provádění změny nebo přeměny v něco jiného, nebo také jako odlišnost od předchozího stavu či jako náhradu jednoho druhým, obměnu. (14).

Di Kamp definuje změnu jako něco, co jsme museli udělat, abychom našli novou relativně stabilní polohu. (7)

Myslím si, že každá změna je relativně stabilní, s tím s autorkou souhlasím, ale současná doba přináší neustálé změny a jen minimum stabilních změn, proto se více přikláním k následující myšlence Alvina Tofflera, kterou autorka této knihy Manažer 21. století uvádí:

„Alvin Toffler, který na konci 60. let 20. století předpověděl tzv. třetí vlnu, což je post industriální společnost se zvýšenou mírou takových změn, že jakákoliv adaptace na situaci bude jen přechodná, protože další změna bude již na cestě. (7)

Drucker o změně - inovaci říká: „Inovace znamenají především systematické opouštění včerejška. Za druhé pak znamenají systematické hledání inovačních příležitostí ve zranitelných místech nějaké technologie, nějakého výrobního procesu či trhu v zaváděcí době potřebné pro praktické uplatnění nových znalostí v oblasti podnikání, a ne jen nových projektů nebo modifikací produktů starých. Inovace znamenají ochotu vytvořit inovační projekt odděleně, mimo existující řídicí strukturu, organizačně zabezpečit řádné účetní kategorie pro ekonomické sledování a řízení inovací a vhodné principy odměňování pro inovátory. V turbulentní době se fungování ekonomického metabolismu ještě zrychlí. Velký podnik, který bude organizačně zajišťovat inovace, však bude ve výhodě, bude mít kapitálové i

lidské zdroje potřebné pro tyto inovace v současných technologických a tržních podmínkách. (6)

Na tomto pojetí mě zaujalo především to, že se na systematických změnách mají podílet především zaměstnanci či jiní lidé, kteří nejsou zainteresováni v řídicích složkách firmy, a s tím souhlasím. Protože právě v těchto lidech je potenciál pro změnu, a management by měl vytvářet prostor pro zapojení těchto zaměstnanců a jejich inovační nápady patřičně odměnit.

4.1.1. Klasifikace změny

Dle Kováře, Hrazdilové lze změny klasifikovat z nejrůznějších hledisek. Z pohledu managementu změny je důležité hledisko pod vlivem jakého subjektu změna probíhá. Změny klasifikují následovně na:

- Změny samovolné – probíhají bez účasti lidského subjektu pouze pod vlivem působení přírodních sil a vlivů.
- Změny cílené – jsou výsledkem cílevědomé a uvědomělé lidské činnosti.
- Změny řízené – jsou zpravidla výsledkem jedné z forem cílevědomé a uvědomělé lidské činnosti. (10)

4.1.2. Příčiny změny

Nyní se zaměřím na příčiny změn a to na příčiny vnější i vnitřní.

Vnější faktory změn:

- Tržní změny
- Tlaky na snižování nákladů
- Konkurence
- Regulace (14)

Vnitřní faktory změny v organizaci:

- Nový management – jmenování nového managementu téměř vždy přináší změnu
- Fúze, akvizice
- Růst
- Technologie (14)

Barták přibližuje příčiny změn podrobněji a to tak, že změny v našem životě a v této době nejsou ničím novým, protože již naši předkové byli zapojeni do procesu změn. Popisuje však, že v této době vstupují do popředí nové faktory, jako je permanentnost, dynamika, rostoucí frekvence, komplexnost a doslova globalizace změn ve stále tvrdších podmínkách rozšiřující se a prohlubující se konkurence. Tvrdí, že moderní tržní ekonomika je ekonomikou turbulencí což znamená, že neexistuje nic pevného, neměnného, stálého a status quo patří minulosti. Dále říká, že mezi nejpodstatnější změny vnitřních podmínek patří změny vlastnických vztahů, charakteru firmy, případně předmětu podnikání a nejde jen o změny jednorázové, ale o změny permanentní, kontinuální i diskontinuální – skokové. (3)

Myslím si, že výše uvedený popis současné doby se promítá i v oblasti zdravotnictví zejména nyní, kdy ještě stále není dokončená reforma zdravotnictví a stále se něco mění, i když dle mého názoru jde o změny spíše diskontinuální v souvislosti s neustálou změnou v politické oblasti. Nicméně do popředí vystupují změny vlastnických vztahů jednotlivých zdravotnických zařízení. Dochází k převodu nemocnic většinou z příspěvkových organizací na a.s. (akciové společnosti) a s.r.o. (společnosti s ručením omezeným).

4.1.3. Strategie změny

Dle Bartáka je strategie v oblasti řízení lidských zdrojů zaměřena na:

- Stanovení osobních cílů
- Hodnocení dosažených výsledků
- Plán osobního rozvoje, učení a tréninku
- Plán rozvoje kariéry
- Řízení výkonu a rozvoj způsobilosti (3)

Barták se také zmiňuje o charakteru uvažovaných změn, kdy je potřeba zvážit v jakém časovém horizontu má změna proběhnout, zda půjde o změnu rychlou či pomalou a uvědomit si přednosti i eventuální nedostatky různých přístupů. Rozlišuje změny dle strategického kontinua na rychlou změnu a pomalou změnu:

Rychlá změna – je jasně plánovaná, vyžaduje malé zapojení ostatních a je nutné pokusit se překonat každý odpor.

Pomalejší změna – zpočátku není jasně plánovaná, vyžaduje velké zapojení ostatních a pokoušíme se minimalizovat každý odpor. (3)

4.2. Podpůrné faktory úspěšné realizace změn

Pro úspěšnou realizaci změn je třeba dle Škrly, Škrlové dodržet následujících deset faktorů:

Vytvoření zdravé organizační kultury a motivačního prostředí.

- Jasná vize – lidé musí chápat smysl změn.

- Podpora důvěry zaměstnanců k managementu.

- Otevřená, efektivní komunikace a dodržení slibů.

- Získání potřebných zdrojů – čas, nástroje, finanční prostředky k realizaci změn.

- Zahrnutí zaměstnanců do plánování změny – zaměstnanci musí být přesvědčeni, že změny byly iniciovány na základě jejich nápadů a vize.

- Vytvoření efektivního akčního plánu – konkrétní kroky, harmonogram, odpovědnosti.

- Přesvědčení zaměstnanců v získání dovedností, které budou nutné k práci po realizaci změn.

- Skutečná podpora vrcholového managementu. (17)

Všechny uvedené body vnímám jako důležité, ale domnívám se, že velmi důležitá je podpora vrcholového managementu a to především v získání důvěry pro realizaci dané změny. Za důležité považuji i zapojení zaměstnanců, a to nejen do plánování změny, ale i do její realizace.

4.2.1. Komunikace transformační vize

Kotter zdůrazňuje nutnost komunikace transformační vize a to následovně:

„Skvělá vize může sloužit svému účelu, i když jí rozumí jen několik málo zasvěcených lidí. Skutečná moc vize se však projeví teprve ve chvíli, kdy většina lidí zapojená do určitého podniku nebo činnosti shodně rozumí jejím cílům a zaměření. Získat porozumění a podporu není nikdy jednoduché, zvláště pak ve velkých podnicích. I schopní lidé v tom neustále dělají chyby a ani v dobře známých firmách nebývá výjimkou naprostý kolaps. Manažeři podceňují komunikaci, a to často velmi výrazně a to může vést ke zpomalení transformace. (11)

S Kotterovým názorem souhlasím a myslím si, že samotná vize nějaké změny nedokáže uskutečnit změnu, je-li to možné, je třeba zapojit do realizace změny zaměstnance, ale je nutné změnu dobře vykomunikovat, aby se s ní ztotožnili, přijali ji za vlastní a dokázali na ní pracovat.

4.2.2. Možné problematické oblasti při zavádění změn

Myslím si, že na změnu, kterou strategicky plánujeme, je se potřeba dobře připravit a připustit si, že mohou nastat problémové situace, které budeme muset řešit. Proto je jistě vhodné si udělat i analýzu rizik, definovat si možné problémové oblasti a připravit si jejich řešení.

Kotter vytypoval 8 možných problémových oblastí, které mohou nastat při zavádění změny. Nyní se je pokusím stručně uvést:

1. Přílišné uspokojení a arogance – je zdaleka největší chybou, jíž se lidé dopouštějí při pokusech měnit podniky a to tím, že se vrhnou do procesu změn, aniž by předem přesvědčili své spolupracovníky a zaměstnance o jejich naléhavosti. Tato chyba je fatální, protože transformační snahy nikdy

nedosáhnou stanovených cílů, pokud je vedení spokojeno příliš samo se sebou. Bez vědomí naléhavosti lidé nevyvinou žádnou snahu navíc, a to je často nezbytné.

2. Neschopnost vytvořit dostatečně silnou koalici, která by změny prosazovala – v úspěšných transformačních projektech tvoří tým prezident společnosti, ředitel divize nebo pobočky + dalších pět, patnáct či padesát lidí odhodlaných zlepšit její výkonnost.

3. Podcenění síly vize – vize hraje v procesu efektivních změn klíčovou roli. Pomáhá řídit, regulovat a inspirovat jednání velkého množství lidí. Bez přípravy vize se může transformační proces lehce rozmělnit do řady zmatených, vzájemně si odporujících a časově náročných projektů, které se ubírají špatným směrem nebo často nikam nevedou.

4. Nedostatečná komunikace vize – zásadní změny jsou obvykle nemožné bez ochoty většiny zaměstnanců zapojit se do jejich realizace, často za cenu krátkodobých obětí. Lidé však nebudou přinášet oběti, i kdyby nebyli spokojeni se současným stavem, nejsou-li pro ně potenciální výhody spojené se změnami dostatečně atraktivní a pokud opravdu nevěří v jejich uskutečnitelnost. Bez důvěryhodné komunikace, bez spousty komunikace nezískáte srdce a mozky lidí.

5. Dovolit překážkám, aby zablokovaly novou vizi – zavádění jakékoli zásadní změny vyžaduje aktivitu velkého množství lidí, nové iniciativy často končí nezdarem, když se zaměstnanci (byť ztotožnění s novou vizí) cítí odzbrojeni velkými překážkami na cestě k úspěchu.

6. Neschopnost vytvářet krátkodobá vítězství – skutečná transformace trvá příliš dlouho. Komplexní snahy o změnu strategie nebo restrukturalizaci podniku riskují, že se nepohnou kupředu, pokud se nenajdou krátkodobé cíle, jejichž splnění se dá oslavovat.

7. Příliš časně vyhlášení vítězství – po několika letech tvrdé práce budou mít lidé tendenci vyhlásit vítězství v zásadním procesu změn po prvním výrazném zlepšení výkonu, ale i to může být chybné. Dokud změny neproniknou hluboko dovnitř podnikové kultury, což může v celé společnosti trvat tři až deset let, jsou nové přístupy křehké a náchylné k návratu ke starým praktikám.

8. Zanedbání pevného zakotvení změn ve firemní kultuře – v konečném důsledku je změna trvalá, teprve když se stane způsobem, jakým „se u nás věci dělají“, a pronikne do krve pracovní jednotky nebo podniku. Dokud se nové formy chování nezakoření do sociálních norem a sdílených hodnot, jsou stále ohrožovány degradací, jakmile poleví tlaky, které vyvolával transformační proces. Při zakotvování nových přístupů do firemní kultury jsou zvláště důležité dva faktory a to vědomé úsilí ukazovat lidem, jak určité chování a postoje napomohly zlepšení výkonu a dále pro zakotvení změn je také nezbytné věnovat dostatek času na zabezpečení tohoto, aby i nová generace manažerů skutečně zosobňovala nový přístup. (11)

4.2.3. Překážky změny

Výzkum realizovaný firmou William Schiemann and Associates v USA uvedl pořadí nejzávažnějších překážek při realizaci změny a to dle následující důležitosti:

1. Odpor zaměstnanců
2. Nevhodná kultura
3. Špatná komunikace, plán
4. Nedotažení změny do konce
5. Nedostatečný souhlas vedoucích pracovníků se strategií
6. Nedostatečné dovednosti

Výzkum také ukázal, že pokud existují překážky bránící změně, je nezbytné je potlačit, získat lidi na svou stranu a bariéry překonat. (14)

4.2.4. Odpor ke změně

Z praxe vím, že každá chystaná změna dříve nebo později narazí na odpor, proto považuji za důležité se tímto tématem zabývat, identifikovat příčiny odporu a zaměřit se na metody překonání odporu.

Russel Jones říká: „Odpor ke změně je vlastně vyjádřením podpory současného stavu. Je nutné se s ním vypořádat, aby nedošlo k nežádoucímu rušivému chování. Jeho zvládnutí by mělo být pečlivě naplánováno a vhodně provedeno, protože jinak se vše bude zhoršovat a mohlo by to projekt zcela zničit“ (14)

Dále Russel – Jones popisuje důvody odporu ke změně a to reálné i domnělé. Patří k nim – ztráta kontroly, nejistota, strach z nového, ztráta moci, možná vyšší pracovní zátěž, ohrožení, nepochopení. (14)

4.2.5. Metody překonání odporu vůči změně

Barták definuje hlavní metody překonání odporu vůči změně a těmi jsou:

- Výchova a komunikace – používá se s úspěchem tam, kde jde o změnu dlouhodobou, která se plánuje se značným časovým předstihem a je tudíž reálné na ni zaměstnance na všech úrovních dobře připravit, získat jejich zájem, důvěru, rozvinout jejich participaci.
- Účast a zapojení – lze ji využít tam, kde na základě analýzy silového pole můžeme předpokládat vhodné podmínky pro vysokou úroveň participace zaměstnanců na změnách.
- Pomoc a podpora
- Metoda jednání (resp. vyjednávání) a dohody – lze využívat s úspěchem v nejrůznějších oblastech kolektivního vyjednávání až po formulaci Kolektivní smlouvy.

- Manipulace a kooptace
- Explicitní, event. implicitní donucování (3)

Všechny tyto metody jsou dle mého názoru důležité, ale za prioritní metody považuji především zahrnutí lidí do procesu změny, získání jejich podpory a ztotožnění se s vizí. Prioritní je také komunikace změny a to po celou dobu procesu.

4.3. Yerkes – Dodsonův zákon

Tento zákon zde uvádím proto, že při řízení lidí či týmu je nutné motivovat lidi, přičemž si musíme uvědomit, že přílišná motivace či podmotivace k nějaké změně může zhoršit či znemožnit její implementaci. Proto se nyní budu tímto zákonem zabývat podrobněji.

Dle Slovníku cizích slov se tento zákon týká: „Závislosti výkonu na motivaci, výkon se zhoršuje nejen při nízké motivaci, ale i při vysoké úrovni motivace a aktivace, zejména při řešení složitějších činností. (25)

Podrobněji tento zákon rozebírá na internetu Shapiro, který říká, že tento zákon v závislosti na výkonu a motivaci nám ukazuje, že pracovník dosáhne maximálního výkonu při optimální úrovni motivace. Křivka má tvar paraboly. Nadměra motivace – zvyšuje vnitřní napětí, které má za následek, že se na zadaný úkol jedinec nemůže plně soustředit. Se vzrůstající intenzitou od optima dále klesá výkonnost a vzniká neklid, poruchy spánku, deprese, panika, a až úplná ztráta výkonnosti. (36)

Myslím si, že je velmi obtížné najít optimální úroveň motivace pracovníka, obzvláště pokud pracujeme s týmem několika pracovníků na společném projektu, pak stanovení optimální motivace u všech členů týmu je z mého hlediska obtížný úkol, který vyžaduje zkušenosti s vedením takového týmu.

4.4. Motivace ošetrovatelského personálu ke změně

Škrla, Škrlová shrnují nejdůležitější poznatky o motivaci v těchto bodech:

- Vytvořte konstruktivní systém řízení na oddělení
- Neslibujte to, co nemůžete nebo nejste ochotna splnit
- Komunikujte jasně a srozumitelně
- Věřte svému záměru
- Na nesouhlas nereagujte negativně
- Nevyhýbejte se rozhodování a neodkládejte rozhodování v jakékoliv oblasti
- Dejte sestřám vědět, že je respektujete a důvěřujete jim (17)

4.5. Význam týmové práce v ošetrovatelství

Podle názoru Parkera, který se týmovou tematikou zabývá, skupina sester není ještě týmem. Týmem je pouze taková skupina, jež se vyznačuje vysokým stupněm vzájemné závislosti a je vytvořena a sjednocena za účelem dosažení určitého cíle nebo splnění úkolu. Protože zdroje jsou dnes vynakládány daleko rozvážněji než dříve, musí mít týmy poskytující péči pacientům stanoveny jasně definované cíle, musí řešit problémy kreativně a vykazovat vzájemný respekt a podporu. Zdravotnická zařízení, která mají neefektivní týmy, mohou ztratit konkurenční výhodu. (17)

S tímto názorem souhlasím a chtěla bych k němu ještě dodat, že vytvořit efektivní a fungující tým, je při současném nedostatku zdravotnických pracovníků vysoce aktuálním problémem.

4.6. Dynamika řízení proudu změn ve zdravotnictví

Škrla, Škrlová popisují, jak ve zdravotnictví dochází k dynamickým změnám a zabývají se příčinami těchto změn: „Řízení změn se dnes stává klíčovou funkcí managementu zdravotnických zařízení. Změny jsou v dnešním zdravotnictví každodenní záležitost. Důvodem jsou technologické inovace, nové léčebné metody, globalizace, informační exploze, rapidně narůstající náklady na zdravotnictví, nové manažerské techniky, zvyšující se požadavky na kvalitu a v neposlední řadě narůstající požadavky pacientů. Během procesu realizace a proudu řízení změn je nutné se naučit rozebírat staré formy struktury, osvobodit jejich energii a vytvářet nové formy vyhovující lépe potřebám budoucnosti. Dynamika a rozměr změn ve zdravotnictví vyžadují rychlost a flexibilitu, horizontálnější organizaci, rychlejší tok informací a myšlenek a především trpělivou a efektivní komunikaci na všech úrovních.“(17)

Souhlasím s tím, že zdravotnictví v dnešní době prochází spoustou změn a že je třeba se neustále zabývat tím, co by se dalo změnit. Proto je nutné analyzovat, spolu se zaměstnanci plánovat a implementovat změny do praxe a vyhodnocovat tak, abychom naplňovali požadavky pacientů, zaměstnanců a managementu a také proto, aby nemocnice obstála v konkurenčním prostředí. Také souhlasím s tím, že pro tento proces je nutná efektivní komunikace ve všech směrech.

4.7. Proces transformace ve zdravotnictví

Dle Škrly, Škrlové uvádí literatura nejčastější čtyři katalyzátory, které mohou podpořit proces úspěšné transformace a jsou to:

- Konfrontace všech zaměstnanců oddělení s existující kritickou situací proto je nutné seznámení všech zaměstnanců s důvody transformace i možným řešením.

- Externí benchmarking – pohled na organizace, které úspěšně dosáhly ekonomických výsledků a kvality. Analýza trendů důležitých ekonomických ukazatelů a ukazatelů kvality oddělení nebo zdravotnických zařízení v porovnání s jinými.

- Vyhodnocení silných a slabých stránek oddělení nebo zdravotnického zařízení. (17)

5. Empirická část

5.1. Úvod

Výzkumnou část této práce jsem realizovala na oddělení ARO v Krajské nemocnici Liberec a.s.. Na tomto oddělení jsem pracovala nejprve jako všeobecná sestra, později jako vedoucí směny a také jako staniční sestra. Ke zpracování tématu diplomové práce mě vedla moje sedmiletá zkušenost se systémem zapracování sester na ARO. Spolu s vrchní sestrou tohoto oddělení jsme se shodly, že je potřeba stávající proces zkvalitnit. Vrchní sestra řekla, že jsem si vybrala téma aktuální a vyjádřila mně v tomto procesu podporu. O svolení pracovat na tomto projektu jsem též požádala i hlavní sestru Krajské nemocnice Liberec a.s., PhDr. Alenu Riegrovou, která s projektem souhlasila a rovněž mně vyjádřila podporu. Za důležitou složku práce jsem považovala motivaci zaměstnanců a jejich participaci. Na projektu jsem začala pracovat již v červenci 2007 a v započaté spolupráci i nadále pokračuji.

První část výzkumu je zaměřena na přesné zmapování situace v systému zapracování sester – provedení tzv. diagnostiky procesu. Druhá část výzkumu je zaměřena na přípravu implementace změny do praxe.

5.2. Diagnóza současného stavu v organizaci

Před započítím diagnostického procesu bych ještě chtěla krátce představit oddělení ARO Krajské nemocnice Liberec a.s., a to z hlediska historie i současnosti.

5.3. Představení oddělení ARO

Historie oddělení

„Anesteziologické oddělení (v té době bez lůžkové stanice) vzniklo v liberecké nemocnici v roce 1964. U zrodu a rozvoje oddělení stál od počátku Prim. MUDr. Jiří Brabec, člen Výboru Anesteziologie ČSR. Vznikla tak lůžková stanice ARO (Anesteziologicko-resuscitační oddělení) s osmi lůžky a technickým zázemím resuscitační péče. Další významní spoluzakladatelé tohoto oddělení byli doktoři Hana Věchtová, Ivan Dvořáček, Josef Ježek a Jaromír Kašpar. Na podkladě nové koncepce oboru vzniklo r. 1974 oddělení RZP (Rychlé záchranné pomoci), které bylo připojeno k ARO, jako jeho další oddělení. Tento model trval do r. 1990, kdy RZP byla oddělena od ARO jako samostatná ÚSZS (Územní středisko záchranné služby). V roce 1998 vznikla Ambulance bolesti jako třetí stanice ARO pod vedením MUDr. Jaroslava Krcha. Ambulance se zabývá řešením a koordinací řešení chronických, neztižitelných bolestí maligní i nemaligní etiologie.“ (27)

Současnost oddělení

„Lůžková stanice ARO má kapacitu 9 lůžek. Intenzivní resuscitační péči pokrývá toto oddělení v celém rozsahu a spektru výkonů, včetně kontinuálních eliminačních technik, plasmafarézy a bronchoskopických vyšetření. Oddělení je zapojeno do projektu Ministerstva zdravotnictví - do Registru Intenzivní péče. Dále bylo oddělení úspěšně akreditováno pro obor anesteziologie a resuscitace. Také je zapojeno do řady nekomerčních studií, které jsou organizovány Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a Evropskou společností intenzivní medicíny.“ (28)

Přesný počet nelékařského personálu záměrně neuvádím, neboť je velmi proměnlivý.

5.4. Plán diagnostiky

Zde bych se chtěla stručně zmínit o plánu diagnostiky, který jsem si vypracovala před zahájením vlastního diagnostického šetření. Plán uvádím v jednotlivých bodech:

- Schůzka s vrchní sestrou oddělení ARO, získání podpory v procesu.
- Získání podpory a povolení pracovat na tomto projektu od hlavní sestry nemocnice.
- Analýza dokumentů.
- Konstrukce dotazníků.
- Informační schůzka se zaměstnanci – seznámení s principy diagnostiky, s výhodami tohoto procesu, získání důvěry, motivace zaměstnanců ke spolupráci, distribuce dotazníků.
- Semistandardizované rozhovory s vrcholovým managementem lůžkové části ARO.
- Zpracování výsledků.
- Návrh doporučení pro změnu na úrovni středního managementu.
- Facilitované setkání s vybranými 8 -10 zaměstnanci oddělení, motivace týmu pro změnu, interpretace výsledků diagnostického šetření, společné určení priorit pro změnu.
- Sestavení týmu, který se bude na realizaci změny podílet.
- Facilitované setkání s realizačním týmem, stanovení pravidel, rozdělení úkolů, naplánování dalšího setkání.

5.6. Výběr respondentů

Pro dotazníkovou metodu jsem zvolila účelový výběr respondentů – sester, které prošly systémem zapracování na oddělení ARO Krajské nemocnice Liberec a to v časovém horizontu posledních sedmi let tj. od roku 2001 do roku 2008. Cílovou skupinou v dotazníkovém šetření tvoří všechny sestry, které jsou absolventkami středních zdravotnických škol, vyšších zdravotnických škol a vysokých škol se zdravotnickým zaměřením, a které nastoupily do zaměstnání po ukončení školy nebo s delším časovým odstupem.

5.7. Použité výzkumné metody

Pro realizaci výzkumné části, která se týká diagnostiky procesu zapracování sester jsem si zvolila následující tři metody výzkumu – analýzu dokumentů, dotazníkové šetření a Semistandardizované rozhovory s vrcholovým managementem lůžkové části oddělení ARO. Také jsem zrealizovala polostandardizovaný rozhovor se sestrou školitelkou, který jsem původně v projektu neplánovala, ale v době realizace jsem se rozhodla, že bych jím chtěla obohatit praktickou část této práce. Nyní se budu zabývat jednotlivými metodami podrobněji.

Analýza dokumentů

Se svolením vrchní sestry oddělení jsem provedla analýzu dokumentů, které se týkají systému zapracování sester nebo napomáhají sestřím v jejich práci. Dokumenty bych mohla rozdělit do dvou skupin a to na ty, které jsou závazné a platné v celé organizaci a na dokumenty tzv. interní, které jsou používány na oddělení ARO.

Z dokumentů celoorganizačních jsem analyzovala:

- Záznam vzoru popisu pracovního místa pro všeobecné sestry se specializovanou působností
- Záznam vzoru popisu pracovního místa všeobecné sestry
- Plán doby zapracování – pro ošetrovatelský úsek
- Záznam – kritéria pro hodnocení zaměstnance v době zapracování
- Standardy ošetrovatelské péče

Z interních dokumentů oddělení ARO jsem analyzovala následující:

- Interní plán nástupní praxe – časový rozpis odborných témat, které se sestry musí naučit a prokázat znalosti tohoto tématu
- Manuály pro některé výkony, které jsou realizovány na oddělení ARO
- Manuály pro některé přístroje na oddělení ARO

Dotazníkové šetření

Pro účely analýzy současného stavu jsem využila i metodu dotazníkového šetření. Dotazník byl určený sestřám, které prošly systémem zapracování na oddělení ARO v časovém horizontu posledních sedmi let. Za poměrně složitou považuji konstrukci dotazníku, které jsem věnovala v přípravné části nejvíce času.

Dotazníkové šetření jsem realizovala v průběhu dubna až května 2008. Distribuce dotazníku probíhala několika způsoby. Na oddělení ARO jsem jich distribuovala 20, některé jsem osobně rozdala při facilitovaném setkání zaměstnancům, zbytek dotazníků i s obálkami jsem ponechala v místnosti sester. Do této místnosti jsem také umístila zalepenou a označenou schránku, kam zaměstnanci mohli vyplněné dotazníky vhadzovat. Schránku jsem na oddělení ponechala měsíc. Domnívám se, že právě místnost sester zabezpečuje zaměstnancům anonymitu při vhadzování dotazníků, protože se sestry téměř celou směnu zdržují na sledovně u pacientů. Dalších 10 dotazníků jsem distribuovala poštou zaměstnancům, kteří již na tomto oddělení v současné době nepracují. Jejich adresy jsem získala od vrchní sestry tohoto oddělení.

Semistandardizované rozhovory

Rozhovory jsem realizovala s vrcholovým managementem lůžkové části ARO v dubnu 2008. Tyto rozhovory jsem vedla individuálně za účelem zmapování současné situace v systému zapracování sester z pohledu managementu s cílem, že zjištěné skutečnosti použiji k analýze současného stavu tohoto procesu. Pro rozhovor s vrchní sestrou jsem si připravila 12 otázek. Otázky zahrnují témata, která se týkají průběhu procesu zapracování sester, dále spokojenosti vrchní sestry s tímto systémem. Také jsem se zaměřila na vlastní proces zapracování a jeho průběžné vyhodnocování ze strany

managementu. Zajímalo mě, jaké podmínky mají zaměstnanci pro vytvoření a prohloubení znalostí a také jsem do otázek zahrnula dotaz na možnost zavedení supervize pro sestry na tomto oddělení. Rozhovor trval 40 minut a se souhlasem vrchní sestry byl nahráván.

Pro rozhovor s primářem oddělení a s vedoucím lékařem jsem si připravila 10 otázek. Opět se jednalo o rozhovory individuální. Tyto otázky se týkaly spokojenosti se systémem zapracování sester a jejich návrhů na zlepšení, dále jejich pohled na efektivitu současného systému a také jsem se zaměřila na hodnocení sester v průběhu adaptačního procesu. Do otázek jsem zařadila i téma zapojení lékařů do procesu zapracování sester a také otázku, která se týkala zavedení supervize sester na oddělení. Tyto rozhovory nebyly po vzájemné domluvě nahrávány, v průběhu rozhovoru jsem si zapisovala odpovědi na záznamový arch.

Další rozhovor jsem vedla se sestrou školitelkou, která v současné době pracuje na tomto oddělení. Z důvodu její velké zaneprázdněnosti se jednalo o kratší 10 minutový rozhovor, ve kterém jsem odpovědi rovněž zapisovala do připraveného záznamového archu. Otázky byly zaměřené na spokojenost se systémem zapracování sester, na spokojenost s prací školitelky a na vlastní proces její práce se zaškolovanými sestrami.

5.8. Zapracování sester na ARO – popis procesu

Nástupní praxe na oddělení ARO se řídí platným standardem ošetrovatelské péče v Krajské nemocnici Liberec. Standard se týká instrukcí pro zapracování sester. Zde jsou rozděleny jednotlivé typy pracovníků – zapracování sester typu A a zapracování sester typu B, jejichž rozlišení je dle tohoto standardu následující:

Skupina absolventů typu A – jsou absolventi středních, vyšších a vysokých škol, kteří nastupují do zaměstnání po ukončení školy nebo s delším časovým odstupem a neprošli zapracováním pro absolventy v jiném zdravotnickém zařízení. Zapracování typu A je pro každého absolventa střední, vyšší, vysoké školy povinné.

Skupina absolventů typu B – je pro zdravotnického pracovníka, který nastoupil do Krajské nemocnice Liberec po delší době přerušení odborné činnosti nebo u kterého dochází k výrazné změně pracovní náplně při přechodu na nové pracoviště nebo na nový druh, způsob či organizaci práce.

Další dokumentací je plán doby zapracování, který obsahuje obecnou část, která je jednotná pro všechny pracovní kategorie zaměstnanců a jednotná pracoviště příbuzných oborů. Nedílnou součástí této dokumentace je odborná část tzv. základní, kde je náplň práce rozdílná pro jednotlivé pracovní kategorie zaměstnanců a jednotná pro pracoviště příbuzných oborů. Vše je ukončeno zvláštním oddílem, který je nazýván odbornou částí speciální, která definuje specifickou náplň pro každé pracoviště. Nástupní praxi lze doplnit o doporučené ministáže organizované v rámci Krajské nemocnice Liberec, kde délku stáže určuje vrchní setra oddělení.

Závěrečná část dokumentace o zapracování je dosud tvořena Záznamem o průběžném plnění nástupní praxe a Záznamem o ukončení zapracování sester.

Odborná část nástupní praxe na ARO, kterou prochází každý nový absolvent (ka) je složena z části základní, kde jsou specifikovány běžné výkony jako ošetrovatelský proces na ARO, management ošetrovatelské péče, práce

s dokumentací, příjem pacienta na ARO, příprava sterilních stolků, monitorace pacienta, prevence a léčba dekubitů, péče o ventilovaného pacienta, infúzní a transfúzní terapie, enterální a parenterální výživa.

Speciální část nástupní praxe je zaměřená na ošetrovatelský proces u nemocných se zaměřením na specifiku péče v oboru ARO. Zahrnuje témata např. kardiopulmonální resuscitace, šok apod. Tato speciální část je rozložena do období celého roku a každý měsíc sestra prokazuje znalost jednoho z těchto témat. Vše probíhá se spoluúčastí vrchní sestry, staniční sestry a vedoucího lékaře. Nástupní praxe probíhá vždy v určený termín od 14. hodin a to v délce 1,5 hodiny.

Nově nastupujícímu zaměstnanci je představena a přidělena sestra – školitelka, se kterou obvykle pracuje ve směně. Sestra školitelka je na tomto oddělení většinou jedna ze služebně starších sester, která rovněž pracuje ve funkci vedoucí směny. Sestra školitelka seznamuje pracovníka s jednotlivými praktickými výkony, pomáhá pracovníkovi zvládat ošetrovatelský proces u přiděleného pacienta a zároveň kontroluje práci zaškolovaného zaměstnance.

6. Analytická část

6.1. Hlavní zjištění

Vrcholový management lůžkové části oddělení ARO není spokojen se současným systémem zapracování sester.

Důvodem jejich nespokojenosti je trvalý podstav sester a rychlý obrat sester na tomto oddělení. Dalším faktorem, který prohlubuje tuto nespokojenost jsou nedostatečné vstupní teoretické znalosti sester a nízká motivace pro tuto práci u některých nastupujících sester.

Nedostatek sester na tomto oddělení má vliv na adaptační proces zaměstnanců.

Na této skutečnosti se shodují vrcholový management oddělení, sestra školitelka i sestry. Tento vliv popisuje vrcholový management jako zásadní. Adaptace je díky nedostatku sester ztížená. Sestra školitelka si je vědoma, že na zaškolení zaměstnanců má málo času vzhledem k dalším povinnostem, které ve směně má. Svoji práci popisuje jako stresující a v konečném důsledku jako neefektivní, protože zaškolená sestra na oddělení nevydrží. Zaškolované sestry tento vliv popisují jako stres, netrpělivost v průběhu procesu a že jsou do směny započítávány jako plná pracovní síla i když jsou teprve na začátku tohoto procesu.

Sestry jsou spokojené se svojí školitelkou.

Ve vztahu ke spolupráci by chtěly zlepšit hlavně čas při zaškolování, mít více času na konzultace a pracovat po celou dobu se svojí školitelkou ve směně. Zároveň si uvědomují náročnost práce školitelky a proto jejich přáním je, aby na oddělení byla zřízena pracovní pozice samostatné sestry školitelky, která by se věnovala pouze této činnosti.

V procesu adaptace mají sestry největší problémy s obsluhou zdravotnické techniky.

Tuto práci hodnotí jako spíše náročnou až náročnou. Největší problémy mají hlavně s dialyzačním přístrojem a s přístrojem na měření hemodynamiky.

Stávající podmínky pro zapracování sester jsou dle vrcholového managementu špatné.

Do těchto podmínek se promítá vliv nedostatku sester na oddělení, přetížení školitelek, časový stres, který se projevuje v zácviku nových zaměstnanců, neúměrná pracovní zátěž, nedostatek kvalifikovaných sil a v neposlední řadě také nízká finanční motivace vedoucích směn a zároveň školitelek.

Nízká efektivnost adaptačního procesu .

Na tomto hodnocení se shoduje vrcholový management oddělení i sestra školitelka. Příčiny nízké efektivity tohoto procesu je dle primáře chybějící metodika pro zapracování sester, dle vedoucího lékaře a vrchní sestry je to nedostatečná teoretická příprava sester na nástupní praxi a dle vrchní sestry i rezervy v praktické části zaškolování a to vzhledem k časové tísní a stresu. Také nízká motivace nově nastupujících sester pro tuto práci. Z pohledu školitelky se jedná také o časovou tíseň, ale také jí schází metodika pro zapracování sester, současná metodika nemá žádný řád ani plán a to se dle jejího názoru projevuje v praxi.

Zavedení supervize na oddělení.

Primář oddělení uvedl, že uvažuje o zavedení supervize a to vzhledem k rozsahu práce, kdy je již nutné aktivovat kontrolní mechanismy. Vedoucí lékař a sestra školitelka se shodují na tom, že přesně neví, co supervize je. Proto jsem jim danou metodu přiblížila. Sestra školitelka pak k tomu uvedla, že je škoda, že tu supervize neprobíhá, protože by jistě sestry potřebovaly podporu v práci. Vrchní sestra uvedla, že supervize na oddělení již proběhla a

další jim byly přislíbeny, ale ty neprobíhají. (pozn. v lednu 2008 na tomto oddělení proběhl konzultační program, který se týkal změny interpersonálních vztahů a stabilizace oddělení ARO. Toto šetření bylo iniciováno vrcholovým managementem nemocnice a je zaměřeno na analýzu současného stavu této oblasti).

Reflexe práce v průběhu adaptačního procesu.

Z pohledu vrcholového managementu je prostor pro reflexi práce sestry minimální, spíše se management zaměřuje na kontrolu práce sester, která je určitě dle mého názoru také velmi důležitá. Z daných výsledků ovšem vyplývá, že zaměstnanec je informován o vzniklém problému, o nespokojenosti s jeho prací. Rovněž pokud se sestra snaží, dokáže to lékaři ocenit formou ocenění či povzbuzení. Z uvedených zjištění nevyplývá, jestli je sestře poskytnut prostor pro zpětnou vazbu procesu vlastní práce a zdali dostane prostor pro vyjádření potíží a problémů, které má v průběhu práce.

Spoluúčast lékařů na procesu zapracování sester.

Primář i vedoucí lékař oddělení se shodují na tom, že by se lékaři neměli podílet přímo na procesu zapracování sester, ale být spíše sestře nápomocni radou. Vrchní sestra uvedla, že se lékaři na tomto procesu podílejí a že sestry mají obavy s lékaři komunikovat. (zřejmě proto, že něco nevědí). A tak se samy připravují o možnost, aby jim lékař danou problematiku vysvětlil, protože dle jejího názoru jsou lékaři ochotni sestřím pomoci. Sestra školitelka k tomu však dodává, že sice lékaři vysvětlí, co sestra potřebuje, ale někteří z nich však komunikují jen s vedoucí směny a problémy řeší právě s ní a nekomunikují daný problém se sestrou, které se to týká. Toto sestra školitelka vnímá v tomto procesu jako negativní, protože největší tíha zodpovědnosti se přesouvá především na ni, ale zároveň dodává, že pro sestru, která pečuje o pacienta to musí být ponižující a stresující.

6.2. Analýza dokumentů

Celoorganizační dokumenty jsou velmi dobře zpracovány a neshledala jsem zde žádné nedostatky. Z vnitřních dokumentů jsem prostudovala Interní plán nástupní praxe a Plán zapracování sester. Z těchto dokumentů se zaměřím především na Plán zapracování sester, který si myslím, že má dobře vypracovanou část základní i speciální, ale dle mého názoru je zaměřen především na teoretickou část nástupní praxe a praktickou část zahrnuje jen velmi obecně. Praktická část je zde popsána jako zvládnutí výkonů dle platných standardů ošetrovatelské péče.

Dále jsem analyzovala interní manuály, které jsou vypracovány pro některé přístroje a výkony na oddělení. Těchto manuálů je zpracováno celkem 15 a obsahují fotografie a popis jednotlivých pomůcek pro daný přístroj nebo pro určité výkony. Manuály jsou dle mého názoru přehledné a srozumitelné, ale chybí v nich popis pracovního postupu – např. postup složení dýchacího okruhu, postup přípravy dýchacího přístroje včetně testu těsnosti.

6.3. Analýza rozhovorů

Pro přehlednější analýzu uvádím vždy jednotlivé zkoumané téma a názor jednotlivých účastníků rozhovoru. Jak již bylo popsáno v metodologické části, rozhovory byly vedeny individuální formou. Jednotlivé zápisy z rozhovorů a v případě vrchní sestry jeho úplné znění jsou součástí příloh č. 6 - 10 této diplomové práce.

Spokojenost se systémem zapracování sester

Vrcholový management tohoto oddělení a také sestra školitelka se v rozhovoru shodli na tom, že nejsou spokojeni se současným systémem zapracování sester. Důvodem jejich nespokojenosti je podle lékařského

managementu oddělení trvalý nedostatek sester na oddělení a jejich zvýšená fluktuace.

Vrchní sestra spatřuje rezervy v kvalitě vzdělání nově nastupujících sester a jejich ochotě si dále doplňovat chybějící znalosti, o kterých říká: „Rezervy máme i v praktické části zaškolování, která probíhá ve velkém stresu a časové tísní, ale vzhledem k času bohužel nejsme schopni udělat více. Někdy vidím problém i na té druhé straně, že tam mnohdy není člověk, který by ty informace rád přijímal. Narážím na to, že ač by se mohly dozvědět spoustu věcí, jsou v tom takový pasivní.“

Sestra školitelka také není spokojena se současným systémem zapracování sester. V rozhovoru uvedla: „...jsem stresována tou mírou odpovědnosti, kterou mám jako vedoucí směny za fungování celé směny, k tomu ještě zaškoluji nového zaměstnance, který vyžaduje kontinuální dohled. K tomu všemu mám obvykle na starosti jednoho pacienta, snažím se, pokud je to možné si nebrat toho nejtěžšího na starosti.“

Účastníci rozhovoru dostali také prostor vyjádřit své názory na zkvalitnění adaptačního procesu. Primář oddělení by se zaměřil na snížení stresu nově nastupujících sester, vedoucí lékař by chtěl zlepšit finanční motivaci sester a to především vedoucích směn. Také v rozhovoru uvedl, že je třeba vytvořit motivační řád, který by zamezil či snížil fluktuaci sester. Vrchní sestra sdělila, že proces by vylepšila zavedením samostatné pozice sester školitelek do každé směny. Sestra školitelka v rozhovoru řekla, že v systému zapracování sester by chtěla zlepšit časový prostor pro zaškolení sester a také sjednotit systém zaškolování sester formou nějakého řádu či plánu.

Podmínky pro zapracování sester

Primář oddělení k těmto podmínkám sdělil: „Podmínky jsou špatné...vyplývají již z toho, co jsem uvedl. Zkušené sestry se jim nemohou věnovat ihned samy jsou nuceny řešit poměrně složité situace...časový stres je výrazný.“

Vedoucí lékař se domnívá, že podmínky pro adaptaci sester jsou ztížené tím, že sestry přicházejí do praxe s nedostatečnými praktickými návyky.

Vrchní sestra si je také vědoma, že podmínky pro zapracování sester mají své rezervy a to zejména v oblasti získávání a prohlubování praktických dovedností při nástupu do praxe. K tomuto tématu řekla: „...na ty praktické dovednosti jsou ty nároky kladeny jako hodně rychle, že si je musí poměrně rychle osvojit, ten obrat sester je tady opravdu velikej a my nejsme schopny ho nějakým způsobem snížit, ač bysme chtěli, aby bylo všechno pomalejší, ale chod oddělení a vůbec způsob, styl práce na jednotce intenzivní péče, je při takovém personálním poddimenzování personálně obtížnej a nevyvarujeme se stresu, procvičování.“

Vliv nedostatku sester na adaptační proces zaměstnanců

V současné době chybí na oddělení celkem 11 sester, proto mě zajímalo, jestli tato situace má vliv i na adaptační proces u nových zaměstnanců. Z tohoto důvodu jsem rovněž tuto otázku položila všem účastníkům individuálních rozhovorů.

Krátkou a dle jeho názoru jednoznačnou odpovědí mně odpověděl **primář**: „Tato situace má vliv zcela zásadní...“

Velmi podobně vnímá tuto situaci i vedoucí lékař: „Adaptační proces je zjednodušen na hození do vody a ukaž, co umíš...“

Vrchní sestra tuto problematiku popisuje následovně: „Samozřejmě že má současná situace vliv i na adaptační proces zaměstnanců...ta adaptace je o to stížená.“

Sestra školitelka si je také vědoma, že současná personální situace na oddělení má vliv na zapracování sester a to jak v rozhovoru uvedla, se promítá v časovém stresu při zaškolování sester. Cíl, který si při svoji práci klade je co nejrychleji novou kolegyni zapracovat, s ohledem na chod oddělení a zdraví pacientů. Zároveň si však uvědomuje, že tento systém není optimální a zřejmě právě časová tíseň a stres nově nastupujících sester se projevuje v jejich časném odchodu z tohoto oddělení po ukončení nástupní praxe. Tato skutečnost je také pro ni stresující.

Efektivnost adaptačního procesu a jeho průběžné vyhodnocování

O tomto tématu **primář** řekl: „V současné době není metodika na vyhodnocování zapracování sester...orientujeme se dle výsledků nástupní praxe.“

Vrchní sestra k tomu dodává: „No, samozřejmě, že vyhodnocujeme efektivnost, po třech měsících provádíme popovídání si s každou sestřičkou a kde je i ohodnocení...je na to formulář, kde jsou jednotlivé body, teoretické dovednosti, praktické znalosti...Kde si teda projdeme nejen ty základní body, které jsou tam uvedený, ale spíš si jako povídáme o tom, jak se nám ten člověk subjektivně jeví ze strany funkčních sester... tedy ze strany mé a ze strany staniční sestry...“

Jestli hodnotím efektivnost procesu? „Nikdy jsem až tak nad tím nepřemýšlela a ani to tak nenazývám...“ zmínila se **sestra školitelka** v rozhovoru. „Pokud se sestra snaží a jde jí to, tak jí pochválím, pokud jí něco nejde a zjistím to, protože se k tomu obvykle nepřizná, snažím se jí to vysvětlit znovu...“

Prostor pro reflexi v průběhu adaptačního procesu pracovníků

Primář k tomu říká: „Vzhledem k podstavu sester je tento prostor minimální...“

Vrchní sestra situaci v rozhovoru analyzuje následovně: „Nemůžeme moc kritizovat...ne vše...musíme opatrně, nejde to direktivně a rozhodně ne kritikou, protože oni vědí, že si jich musíme vážit a musíme si jich vážit jakoby za každou cenu. To se pak dostáváme do pozice takového jakoby rukojmího, že sice někdo vás za každou cenu tlačí, že musíš něco říct...že se to musí prostě napravovat, ale na druhou stranu, nemůžete přijít a říci, že zase něco udělala ta sestra špatně.“

Sestra školitelka popisuje tuto situaci takto: „Já osobně nevyhodnocuji efektivnost procesu to dělá vrchní a staniční sestra... já jen referuju o tom, co

sestra umí a co pořád ještě neumí... ačkoli jsem jí to opakovaně vysvětlovala. Jestli hodnotím tento proces jako efektivní? Asi ne, když tu žádná sestra po nástupce nevydrží.“

Spoluúčast lékařů na procesu zapracování sester

Primář oddělení k této problematice říká: „V rámci systémových opatření si myslím, že by se lékaři neměli podílet přímo na zapracování sester, ale měli by být schopni a ochotni sestře vysvětlit, co jí není jasné, být jí nápomocni radou.“

Vedoucí lékař vyhodnotil tuto situaci podobně: „Nemyslím si to, že by se měly sestry učit přímo lékařskou problematiku, ale měly by se učit ošetřovatelství. Spíše bych preferoval výuku zkušenými sestrami, jako jsou bakalářky, magistry.“

Vrchní sestra popsala situaci tímto způsobem: „Myslím si, že se lékaři samozřejmě podílejí... Naopak sestry jsou v tom takový pasivní, že se bojí do těch rozhovorů vstupovat a ptát se na věci, kterým nerozumějí, ale jsou na to upozorňované, ať se neboje, a ptaj se i na blbosti... Myslím si, že toho sestry nevyužívají.“

Sestra školitelka vidí tuto problematiku následovně: „Lékaři se snaží...co potřebujeme, vysvětlí...někteří však komunikují s vedoucí směny a problémy řeší přes ni, nekomunikují to přímo s tou sestrou. Dobré by bylo a určitě pro tu sestru povzbuzující k práci, aby tu problematiku řešili s ní a mně sdělili jen podrobnosti, které si musím ohlídat.“

Zavedení supervize na oddělení

Součástí rozhovoru bylo i téma zavedení supervize na tomto oddělení. Velmi mně zajímalo, jak vnímá tuto příležitost vrcholový management oddělení a také jsem chtěla znát i názor sestry školitelky.

Primář oddělení k danému tématu sděluje: „Ano, při tomto rozsahu práce je již nutné aktivovat kontrolní mechanismy. Bohužel je to otázka počtu pracovníků a finančního zajištění.“

Vedoucí lékař k tomuto dodává: „Nevím, co si pod tímto termínem mám představit...v zahraničí, kde jsem byl je na výchovu sester a jejich zapracování určena koordinující osoba. Mají vypracovaný závazný plán včetně prostoru pro realizaci školení a zaškolování...obsahu přístrojů apod..“

Vrchní sestra sdělila, že se již se supervizí na pracovišti setkala: „No, jedna supervize tady proběhla...v lednu, byly přislíbeny i další supervize, která ale neprobíhají. Bylo by fajn, když by se na to nejenom u nás zaměřilo i naše vedení nemocnice Liberec.“

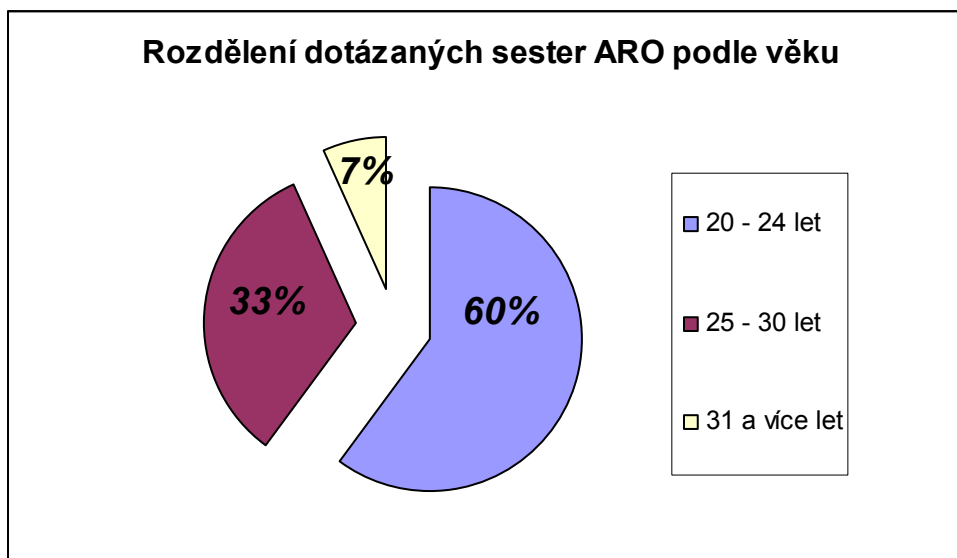
Sestra školitelka byla touto otázkou evidentně zaskočena: „No...ehm...nevím co to vlastně ta supervize je... nevím, co si pod tím mám představit, protože tu metodu neznám.“ Proto jsem ji danou metodu přiblížila a pak dodává: „Ne, supervize tady nikdy neproběhla... možná je to škoda...asi bychom občas potřebovali nějakou tu podporu ve své práci a to všichni...nejenom sestry, ale i lékaři...“

6.4. Výsledky dotazníkového šetření

Celkem jsem distribuovala 30 dotazníků a to 20 dotazníků přímo na oddělení lůžkové části ARO a dalších 10 dotazníků jsem distribuovala poštou. Zpět jsem obdržela jen polovinu vyplněných dotazníků z nichž 10 bylo přímo z oddělení a 5 vyplněných dotazníků jsem obdržela zpět poštou. Očekávala jsem návratnost o něco vyšší, ale uvědomuji si, že právě distribuce dotazníků poštou a jejich návratnost je problematická, u obou způsobů distribuce byla však 50% návratnost. Před vlastním vyhodnocením jsem ještě dotazníky zkontrolovala po věcné stránce a poté jsem přistoupila ke zpracování jednotlivých výsledků. Ze základních údajů, uvedených v dotazníku, jsem vyloučila kategorii mužů, protože všech 15 dotazníků bylo vyplněno ženami.

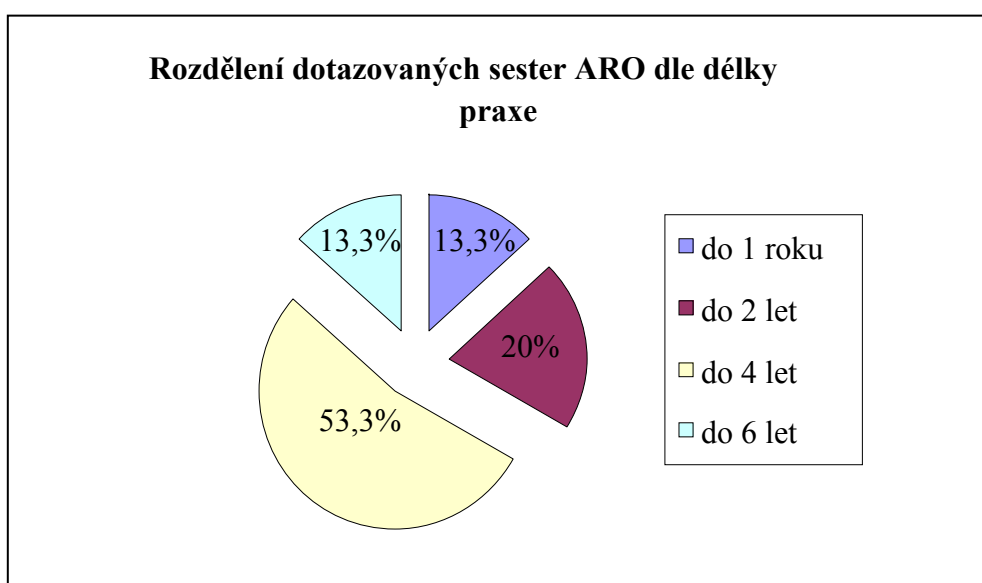
Nejprve se budu zabývat rozdělením dotazovaných sester z hlediska věku, délky praxe a vzdělání. Tyto výsledky jsem zpracovala do grafické podoby. Další výsledky uvádím v písemné podobě dle jednotlivých oblastí. Dotazník je součástí přílohy.

Graf č. 1 Rozdělení dotázaných sester ARO podle věku



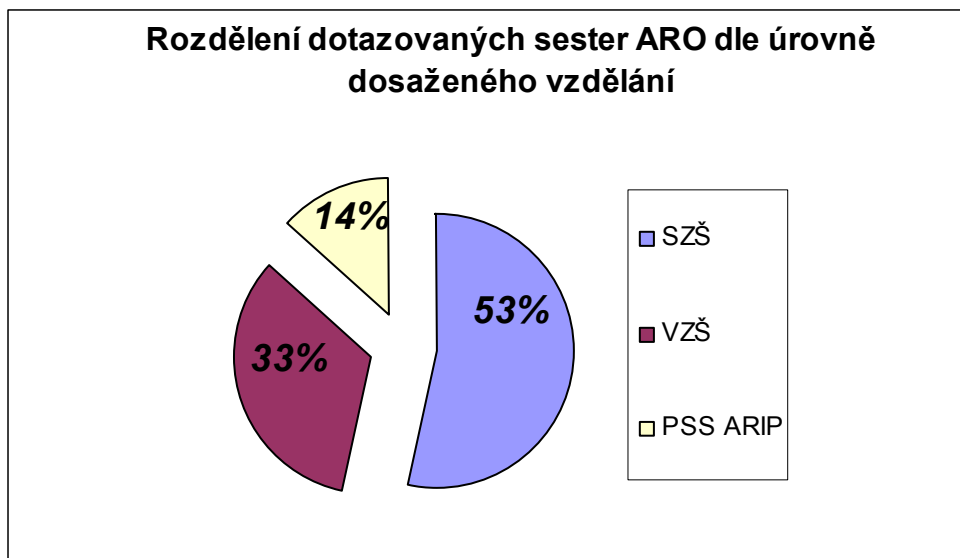
Největší skupinou sester, která se zúčastnila tohoto dotazníkového šetření jsou sestry ve věku 20 – 24 let. Musím se však zmínit, že na lůžkové části tohoto oddělení pracují sestry převážně do 30 let. Starší sestry pracují spíše na oddělení anesteziologickém, které je také součástí tohoto pracoviště.

Graf č. 2 Rozdělení dotazovaných sester ARO dle délky praxe



Dotazované sestry jsem rozdělila i z hlediska délky praxe na tomto oddělení. Největší účast na tomto dotazníkovém šetření mají sestry v kategorii délky praxe od 2 – 4 let a to 53%. Překvapila mě však nízká účast sester do 1 roku praxe. Zde jsem očekávala účast o něco vyšší. Příčinou tak nízké účasti sester v této kategorii může být dle mého názoru fakt, že tyto sestry právě procházejí procesem adaptace na tomto oddělení. Z tohoto důvodu je možná pro ně složité daný proces nyní hodnotit. Ostatní kategorie sester mohou tento proces hodnotit již s určitým časovým odstupem a jsou dle mého názoru schopné lépe analyzovat problémové oblasti adaptačního procesu.

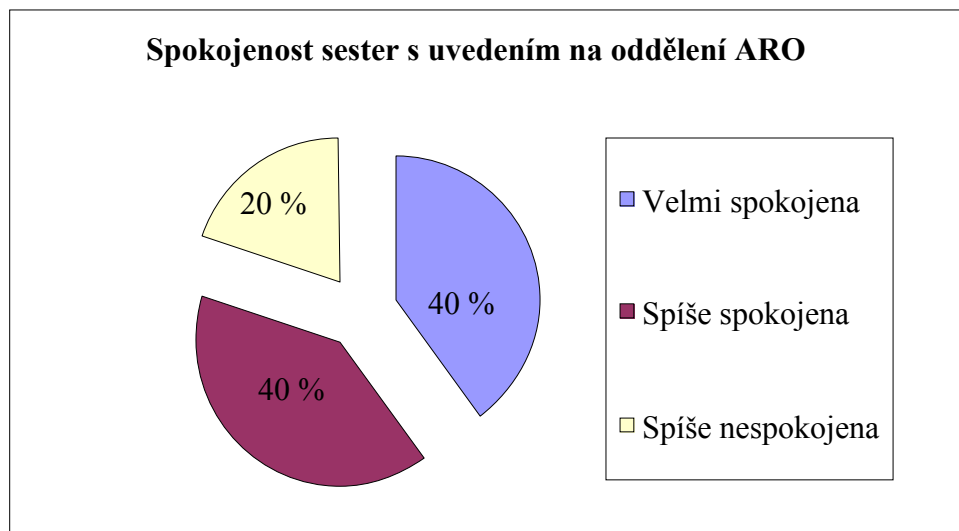
Graf č. 3 Rozdělení dotazovaných sester ARO dle úrovně dosaženého vzdělání



Pokud rozdělím účastnice tohoto výzkumu z hlediska dosaženého vzdělání musím konstatovat, že větší část tvoří sestry se středoškolským vzděláním s maturitou, podstatnou část zaplňují také sestry z Vyšší zdravotnické školy. Nejmenší část dotazovaných sester je reprezentována sestrami, které získaly specializační vzdělávání v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče.

Je škoda, že se mně nepodařilo získat data od sester, které studovaly pomaturitní studium v oboru Sestra pro intenzivní péči (SIP). Bylo by jistě velmi zajímavé porovnat průběh adaptačního procesu těchto sester se sestrami, které neprošly specializačním vzděláním v tomto oboru.

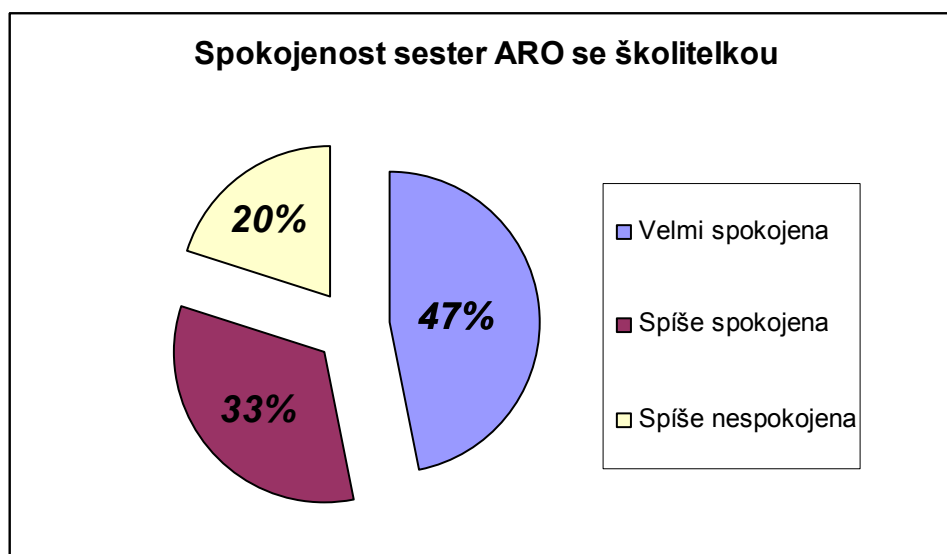
Graf č. 4 Spokojenost sester s uvedením na oddělení ARO



Z daných výsledků vyplývá, že většina sester byla spokojena s uvedením na pracoviště. Velmi spokojeno bylo 40% a dalších 40% uvedlo, že bylo spíše spokojeno, zřejmě k tomuto procesu měly nějaké drobné výhrady. Dalších 20% sester uvedlo, že byly spíše nespokojeny, ale protože jsem již tuto otázku v dotazníku vzhledem k jeho délce podrobněji nerozváděla, není možné zjistit důvody jejich nespokojenosti.

Všechny sestry se shodly, že byly představeny při nástupu na toto oddělení svým kolegyním a kolegům. Všechny sestry také potvrzují, že byly v den nástupu na pracoviště seznámeny s průběhem procesu zapracování na tomto oddělení.

Graf č. 5 Spokojenost sester ARO se školitelkou



Většina sester je spokojena s přidělenou sestrou školitelkou. Velmi spokojeno bylo 47% sester a 33% sester uvedlo, že bylo spíše spokojeno. Nespokojenost vyjádřilo 20% dotázaných sester. Zajímavou skutečností je, že tuto nespokojenost vyjadřují sestry, které z hlediska délky praxe spadají do kategorie do 2 let. V dotazníku jsem se této oblasti věnovala podrobněji. Všechny sestry, které odevzdaly dotazník se shodly na tom, že byly seznámeny se svojí školitelkou a měly možnost s ní konzultovat vzniklé problémy.

Také mě velmi zajímalo, zda pracují sestry v průběhu adaptačního procesu se svojí školitelkou ve směně. Zde se již názory sester rozcházejí, 10 sester uvedlo, že tuto možnost mají nebo měly. 4 sestry uvedly, že tuto možnost neměly a jedna sestra se zmínila, že s přidělenou školitelkou pracovala ve směně, ale ujala se jí jiná školitelka.

V dotazníku sestry měly prostor, ve kterém se mohly vyjádřit k tomu, co by chtěly zlepšit na spolupráci se školitelkou. Sestry uvedly, že by chtěly zlepšit hlavně čas při zaškolování sester, mít více času na konzultace a být po celou dobu tohoto procesu se svojí školitelkou ve směně.

Harmonogram práce, hygienicko – epidemiologický řád, uložení pomůcek na pracovišti

Všechny sestry uvedly, že byly v den nástupu na pracoviště seznámeny s těmito dokumenty a s uložení pomůcek na pracovišti.

Využití vnitřních manuálů pro jednotlivé výkony sestrami

Ze získaných odpovědí vyplývá, že většina sester (80%), používá ke své práci tyto manuály. Tři sestry uvedly, že uvedené manuály nepoužívaly, protože na to nebyl čas a jedna sestra se zmínila, že dané manuály používala, ale průběh výkonu a přípravu pomůcek jí vysvětlila sestra školitelka. Sestry se dále shodly na tom, že pro svoji práci mají vypracované všechny potřebné manuály.

Práce se zdravotnickou technikou

V této oblasti jsem se zaměřila především na to, jak zaměstnanci vnímají práci s medicínskou technikou v době zapracování, a také konkrétně na přístroje, se kterými mají největší potíže. Z výsledků vyplývá, že sestry hodnotí práci s medicínskou technikou jako spíše náročnou, což uvedlo 9 sester a 6 sester uvedlo, že tuto oblast považují za náročnou.

V praxi mají dle jejich hodnocení největší potíže s dialyzačním přístrojem, což uvedlo celkem 5 sester. Největší problém mají při přípravě dialýzy, při spuštění dialýzy, ale i při samotném průběhu. Na tomto se shodlo všech 5 sester, další 3 sestry dodávají, že mají problém pochopit princip dialýzy a odlišení jednotlivých metod od sebe a to konkrétně hemofiltrace od hemodialýzy.

Další přístroj, který činí sestrám potíže je Picco (přístroj na měření hemodynamiky a to především kalibrace tohoto přístroje), což uvedlo celkem 6 sester.

Dvě sestry uvedly, že měly problémy i s obsluhou monitoru vitálních funkcí.

Proces zapracování sester – pozitivní stránky

Odpověděly jen 4 sestry, které pozitivně hodnotí aktivní přístup školitelky, podporu školitelky v tomto procesu a také vstřícný přístup personálu.

Proces zapracování sester – negativní stránky

I zde mělo málo sester odvahu sdělit negativní stránky tohoto procesu a z celkového počtu 15 se k tomuto tématu vyjádřily jen 4 sestry. Mezi tyto negativní stránky patří stres a netrpělivost v průběhu procesu, nedostatek času na zapracování a také to, že se do směny jako plná pracovní síla započítávají sestry, které jsou teprve na začátku tohoto procesu.

Návrhy sester na zlepšení adaptačního procesu

K této oblasti se již vyjádřila většina sester a to celkem 12. Návrhy lze rozdělit do několika oblastí:

Personální obsazení – sestry požadují dostatek kvalifikovaného personálu, dále by chtěly i více ošetřovatelek, aby se mohly více věnovat odborné činnosti. Tuto skutečnost uvedlo 8 sester. Některé sestry uvedly, že se chtěly po personální stabilizaci tohoto oddělení věnovat specializačnímu studiu v tomto oboru, což jim současný stav neumožňuje.

Sestra školitelka – sestry si zřejmě uvědomují náročnost práce školitelky. Jejich přáním je, aby se na oddělení zavedla pozice samostatné sestry školitelky, celkem to uvedlo v této oblasti 10 sester nebo aby alespoň měla školitelka více času, což v současné době vzhledem k tomu, že tato osoba je většinou vedoucí směny a je zodpovědná za bezproblémový průběh směny a k tomu ještě obvykle má na starost jednoho pacienta je téměř nemožné. Jedna ze sester také poukazuje, že tato práce je v takové situaci pro školitelku stresující.

Vybavení oddělení – sestry pocítují dlouhodobý nedostatek některého vybavení, jako jsou infuzní pumpy a injekční dávkovače léků. Na tomto tvrzení se všechny shodují. Některé sestry také uvedly, že by bylo vhodné vyměnit dosluhující dýchací přístroje – ventilátory za modernější.

6.5. Návrh doporučení pro optimalizaci zjištěných rezerv

Pro toto oddělení bych do budoucna doporučila vypracovat plán zvýšení efektivity adaptačního procesu. Tento plán by se mohl zaměřit na motivaci sester v průběhu adaptačního procesu, na motivující systém finančního ohodnocení sester. Plán by mohlo doplňovat vytvoření metody pro praktické zaškolení sester a to např. formou interního postupu pro zapracování sester, který by v sobě zahrnoval jednotlivé praktické výkony, obsluhu přístrojů, krizové intervence a jejich zvládnutí. Postup by byl doplněn o datum a podpis příslušné osoby, která tyto znalosti či dovednosti ověřila. Postup by mohl usnadnit práci zaškolované sestře, která by sama vyhledávala intervence, kterými ještě neprošla. Také by zjednodušil práci školitelce a usnadnil ji přehled splněných či nesplněných praktických dovedností zaškolované sestry. V postupu by mohla být navržena i přibližná doba, kdy by měl školený pracovník dané praktické dovednosti zvládnout, aby nedocházelo k jeho přetížení již v začátcích procesu adaptace.

Také bych doporučovala se zaměřit na oblast podpory rozvoje teoretických znalostí sester. Sestry mají sice ve speciální části nástupní praxe rozepsaná jednotlivá témata, na která se mají zaměřit, ale nemají k dispozici nějakou osnovu nebo podrobnější informace, specifikující znalosti a dovednosti, které by si měly osvojit. Rovněž také nemají seznam doporučené literatury, ze které by mohly čerpat informace. Domnívám se, že vzhledem k obsáhlosti některých témat by právě obsah, popř. otázky na které se mají zaměřit a seznam doporučené literatury mohly výrazně pomoci sestřím se kvalitněji na nástupní praxi připravit.

Velmi prospěšné by pro toto oddělení mohlo být zavedení supervize a to nejen takové, která by plnila kontrolní funkci, ale především supervize podpůrné a také vzdělávací. Tato supervize by sestřím mohla pomoci se zvládnutím stresu, k získání zpětné vazby ohledně jejich práce. Také by jistě přispěla k rozvoji praktických dovedností a tím ke zvýšení kvality a efektivity

práce. Také by sestřám mohla poskytovat podporu při procesu zapracování a ocenění, kterou si jistě v tak extrémně náročných podmínkách zaslouží.

Pokud by se však supervize na tomto oddělení nezavedla, tak bych managementu tohoto oddělení doporučila zaměřit se na zavedení zpětnovazebních rozhovorů se zaškolenými sestrami, které jsou nezbytným nástrojem pro pracovní a sociální adaptaci sester.

Velkým přínosem pro zkvalitnění celého procesu by mohlo být zavedení pozice samostatné sestry školitelky, která by se věnovala jenom této činnosti. Tato sestra školitelka by měla mít odborné a technické znalosti a také by měla mít alespoň minimální zkušenosti s vedením lidí. Také by bylo vhodné, kdyby jí bylo umožněno projít kursem pro komplexní přípravu školitelek a získat tak potřebné znalosti a dovednosti pro tuto práci. Zavedení této pozice by jistě prospělo i vedoucím směn, které by se tak mohly lépe věnovat řízení směny. Myslím si, že právě sestra školitelka by mohla proces adaptace výrazně usnadnit. Nově zapracované sestry by se tak lépe mohly včlenit do týmu a také by jistě došlo k eliminaci chyb, se kterými se často v průběhu procesu zapracování sester můžeme setkávat. Rozhodnutí o zřízení této pozice je však v plné kompetenci vrcholového managementu nemocnice.

Domnívám se, že uvedená dvě doporučení – supervize a zavedení pozice samostatné sestry školitelky by se významně mohla odrazit v kvalitě a efektivitě procesu zapracování a zároveň tak zlepšit podmínky pro nově nastupující sestry.

Myslím si, že vrcholový management nemocnice by mohl více podporovat rozvoj znalostního kapitálu, umožnit sestřám studovat a v tomto studiu je podporovat. Konkrétně na oddělení ARO by bylo potřeba doplnit sestry se specializací v intenzivní péči, ale současné podmínky to bohužel neumožňují.

6.6. Facilitované setkání se zaměstnanci

V této kapitole se budu zabývat nejen uspořádáním facilitovaného setkání se sestrami a jeho průběhem, ale zaměřím se také na výběr priorit a na sestavení týmu, který se bude podílet na realizaci změny.

V dubnu 2008 jsem uskutečnila první facilitované setkání se sestrami, které v současné době na oddělení pracují. Toto setkání jsem po dohodě s vrchní sestrou realizovala v rámci provozní schůze sester. Nejprve jsem se sestrám krátce představila a poté jsem je seznámila s procesem diagnostiky, především s účelem a cílem procesu a s jeho výhodami. Dále jsem se stručně zmínila o pravidlech procesu, především o anonymních dotaznících a o způsobu nakládání s těmito informacemi. V závěrečné fázi jsem představila sestrám plán celého procesu. Poté proběhla diskuse se zaměstnanci, kde jsme si spolu se sestrami vyjasňovaly další podrobnosti. Vzhledem k tomu, že se jednalo o provozní schůzi sester dostala jsem pouze 15 minutový prostor pro realizaci této schůzky. I přes tak krátkou dobu si myslím, že se mně podařilo získat důvěru sester a motivovat je ke spolupráci. Na konci tohoto setkání jsem rozdala přítomným sestrám dotazníky a další část dotazníků jsem ponechala i s obálkami vedle sběrného boxu v místnosti sester. Lhůtu pro vyplnění dotazníků jsme si společně se sestrami stanovily na dobu 1 měsíce.

Začátkem června 2008 jsem si vyzvedla vyplněné dotazníky z oddělení a přiřadila je k vyplněným dotazníkům, které jsem zpět obdržela poštou. Začala jsem zpracovávat výsledky dotazníkového šetření a analyzovat rozhovory.

V červenci 2008 proběhla schůzka s vrchní sestrou, v jejímž průběhu jsem ji seznámila s výsledky diagnostického šetření. Sestry byly seznámeny s výsledky diagnostického šetření písemně prostřednictvím diagnostické zprávy.

V tomto měsíci jsem naplánovala setkání se sestrami, které se chtěly dále podílet na zlepšování kvality tohoto procesu s cílem seznámit je s výsledky diagnostického šetření. Dalším cílem bylo určení priorit pro změnu v této oblasti a také sestavení týmu, který se bude na realizaci změny podílet. Vzhledem k obtížné personální situaci na oddělení jsem si stanovila, že účast

sester na tomto projektu by měla být dobrovolná. Spolupráci na projektu mně přislíbilo celkem 8 sester, z toho 3 v současné době pracují na tomto oddělení a dále 5 sester, které na oddělení v nedávné době pracovaly a nyní jsou na rodičovské dovolené. Sestry, které chtěly pracovat na projektu si kladly podmínku, že musí být zachována jejich anonymita. Měly strach především z toho, že by jim tato práce mohla v budoucnosti narušit vztahy v týmu a ztížit návrat na oddělení, protože přílišná aktivita nebyla v minulosti vítána a v současné době se plánuje výměna vrcholového managementu sester, ze kterého také mají sestry obavy. Z tohoto důvodu jsem další facilitované setkání naplánovala v neformálním prostředí. Vrchní sestra s tímto postupem souhlasila a vyjádřila mi podporu. Zároveň mě však upozornila, že odchází na mateřskou dovolenou a další podporu a proces implementace změn budu muset projednat s novou vrchní sestrou tohoto oddělení, ale přislíbila mně, že ji bude o tomto projektu informovat.

Facilitované setkání se sestrami jsem uskutečnila 30. 7. 2008. V úvodu setkání jsem sestrám poděkovala za jejich ochotu se podílet na tomto projektu a seznámila je s výsledky diagnostického šetření. Toto seznámení proběhlo formou krátké prezentace, kterou jsem vytvořila v počítačovém programu. V závěru prezentace jsem jim představila SWOT analýzu tohoto procesu. Poté následovalo facilitované setkání s výběrem priorit pro změnu. Sestry si za prioritu, kterou by chtěly realizovat, zvolily oblast vypracování metodiky pro praktické zaškolení sester. Velmi se jim zamlouval návrh na vytvoření interního adaptačního plánu, který jsem formulovala v doporučeních. Ihned ho obohacovaly o další nápady, které by se daly v praxi realizovat jako např. workshopy, které by zahrnovaly práci s přístrojovou technikou a workshopy pro nácvik krizových intervencí – jako je např. resuscitace.

Všech 8 sester se shodlo na tom, že by chtěly pracovat na projektu vytvoření plánu pro praktické zaškolení sester a souhlasily s vytvořením týmu, který se bude na tomto projektu podílet. Myslím si, že tento tým je vhodný k realizaci změny. Tým je reprezentován sestrami, které na tomto oddělení pracovaly nebo pracují, mají rozdílné vzdělání, některé jsou absolventkami Střední zdravotnické školy, některé Vyšší zdravotnické školy, jedna sestra má specializaci ARIP, v týmu je také sestra školitelka a dále sestra se specializací

SIP (Sestra pro intenzivní péči). Sestry mají také odlišnou délku praxe a to od ročního po sedmileté působení na tomto oddělení. V tomto týmu budu pracovat v roli facilitátora v průběhu jednotlivých schůzek a také v roli koordinátorky tohoto projektu, která řídí proces změny a vyjasňuje cíle. Důležité je, že tým je motivován pro změnu a má důvěru k tomuto projektu. Věřím, že se nám podaří změnu realizovat a implementovat do praxe. Na závěr schůzky jsme si rozdělily úkoly a naplánovaly si další setkání, které se uskutečnilo koncem září 2008.

Domnívám se, že implementace této změny by mohla být přínosem pro nově nastupující sestry a také pro sestry školitelky. Jsem si vědoma, že realizace změny je jen jedním z kroků, který by měl vést k nastartování procesu změn v oblasti adaptačního procesu na oddělení ARO. Proto bych se chtěla i v budoucnu podílet na postupné realizaci jednotlivých změn a přispívat tak ke kontinuálnímu zvyšování kvality zavedeného procesu.

7. Závěr

V diplomové práci jsem se zabývala tématem Řízení změny v zapracování sester na oddělení ARO v Krajské nemocnici Liberec a.s.. Proces řízení změny by však nemohl být nastartován bez řádné diagnostiky stavu, analýzy dat a řádného naplánování změn. Proto se v práci věnuji především diagnostice procesu zapracování sester a až v závěru praktické části se zaměřuji na proces řízení změny.

V teoretické části jsem zaměřila na oblast personálního řízení, protože proces diagnostiky a následná příprava na řízení změny je především práce s lidskými zdroji. Protože oblast personálního řízení je velmi obsáhlá, vybrala jsem si z ní jen klíčové oblasti jako personální řízení zaměřené na kompetence, rozvoj pracovníků, vzdělávání pracovníků a adaptační proces. Další velká kapitola Řízení změny je zaměřena na oblasti řízení změny, na motivaci ošetrovatelského personálu ke změně a také jsem zde zahrнула kapitolu, která se zabývá významem týmové práce v ošetrovatelství.

Empirická část popisuje přípravu diagnostického procesu, dále tato část obsahuje plán diagnostiky a návrh tří výzkumných metod (analýzu dokumentů, dotazníkové šetření a polostandardizované rozhovory s vrcholovým managementem ARO, se sestrou školitelkou), které jsem na tomto oddělení realizovala.

V analytické části se zabývám analýzou získaných informací a prezentací výsledků dotazníkového šetření. Získané výstupy, pak s ohledem na cíle diplomové práce, prezentuji jako hlavní zjištění. K hlavním zjištěním patří skutečnost, že vrcholový management lůžkové části ARO není spokojen se současným systémem zapracování sester. Další zjištění, které se výzkumem prokázalo, je, že nedostatek sester na oddělení má vliv na adaptační proces zaměstnanců. Dotazníkové šetření však přineslo další zajímavé hlavní zjištění a to takové, že sestry byly většinou spokojeny se svojí školitelkou, ale zároveň si uvědomují náročnost této práce a přetížení školitelek. Další hlavní zjištění vychází také z výsledků dotazníkového šetření a poukazuje na to, že největší problémy v průběhu adaptačního procesu mají sestry s obsluhou zdravotnické

techniky. V následujících hlavních zjištěních jsem se zabývala podmínkami pro zapracování sester, které jsou dle vrcholového managementu špatné, dále nízkou efektivitou adaptačního procesu, kterou vnímá vrcholový management ale i sestra školitelka.

Analytická část obsahuje návrh konkrétních opatření na optimalizaci zjištěných rezerv v systému zapracování sester na oddělení. V závěru analytické části se zabývám jednotlivými facilitovanými schůzkami se sestrami. Také se mně podařilo sestavit tým sester, který si určil priority pro změny v systému zapracování sester. S tímto týmem nyní spolupracuji na vytvoření interního plánu pro praktické zaškolení sester.

Myslím si, že hlavní cíle – analýza současného stavu zapracování sester a definování silných stránek procesu a oblastí rozvoje byly splněny. Také dílčí cíle, které jsme si na počátku této práce stanovila, byly splněny. Domnívám se, že použitá kombinace tří metod výzkumu mně umožnila získat odpovědi na okruh otázek, který jsem si vzhledem k cílům mojí práce stanovila.

Součástí přílohy této práce je SWOT analýza procesu zapracování sester, kterou jsem vypracovala na základě získaných výsledků diagnostického procesu. Účelem této analýzy není jenom seznámit vrcholový management a sestry se silnými a slabými stránkami tohoto procesu, ale předložit ji jako podklad pro definování priorit pro změnu v systému zapracování sester.

8. Seznam literatury

A. Bibliografie:

1. Anastassiadou H. *Mentorská činnost v klinické praxi*. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství, Sborník příspěvků I. Slezské konference s mezinárodní účastí, Opava, 2006. ISBN 80-7248-388-9.
2. Armstrong, M. *Personální management*. 1 vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-614-5.
3. Barták, J. *Personální management v procesu změn*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-28-0.
4. Bělohávek, F. *Řízení lidských zdrojů*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1994. ISBN 80-7076-447-4.
5. Byars L., Rue L., *Human resource management*. Irwin: Homewood, 1987. ISBN 0-256-03630-6.
6. Drucker, P. *Řízení v turbulentní době*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1994. ISBN 80-85603-67-5.
7. Kamp, D. *Manažer 21.stol.* 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-247-0005-0.
8. Koubek, J. *Personální práce v malých podnicích*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0602-4.
9. Koubek, J. *Řízení lidských zdrojů. Základy moderní personalistiky*. 2 vyd. Praha: Management Press, 1997. ISBN 80-85943-51-4.
10. Kovář, F. – Hrazdilová K. *Management změny*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2007. ISBN 978-80-86730-28-8.
11. Kotter, P. *Vedení procesu změny. Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2000. ISBN 80-7261-015-5.
12. Mayerová, M. – Růžička, J. *Moderní personální management*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H a H, 2000. ISBN 80-86022-65-X.
13. Mohelská, H. – Rošický, S. – Šabatová, M. *Personální management. Aplikační systematický přehled*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-485-5.

14. Russel, J., N., *Management změny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80 – 7367-142-5.
15. Staňková, M. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
16. Suchý, J. – Náhlovský, P. *Koučování v manažerské praxi. Klíč k pozitivním změnám a osobnímu růstu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1692-3.
17. Škrála, P. – Škrlová, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
18. Truneček, J. a kol., *Management I*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 1995. ISBN 80-7079-929-3.
19. Urban, J. *Řízení lidí v organizaci. Personální rozměr managementu*. 1.vyd. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-46-4.
20. Werther, W. - Davis, K. *Lidský faktor a personální management*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80-85605-04-X.
21. Whitmore, J. *Koučování: rozvoj osobnosti a zvyšování výkonnosti*. 2. vyd. Praha: Management Press, 2004. ISBN 80-7261-101-1.

B. Internetové zdroje:

22. Ajglová, J. – Müllerová, N. – Ratislavova, K. Sestra školitelka klinické praxe – informace o pilotním kurzu. *Sestra*. [online]. 2008, č.2 [cit. 2008-06-08]. Dostupné z:
<<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=345991>
23. Hilton, L. *Mastering nurse mentoring. SupportForNurses*. [online]. 2006. [cit. 2008-07-02]. Dostupné z:
http://helpatnursingspectrum.com/2008/load_article.html?AID=930
24. Hofštetřová, M. – Zemanová, K. Systémy registrace a vzdělávání sester v zahraničí. *Florence*[online]. 2007, roč. 3, č. 5 [cit. 2008-06-20]. Dostupné z:
<<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=495>
25. Kohoutek, R. *ABZ slovník cizích slov. Pojem zákon Yerkes- Dodsonův*. [online]. [cit. 2008-07-15]. Dostupné z:
<<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/zakon-yerkes-dodsonuv>
26. Koláčná, T. Vzdělávání v Anglii. *Sestra*. [online]. 2006, č. 5 [cit. 2008-06-07]. Dostupné z:
<<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=276656>

27. Krajská nemocnice Liberec a.s.. *Anesteziologicko – resuscitační oddělení – historie*. [online]. c 2007[cit. 2008-07-29]. Dostupné z:
< http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_1_76
28. Krajská nemocnice Liberec a.s.. *Anesteziologicko – resuscitační oddělení – současnost*. [online]. c 2007[cit. 2008-07-29]. Dostupné z:
< http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_1_75_40
29. Mařasová, P. – Chudá, P., - Machová, L. Odborná stáž v belgickém Gentu. *Sestra*. [online]. 2008, č. 2 [cit. 2008-06-07]. Dostupné z:
< <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=345994>
30. Mikulecká, J. – Poulová, P. *E- learning na vysokých školách?* [online]. c2007, [cit. 2008-09-23].
Dostupné z:
<http://e-dilema.uhk.cz/doc/outcomes/dis/e_learnVS.doc)
31. Mikulenková, I. Česká sestra v Dětské nemocnici princezny Diany v Birminghamu. *Florence*[online]. 2008, roč. 4, č. 6 [cit. 2008-07-02].
Dostupné z:
< <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=833>
32. Nová profese. Sestra školitelka v neonatologii. *Florence*[online]. 2006, roč. 2, č. 3 [cit. 2008-06-10]. Dostupné z:
< <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=126>
33. Nováková, J. – Jirkovský, D. Edukační stáž v Maastrichtu. *Sestra*. [online]. 2006, č. 12 [cit. 2008-06-05]. Dostupné z:
< <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=281802>
34. Němcová, V. – Dvořáčková, P. a kol. Specializační vzdělávání. Specializace ARIP a perioperační péče. *Florence* [online]. 2006, roč. 2, č. 7-8 [cit. 2008-06-18].
Dostupné z:
<<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=256>
35. *Outdoor training*. [online]. c2008, poslední revize 10. 2. 2008 [cit. 2008-06-16]. Dostupné z:
<<http://www.ipodnikatel.cz/outdoor-training-vytvorte-tym-naucte-zamestnance-nove-dovednosti.html>
36. Shapiro, S. *Goals and Performance*. [online]. c 2008. [cit. 2008-07- 30].
Dostupné z:
<<http://www.steveshapiro.com/innovation-philosophy/goals2/>
37. Skálová, J. Jak jsou zapracovány sestry ve FN U Sv.Anny. *Sestra*. [online]. 2006, č. 2 [cit. 2008-06 - 29]. Dostupné z:

< <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=345993>

38. Škubová, J. Novinky ve specializačním vzdělávání. *Florence* [online]. 2008, roč. 4, č. 6 [cit. 2008-07-03]. Dostupné z: <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=825>

39. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků* [online]. c2006, [cit. 2008-06-30]. Dostupné z:

<http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2006/Vestnik_MZ_castka_2_2006.pdf

40. Vrba, M. – Černá, H. Role sestry v USA – oceněná výzva. *Sestra*. [online]. 2006, č. 2 [cit. 2008-06-07]. Dostupné z: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=279617>

41. Wikipedia. *Učení*. [online]. c2008, poslední revize 10. 6. 2008 [cit. 2008-07-28]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/U%C4%8Den%C3%AD>

C. Právní předpisy:

42. **Zákon č.96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

43. **Vyhláška MZČR č.424/2004 Sb.**, ze dne 30. 6. 2004, kterou se stanoví v souladu s právem Evropských společenství činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

44. **Vyhláška MZČR č.423/2004 Sb.**, ze dne 30. 6. 2004, kterou se stanoví kreditní systém, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

45. **Vyhláška MZČR 394/2004 Sb.**, ze dne 24. 6. 2004, kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky.

46. **Vyhláška MZČR č.39/2005 Sb.**, ze dne 11. 1. 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy vedoucí k získání odborné způsobilosti nezbytné k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

jmenuji se Šárka Hejduková a jsem studentkou třetího ročníku magisterského studia Fakulty humanitních studií UK v Praze. Pro svoji diplomovou práci, na které nyní pracuji, jsem si zvolila téma „Řízení změny v zapracování sester na ARO v Krajské nemocnici a.s.“

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Výzkum je zaměřen na proces diagnostiky zapracování sester na vašem oddělení. Protože tímto procesem procházíte nebo jste již prošli, ráda bych zjistila právě Váš názor na tuto problematiku. Vaše odpovědi jsou pro mě důležité, protože se získanými výsledky budu i nadále spolu se zaměstnanci vašeho oddělení pracovat s cílem zkvalitnit a usnadnit nově nastupujícím zaměstnancům adaptační proces.

Chci Vás ubezpečit, že Vaše anonymita bude zachována. Se získanými údaji bude zacházeno přísně důvěrně a výstupy budou použity výhradně pro odborné účely.

U uzavřených otázek odpovídejte prosím zakroužkováním jedné z uvedených možností, která nejlépe vystihuje Váš názor. Pokud se při vyplňování zmýlíte, chybnou odpověď zřetelně přeškrtněte a označte správnou odpověď. Vyplněný dotazník vložte do obálky, tu prosím zalepte a vhodte do označené schránky umístěné k tomuto účelu v místnosti sester.

Za vaši ochotu Vám předem děkuji.

I. Základní údaje o respondentovi:

muž

žena

věk.....

délka praxe

Dosažené vzdělání:

SZŠ

VZŠ

PSS ARIP

VZŠ obor SIP

VŠ Bc.

VŠ Mgr.

jiné

II. Proces zapracování:

1) Jak jste byl (a) spokojen (a) při nástupu na oddělení s Vaším uvedením na pracoviště?

velmi spokojena 1 – 2 – 3 - 4 - 5 nespokojena

2) Byla jste představena při nástupu na pracoviště svým kolegyním a kolegům?

ANO – NE

3) Byla jste seznámena s harmonogramem práce na vašem pracovišti v den nástupu?

ANO – NE

4) Byla jste seznámena s hygienicko - epidemiologickým řádem v den nástupu?

ANO – NE

5) Byla jste seznámena s uložením pomůcek, které používáte na pracovišti v den nástupu?

ANO – NE

6) Byla jste informována, jak bude probíhat Váš proces zapracování na oddělení v den nástupu?

ANO – NE

7) Byla vám představena vaše školitelka?

ANO – NE

8) Pracoval (a) jste se svojí školitelkou ve směně?

ANO – NE

9) Jak jste byla spokojena v průběhu procesu zapracování se svojí školitelkou?

velmi spokojena 1 – 2 – 3 - 4 - 5 nespokojena

10) Měla jste možnost konzultovat odborné problémy se svojí školitelkou?

ANO – NE

11) Je něco co byste chtěl (a) zlepšit na spolupráci se školitelem, školitelkou?

ANO – NE

Pokud ano prosím napište co byste chtěl (a) zlepšit

.....
.....
.....

12) Používal (a) jste pro svoji práci vypracované vnitřní manuály?

ANO – NE

13) Chyběl vám nějaký vnitřní manuál, který byste ve své práci ocenil (a)?

ANO – NE

Pokud ano, prosím napište jaký

.....
.....
.....

14) Měl (a) jste nějaké potíže s provedením nějakého ošetrovatelského výkonu v průběhu procesu zapracování?

ANO – NE

Pokud ano, prosím uveďte se kterým:

.....
.....
.....
.....

15) Jak náročná byla pro vás v době zapracování práce s medicínskou technikou?

nenáročná 1 – 2 - 3 – 4 - 5 zcela náročná

16) Je nějaký přístroj, který vám činil v době zapracování největší obtíže?

ANO – NE

Pokud ano, prosím uveďte jaký:

.....
.....
.....

17) Co jste nejvíce ocenil (a) v procesu zapracování?

.....
.....
.....

18) Je něco, co se vám v průběhu zapracování sester nelíbilo?

ANO – NE

Pokud ano, prosím napište, co se vám nelíbilo:

.....
.....
.....

19) Máte nějaké nápady (návrhy) co by se dalo zlepšit v procesu zapracování sester na ARO?

ANO – NE

Pokud ano, prosím napište jaké:

.....
.....
.....
.....
.....

Příloha č. 2 SWOT analýza procesu zapracování sester na ARO

Tabulka č. 2 SWOT analýza procesu zapracování sester na ARO

Silné stránky (Strengths)	Slabé stránky (Weaknesses)
Sestra školitelka	Nedostatek kvalifikovaného personálu
Vstřícný přístup personálu	Nízká efektivita adaptačního procesu
Podpora managementu v procesu řízení změny	Nedostatečná metodika pro praktické zaškolení sester
Spokojenost sester s uvedením na oddělení	Nedostatečná teoretická příprava sester
	Nízká motivace nově nastupujících sester
	Nedostatečný prostor pro reflexi práce sester
	Špatné podmínky pro zapracování sester
	Přetížení sester školitelek
	Nedostatek potřebného technického vybavení
Příležitosti (Opportunities)	Ohrožení (Threats)
Nábor kvalifikovaných sil	Prohlubující se nedostatek kvalifikovaných sil
Vypracovat strategii na zlepšení efektivitu adaptačního procesu	Zvýšené riziko syndromu vyhoření sester
Vypracovat metodiku pro praktické zaškolení sester	Změna managementu oddělení
Podpora v rozvoji teoretické přípravy sester	Neochota managementu zavést supervizi na oddělení
Zavedení supervize sester na oddělení	Nesouhlas managementu se zavedením samostatné profese sestry školitelky
Vytvořit lepší podmínky pro zapracování sester	Neochota sester se podílet na změně procesu
Zavést pozici samostatné sestry školitelky	Prohlubující se nedostatek potřebného technického vybavení
Zajistit dostatek technického potřebného vybavení	

Tuto SWOT analýzu jsem zpracovala ze získaných výsledků diagnostiky. Jejím účelem je seznámit vrcholový management a sestry se silnými a slabými stránkami (možnostmi rozvoje) v oblasti zapracování sester na oddělení ARO. Také jsem se pokusila definovat možné příležitosti a ohrožení.

Silné stránky (streghts)

Do silných stránek procesu jsem zahrнула sestru školitelku, vstřícný přístup personálu v průběhu doby zapracování a spokojenost sester s uvedením na oddělení. Tyto silné stránky vyplývají především z dotazníkového šetření. Za silnou stránku považuji i podporu managementu oddělení, která mě byla v průběhu celého procesu poskytována.

Slabé stránky (Weaknesess)

Slabé stránky lze však také označit jako možné oblasti rozvoje. Mezi slabé stránky tohoto procesu patří nedostatek kvalifikovaného personálu, který má vliv na kvalitu a efektivitu adaptačního procesu. Jak jsem se již v této práci zmínila, v současné době se problematikou nábory kvalifikovaných sil zabývá vrcholový management nemocnice. Ke slabým stránkám patří i nízká efektivita současného procesu zapracování, která dle mého názoru souvisí s nedostatečnou teoretickou přípravou sester a s nedostatečně vypracovanou metodikou pro praktické zaškolení sester. V neposlední řadě je také spjata s tím, že sestry, které jsou na toto oddělení přijaty nejsou dostatečně motivovány pro tuto práci. Také podmínky pro kvalitní zapracování sester nejsou dostatečně zajištěné a dle vrcholového managementu tohoto oddělení jsou špatné, sestry školitelky nemají dostatek času na školení nových sester, zapracování probíhá v časové tísní a stresu a v kombinaci s neúměrnou pracovní zátěží školená sestra či čerstvě zaškolená sestra brzy toto oddělení opouští. Tím proces zapracování výrazně ztrácí na efektivitě. Další slabou stránkou tohoto procesu je přetížení sester školitelek, které současně vykonávají funkci vedoucích směn, nesou odpovědnost za hladký průběh směny, často ještě pečují o pacienta a také mají pod kontinuálním dohledem školenou sestru. Tato práce je pro školitelku vysoce stresující z hlediska psychického i z hlediska časového. Poslední slabou stránkou v tomto procesu

je nedostatek technického vybavení, které je potřebné pro zajištění kvalitní péče o pacienta. Tento nedostatek technického vybavení může být pro sestry stresující.

Příležitosti (Opportunities)

Mezi příležitosti jsem zařadila nábor kvalifikovaných sil, o kterém jsem se již výše zmínila. Další příležitost jsem označila jako vypracování strategie na zlepšení efektivity adaptačního procesu a s tím souvisejí i další dva body a to vypracování metodiky pro praktické zaškolení sester a podpora v rozvoji teoretické přípravy sester. Také supervize je významnou příležitostí jak celý proces zkvalitnit a vytvořit tak lepší podmínky pro zapracování sester. Do příležitostí jsem zařadila i oblast zajištění dostatku potřebného technického vybavení.

Ohrožení (Threats)

Za možná ohrožení považuji prohlubující se nedostatek kvalifikovaných sil a s tím spojené zvýšené riziko syndromu vyhoření sester, které na oddělení pracují. Za možné ohrožení považuji i změnu managementu oddělení při procesu řízení změny v systému zapracování sester. Nový management by nemusel podporovat danou změnu a to by mohlo vést k zastavení projektu a ke zmaření práce všech zaměstnanců, kteří se na projektu podílejí. Další ohrožení může být ze strany sester, které nebudou ochotné se podílet na změně procesu, a tím by se nemusel celý projekt, jehož cílem je zlepšení kvality adaptačního procesu vůbec nastartovat. Další ohrožení mohou přijít ze strany vedení nemocnice či ze strany vedení oddělení a mohou se projevit v neochotě zavést supervizi na oddělení. Management také nemusí souhlasit se zavedením samostatné profese sestry školitelky a tím bude stále proces zapracování vystavován kontinuálnímu napětí ze strany školitelek i z pohledu školených. Poslední možné ohrožení spatřuji v prohlubujícím se nedostatku technického vybavení oddělení.

Příloha č. 3 Otázky pro rozhovor s primářem ARO

- 1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- 2) Jak dlouho pracujete ve funkci primáře lůžkové části na tomto oddělení?
- 3) Jste spokojen se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?
- 4) Je něco co byste chtěl v tomto procesu zlepšit?
- 5) V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nově nastupujících sester?
- 6) Jaké podmínky mají nově nastupující sestry pro vytvoření a prohloubení návyků praktických dovedností?
- 7) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování sester v průběhu adaptačního procesu?
- 8) Poskytujete sestřám prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?
- 9) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?
- 10) Uvažoval jste někdy o zavedení supervize středních zdravotnických pracovníků na Vašem oddělení?

Příloha č. 4 Otázky pro rozhovor s vedoucím lékařem ARO

- 1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- 2) Jak dlouho pracujete ve funkci vedoucího lékaře lůžkové části na tomto oddělení?
- 3) Jste spokojen se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?
- 4) Je něco co byste chtěl v tomto procesu zlepšit?
- 5) V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nově nastupujících sester?
- 6) Jaké podmínky mají nově nastupující sestry pro vytvoření a prohloubení návyků praktických dovedností?
- 7) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování sester v průběhu adaptačního procesu?
- 8) Poskytujete sestřám prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?
- 9) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?
- 10) Uvažoval jste někdy o zavedení supervize středních zdravotnických pracovníků na Vašem oddělení?

Příloha č. 5 Otázky pro rozhovor s vrchní sestrou ARO

1. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. Jak dlouho pracujete ve funkci vrchní sestry na tomto oddělení?
3. Jak probíhá proces zapracování sester na vašem oddělení?
4. Jste spokojena se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?
5. Je něco co byste chtěla v tomto procesu zlepšit?
6. V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nových zaměstnanců?
7. Jak začleňujete nového pracovníka do týmu?
8. Jaké podmínky mají zaměstnanci pro vytvoření a prohloubení návyků praktických dovedností?
9. Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování zaměstnanců v průběhu adaptačního procesu?
10. Poskytujete zaměstnanci prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?
11. Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?
12. Uvažovala jste někdy o zavedení supervize zaměstnanců na oddělení?

Příloha č. 6 Otázky pro rozhovor se sestrou školitelkou

- 1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
- 2) Jak dlouho pracujete jako školitelka na lůžkové části ARO?
- 3) Jste spokojena se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?
- 4) Je něco co byste chtěla v tomto procesu zlepšit?
- 5) V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nově nastupujících sester?
- 6) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování sester v průběhu adaptačního procesu?
- 7) Poskytujete sestřám prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?
- 8) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?
- 9) Setkala jste se někdy se supervizí na vašem oddělení?

Příloha č. 7 Přepis rozhovoru s primářem oddělení ARO

1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

„Pracuji od roku 1980.“

2) Jak dlouho pracujete ve funkci primáře lůžkové části na tomto oddělení?

„Ve funkci primáře pracuji od března 2005.“

3) Jste spokojen se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?

„Nejsem spokojen se stávajícím systémem zapracování sester, protože je trvale podstav sester a tím se nám nedostává zkušených sester pro zapracování nových sester. Vytíženost sester je veliká a to je další důvod proč není dostatek času pro zapracování sester.“

4) Je něco co byste chtěl v tomto procesu zlepšit?

„Aby zapracování sester bylo v poklidu, bez stresu pro mladou sestru, a aby se jí zkušená sestra mohla dostatečně věnovat.“

5) V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nově nastupujících sester?

„ Tato situace má vliv zcela zásadní...“

6) Jaké podmínky mají nově nastupující sestry pro vytvoření a prohloubení návyků praktických dovedností?

„Podmínky jsou špatné...vyplývají již z toho, co jsem uvedl. Zkušené sestry se jim nemohou věnovat ihned sami jsou nuceny řešit poměrně složité situace...časový stres je výrazný.“

7) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování sester v průběhu adaptačního procesu?

„V současné době není metodika na vyhodnocování zapracování sester...orientujeme se dle výsledků nástupní praxe.“

8) Poskytujete sestřám prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?

„Vzhledem k podstavu sester je tento prostor minimální...“

9) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?

„V rámci systémových opatření si myslím, že by se lékaři neměli podílet přímo na zapracování sester, ale měli by být schopni a ochotni sestře vysvětlit, co jí není jasné, být jí nápomocni radou.“

10) Uvažoval jste někdy o zavedení supervize středních zdravotnických pracovníků na Vašem oddělení?

„Ano, při tomto rozsahu práce je již nutné aktivovat kontrolní mechanismy. Bohužel je to otázka počtu pracovníků a finančního zajištění.“

Děkuji Vám za rozhovor.

Příloha č. 8 Přepis rozhovoru s vedoucím lékařem oddělení ARO

1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

„Od. 9/1999“

2) Jak dlouho pracujete ve funkci vedoucího lékaře lůžkové části na tomto oddělení?

„Od roku 2005 s nástupem Dr. Mormana do funkce primáře ARO.“

3) Jste spokojen se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?

„Pochopitelně nejsem, obrat sestřiček na oddělení je příliš rychlý a o řádném zapracování v podstatě není řeč. Specializační studium ARIP bylo zrušeno a vychováváme setry za pochodu. Počet sester ve směnách neumožňuje vyčlenit sestry s nedokončeným specializačním vzděláním k soustavnějšímu studiu a pustit k samostatné práci po delším zapracování.“

4) Je něco co byste chtěl v tomto procesu zlepšit?

„Nemyslím si, že by se vedoucí lékař měl přímo podílet na výuce ošetrovatelství. Snažím se argumentovat směrem k vedení nemocnice tak, aby byla větší finanční motivace pro nepostradatelné sestry na úrovni vedoucích směn apod., které vlastně celou směnu mají zaštitovat a být pro mladé kolegyní, která vždy poradí v případě nejasností. Měl by být jasný motivační řád, aby nedocházelo k odchodům na jiná pracoviště za podobné peníze, ale mnohem menší odpovědnost a pracovní zatížení. To se myslím zatím nedařilo a teprve nedávno jsem z úst vrcholových manažerů slyšel, že budou tyto myšlenky akceptovat a prosazovat.(dochází k odlivu sester i z dalších JIP) Myslím, že od počtu sester je potřeba rozetnout začarovaný kruh vysoké neúměrné pracovní zátěže, nedostatku času na zácvik, rychlého

vyhoření personálu a v neposlední řadě možný propad v kvalitě odvedené práce.“

5) V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nově nastupujících sester?

„Adaptační proces je zjednodušen na hození do vody a ukaž, co umíš...“

6) Jaké podmínky mají nově nastupující sestry pro vytvoření a prohloubení návyků praktických dovedností?

„Myslím si, že přicházejí do praxe zcela neposkvřeny praktickými návyky a o to je to horší, protože jejich získávání vyžaduje velice mnoho samostudia.“

7) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování sester v průběhu adaptačního procesu?

„Společně se sesterským vedením jsem obvykle přítomen dílčím pohovorům na předem známá témata a musím bohužel konstatovat, že teoretická příprava se mi jeví jako zcela nedostatečná anebo neefektivní. Myslím si, že přípravě není věnována dostatečná pozornost.“

8) Poskytujete sestřám prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?

„Viz výše, myslím, že mou nespokojenost často vidí a slyší, důvodů k pochvalám nebylo mnoho. Na druhou stranu, když vidím, že se setřička opravdu snaží být samostatná, je jistě na místě pochvala a povzbuzení, i když to bylo zatím s chybami.“

9) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?

„Nemyslím si to, sestry by se neměly učit lékařské problematice, ale ošetrovatelství. Spíše bych preferoval výuku vedenou zkušenými sestrami (Bc, Mgr....)“

10) Uvažoval jste někdy o zavedení supervize středních zdravotnických pracovníků na Vašem oddělení?

„Nevím, co si pod tímto termínem mám představit, v zahraničí, kde jsem byl je na výchovu sester a jejich zapracování určena koordinující osoba, mají vypracovaný závazný plán, včetně prostoru pro realizaci školení a zaškolování, obsluhu přístrojů apod. „

Děkuji Vám za rozhovor.

Příloha č. 9 Přepis rozhovoru s vrchní sestrou oddělení ARO

1. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

„Čtrnáct let.“

2. Jak dlouho pracujete ve funkci vrchní sestry na tomto oddělení?

„Dva roky.“

3. Jak probíhá proces zapracování sester na vašem oddělení?

„Probíhá takovým způsobem, že provádíme nástupní praxi, která je rozložena do celého roku. Každý měsíc podle toho, kdy ta sestra nastoupí je jedno téma kde si...spolu se staniční sestrou a já a také většinou vedoucí lékař nebo můžeme tématům se věnujeme jednoukrát měsíčně. Kde to probereme, kde sestřičky ukážou, to co si připravily. Musím říct, že ta úroveň jejich přípravy z jejich strany je velmi nízká, leč se snažíme na to nějak reagovat jakoby...ehm...pokud možno co nejkolegiálněji. Nástupní praxe probíhá od 14 hodin zhruba tak 1,5 hod. Zatím to má takový průběh (z mého pocitu), že se až někdy musím stydět nad tou jejich přípravou, že se na to podívají tak letem světem. A tady před tím lékařem a před náma nemají vlastně pocit, že by měly něco dokázat, že se něco naučily a je to někdy až takové tristní, ale minulá nástupka to bylo jednodušší téma Intracerebrální krvácení...to vyznělo jako pozitivně...asi se na to někdo podíval, ale jinak ta úroveň je velmi nízká. Z těch jejich vědomostí, které načerpaly studiem na zdravotních školách, většinou jsou to teda ty čtyřleté všeobecné zdravotní sestry a tam je ta úroveň znalostí velmi nízká, nemají zájem, ochotu, tedy čas si je doplnit tím, že by třeba samostudovaly,... nemají. Asi nemají ten pocit.“

4. Jste spokojena se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?

„No, nejsem spokojena samozřejmě, nejsem spokojena z toho důvodu...nemyslím si, že bysme se jim po této stránce nevěnovali. Myslím si, že starý způsob byl, jak víš těchto nástupních měsíčních

praxí zrušený. Byl zaměřen na znalosti ošetrovatelského procesu, což si myslím, že těm sestřičkám to samo o sobě nic neřekne a pro práci na jednotce intenzivní péče je to naprosto nevýpovědní..., takže jsem ráda, že jsme s tímhle začli, pracuje to od té doby, co jsem tady, tedy asi dva roky, ale samozřejmě to potřebuje nejenom teoretické znalosti, které by si měly ty sestřičky doplnit, ale samozřejmě ta praktická část zaškolení tady probíhá v mnohem větším stresu a bohužel i pressu, než by si zasloužily a než by bylo vhodné..na JIP. Ale vzhledem k času bohužel nejsme schopný udělat více..ač pomáhá, jak můžeme staniční sestra i já svými odbornými znalostmi, které máme, ale tedy ehm..jsme s nimi často v kontaktu, ale staniční sestra s nimi spolupracuje stále. Já si myslím, že se jim také věnuju v rámci časových možností, ale to určitě nestačí. Sestry školitelky jsou, každá má samozřejmě svoji školitelku, ale ty nároky na sestru školitelku jako vedoucí směny jsou, většinou jakoby na tu nejzapracovanější sestru jsou jakoby v tom stresu, jsou ty nároky ohromný,, že nejsou schopny ty informace jim kvalitně předávat a ač by samozřejmě chtěly a mají k tomu ty nejlepší předpoklady, ale prostě to mnohdy nejde zrealizovat..na té druhé straně mnohdy není člověk, který by také rád a ehm..jakoby přijímal..někdy..narážím na to, ač by mohly se o té medicíně dozvědět spoustu věcí, tak někdy jsou v tom takový pasivní.“

5. Je něco co byste chtěla v tomto procesu zlepšit?

„No, úplně všechno...(smích). Určitě by to mělo být samozřejmě to závisí na počtu sester ve směnách, měly by tady být sestry školitelky do každý směny, no hlavně na ranní..jó..sestra školitelka...nepočítám do toho staniční sestru, která je zvlášť, nepočítám do toho vedoucí směny, vedoucí směny by se měla věnovat jenom opravdu organizaci práce v té směně, na nic jiného by vlastně neměla brát ohledy..a ta školitelka, která by tady byla každý den, ta by se měla věnovat těm nastoupivším sestram a provázet je tím procesem a věnovat se jim stabilně, kontinuálně, věděla by o nich prakticky všechno, měla by možnost hodnotit jejich nějaké postupy..a měla by schopna říct po nějaké době..ano to je ta sestřička, která se pro intenzivní péči hodí...ten

vzestupnej trend tam je, nebo naopak...a měla by být ta možnost nahradit tuto nezvládající sestru nějakou jinou, což my nemáme, jakoukoli sestrou i za cenu, že opravdu objektivně na tu práci opravdu vůbec nemá...“

6) v současné době se Vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nových zaměstnanců?

„Samozřejmě že má, ta adaptace je o to stížena, že jo... tady bysme pořád mluvili o tom samým... to jsem již odpověděla v předchozích otázkách.“

7) Jak začleňujete nového pracovníka do týmu?

„Tak jak ho začleňujeme...jako ty myslíš od toho představení...toho nového pracovníka? Tak samozřejmě nového pracovníka... nový pracovník nastupuje zpočátku pouze na ranní směny, kde teda se seznámí s kolektivem oddělení, lékařským i sesterským do kterého nastoupí, potom je to pro něho takovej ten kolotoč, kde teda se seznamuje se spoustou novejších lidí, snažíme se ho provádět ne po odděleních, ale po dá se říci takových strategických bodech...To znamená, že začínají na špíně (místnost pro odkládání špinavého infekčního materiálu). Vždycky ten první měsíc i ten druhý měsíc pokud to jde..většinou ten druhý měsíc je to takové to skřípání zubů, ale ten druhý měsíc, jsou na špíně, kde se teda ten provoz okukují jako z té druhé strany, spolupracují s ošetřovatelkou a sanitářem, kteří je mimo jiné seznamují i s proces svým tj. s procesem ošetřovatelským a sanitářským, to znamená, provádí je po nemocnici a ukazuje jim ty strategický body jako je laboratoře a podobné uspořádání... nevím co všechno. Seznamují se samozřejmě s lidmi a provozem, jsou představeni vedoucímu lékaři, všem lékařům, kteří spolupracují tady na lůžkách. Samozřejmě všem sestřičkám to vždycky nevychází, někdy zapomenu, že tahle směna ji ještě neviděla, tak se o to sestřičky vždycky postarají, třeba vedoucí směny. Ale snažím se každý den, pokud ta sestřička pochází z té nové směny a je střídání, je seznámena s tou směnou.“

8) Jaké podmínky mají zaměstnanci pro vytvoření a prohloubení praktických dovedností?

„Jaké podmínky...no, praktické dovednosti si mohou samozřejmě... jak bych to řekla..kromě toho, že na ty praktické dovednosti jsou ty nároky kladeny jako hodně rychle, že si je musí poměrně rychle osvojit, ten obrat sester je tady opravdu velkej a my nejsme schopny ho nějakým způsobem snížit, ač bysme chtěli, aby bylo všechno pomalejší, ale chod oddělení a vůbec způsob, styl práce na jednotce intenzivní péče, je při takovém personálním poddimenzování personálně obtížnej a nevyvarujeme se stresu, procvičování.. Nejvíc prostoru k nějakému procvičování a k nácviku dovedností je o noční službě, tam, kde to probíhá jakoby pomaleji. Ne daleko... protože ty noční služby... kdy je tady už stabilně osm pacientů...stabilně... ty noční jsou docela hektický, ale vedoucí směny se jim věnují zase v tom smyslu, že jim vysvětlují dialyzační techniku. My nejsme zas tak přísní asi... nemůžu to, nevím, co bych k tomu řekla... Když jsem nastoupila, tak nám holky rozdělaly celou mašinu a my jsme musely pojmenovat všechny součástky, sestavit ventilátor a Vátru, tak jak to je správně...Teďka už na to myslím si není dostatek času, myslím si, že nejme ani důslední na to, aby nám ukazovali ty osvojené praktické dovednosti, ale při jakékoliv spolupráci s nimi, samozřejmě ty dovednosti jakoby kontrolujeme. Ale že bysme byli ty... něco s nimi nacvičovat... je to s nima procházeno... ventilátory...monitory.. takový ty základní věci.. dialýza...Picco... tyhle ty věci takový ty těžký věci co by měli znát, jsou pro ně asi největším úskalím, tak by měli.. jsou jim vysvětlovány opakovaně a dotazem kontrolovány jejich znalosti, ale je na to asi málo prostoru.. nebo to neumíme zorganizovat líp.“

9) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování zaměstnanců v průběhu adaptačního procesu?

„No samozřejmě, po třech měsících provádíme popovídání si s každou sestřičkou a kde je i ohodnocení, to jsi asi zažila i ty

hodnocení pracovníka, je na to formulář, kde jsou jednotlivé body, teoretické dovednosti, praktické znalosti, empatické přístupy, je tam spousta jiných kritérií, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a spousta dalších věcí...kde si teda projedeme nejen ty základní body, které jsou tam uvedeny, ale spíš jako...ale spíš povídáme o tom, jak se nám ten člověk subjektivně jeví, ze strany jakoby funkčních sester. Ze strany mé a ze strany staniční sestry. Ale když se jim něco povede, tak je samozřejmě pochválíme, si myslím, že v tomhle problém nemáme...“

10) To už jsme i trochu odpověděli i na tu otázku... Poskytujete zaměstnancům prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?

„Nemůžeme moc kritizovat... ne vše... musíme opatrně, nejde to direktivně a rozhodně ne kritikou, protože oni vědí, že jich je tady málo..., že si jich musíme vážit a ..musíme si jich vážit jakoby za každou cenu. To že pak dostáváme do takové pozice takového rukojmího, že sice na jednu stranu tě někdo tlačí, že musíš jim něco říct, že se to musí nějak prostě napravovat, ale na druhou stranu, nemůžeš přijít a říct: „Vy jste to udělala zase špatně.“ To prostě nejde, musíš tak jakoby pomalu a...velmi jako obezřetně a mezi nima to předávání informací vyzní, že to někdo řekl tak jakoby direktivně. Ale to tak není, myslím si, že si nemůžou stěžovat na direktivu.“

11) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři Vašeho oddělení?

„Samozřejmě podílejí se... já si myslím, že se podílejí. A že je i na to upozorňováno, aby se těm sestřičkám předávali ty myšlenkové pochody, který oni v hlavě mají..Co se s tím pacientem bude dít, co je to za pacienta, proč si myslej, že ja tahle situace taková, co se stalo, proč se tak stalo...a ty ranní vizity tomu napomáhají.. jo. Naopak sestřičky jsou v tom zase takový pasivní, že se bojí do těch rozhovorů vstupovat a ptát se na věci, kterým nerozumíme, ale jsou na to upozorňovaný, ať se nebojej a ptaj se i na blbosti. Jo... to si myslím, že to snad i funguje a jsou tady ochotní lékaři, nemyslím si, že by jim něco nevysvětlili. Myslím si, že holky toho nevyužívaj. Myslím si, že je to jakoby nastavený, že se bojíme...že bysme byli blbý ...za blbce..no a ..“

12) Uvažovala jste někdy o zavedení supervize na Vašem oddělení?

„No, jedna supervize tady proběhla... proběhla tady v lednu, byly přislíbeny i další supervize, které ale neprobíhají, bylo by fajn, kdy by se na to nejenom u nás na oddělení na to zaměřilo i naše vedení nemocnice Liberec.“

Byla to externí supervize?

„Byl to externí supervizor...byla to jedna paní magistra, proběhlo to v měsíci lednu, v závislosti, kdy vedení nemocnice, protože jsme novou organizací, akciovou společností. Proběhlo to v závislosti, proč má to ARO takový nedostatek sestřiček.“

Děkuji Vám za rozhovor....

Příloha č. 10 Přepis rozhovoru se sestrou školitelkou

1) Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

„Za chvíli to budou čtyři roky.“

2) Jak dlouho pracujete jako školitelka na lůžkové části ARO?

„Dva roky.“

3) Jste spokojena se stávajícím systémem zapracování sester na vašem oddělení?

„Ne to teda nejsem spokojena. Někdy je to až na zbláznění, ne že bych tu práci nedělala ráda, ale jsem stresována tou mírou odpovědnosti, kterou mám jako vedoucí směny za fungování celé směny, k tomu ještě zaškoluji nového zaměstnance, který vyžaduje kontinuální dohled. K tomu všemu mám obvykle na starosti jednoho pacienta, snažím se, pokud je to možné si nebrat toho nejtěžšího na starosti. Co bych chtěla k tomuto procesu ze strany školitelky dodat je to, že pozoruji rozdíly v dosaženém vzdělání jednotlivých pracovníků ve vztahu k procesu zaškolování. Všeobecné sestry si většinou neumí spojit souvislosti teorií propojit s praxí. Naopak SIP (Sestry pro intenzivní péči) toto lépe dovedou, zhodnotí stav pacienta...vědí co se asi děje...stanoví si priority.“

4) Je něco co byste chtěla v tomto procesu zlepšit?

„Chtěla bych zlepšit hlavně časové možnosti pro zaškolení nové sestry...jsem si vědoma, že nemám vždy čas a nedokážu být vždy usměvavá a vstřícná...někdy je toho prostě moc a hlavní prioritou je pacient a jeho uzdravení...a když někdo udělá chybu strašně mě to rozčílí. Jo, zlepšit bych chtěla hlavně čas... a více kvalifikovaných sil do směny. O peníze za mimořádný výkon mně ani nejde, já tu práci dělám vlastně ráda... také si myslím, že by to chtělo nějaký řád... nebo plán...“

Každá sestra školitelka si může svoji práci vykládat různými způsoby... to se pak projevuje v praxi. Zkrátka každá máme svoje metody na zaškolení zaměstnanců... myslím po praktické stránce...“

5) V současné době se vaše oddělení potýká s nedostatkem zdravotních sester, má tato situace vliv i na adaptační proces u nově nastupujících sester?

„Tato situace má bezpochyby vliv na adaptační proces zaměstnanců. Práce se celkově zrychluje, musíme pracovat tak, abychom zabezpečili chod oddělení a neohrozili zdraví pacientů. Takže se tempo v péči o pacienty zrychluje... někdy mám pocit, že musím zastat práci ne jedné sestry, ale tří sester dohromady...je nás zkrátka málo...a pak to má vliv i na nové sestry...chtěla a potřebovala bych, aby co nejdříve byla plnohodnotnou kolegyní. Víím, že to nejde rychle, práce je to náročná a vysoce odborná...ale opravdu snažím se do toho dát maximum, ale co je pro mě stresující, je skutečnost, že pořád s někým začínám...nemůžu říct, že někoho zaškolím a on tu zůstane... to se mně ještě nestalo.“

6) Vyhodnocujete průběžně efektivnost zapracování sester v průběhu adaptačního procesu?

„Nikdy jsem až tak nad tím nepřemýšlela a ani to tak nenazývám... Pokud se sestra snaží a jde jí to, tak jí pochválím, pokud jí něco nejde a zjistím to, protože se k tomu obvykle nepřizná, snažím se jí to vysvětlit znovu...ale když to už vysvětluju třeba popáté...mám z toho vztek a ona to asi cítí. Ale pokud máme stejné priority jako je zdraví pacienta, tak musí pochopit, že nemám jinou možnost fungování systému jakou je cukr...bič ...“

7) Poskytujete sestřám prostor pro reflexi vlastní práce v průběhu zapracování?

„Já osobně nevyhodnocuji efektivnost procesu to dělá vrchní a staniční sestra... já jen referuju o tom, co sestra umí a co pořád ještě

neumí...ačkoli jsem jí to opakovaně vysvětlovala. Jestli hodnotím tento proces jako efektivní? Asi ne, když tu žádná sestra po nástupce nevydrží“.

8) Myslíte si, že by se na zapracování sester měli podílet i lékaři vašeho oddělení?

„Lékaři se snaží...co potřebujeme, vysvětlí...někteří však komunikují s vedoucí směny a problémy řeší přes ni, nekomunikují to přímo s tou sestrou. Dobré by bylo a určitě pro tu sestru povzbuzující k práci, aby tu problematiku řešili s ní a mně sdělili jen podrobnosti, které si musím ohlídat. Takto je to dvojí práce...a hlavně největší tíha zodpovědnosti na mně a ne na ní, protože to sděluje jen mně. Třeba si myslí, že mně to lichotí a já jsem ráda, že vím, co si mám ohlídat... ale pro tu sestru, která pečuje o pacienta to musí být ponižující a stresující.“

9) Setkala jste se někdy se supervizí na vašem oddělení?

„No...ehm...nevím co to vlastně ta supervize je... nevím, co si pod tím mám představit, protože tu metodu neznám.“ Proto jsem ji danou metodu přiblížila a pak dodává: „ne, supervize tady nikdy neproběhla... možná je to škoda...asi bychom občas potřebovali nějakou tu podporu ve své práci a to všichni...nejenom sestry, ale i lékaři...“

Děkuju ti za rozhovor.