

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích

Vliv supervize – manažerské a týmové na motivaci  
zdravotnického personálu

Případová studie

Autor práce: Monika Marková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 10.5.2006

.....

Děkuji mnohokrát PhDr. Zuzaně Havrdové CSc. za vedení této diplomové práce a také týmu Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích za ochotnou spolupráci.

Monika Marková

### *Abstrakt*

Tato práce popisuje formou případové studie proces zavádění manažerské supervize v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích. V první části se zabývá pracovní motivací, možnostmi jejího ovlivnění a významem pravidelného hodnocení práce zdravotníků. Věnuje se také přínosu týmové supervize pro práci zdravotnických týmů.

V praktické části porovnává výchozí situaci na pracovišti před zavedením týmové a manažerské supervize se současnou situací, popisuje jednotlivé kroky této změny a kriticky hodnotí její přínosy i nedostatky.

### *Klíčová slova:*

motivace, zdravotnický tým, hodnocení práce, manažerská a týmová supervize, kompetence

### *Abstract*

This work described in the form of keys study the process of establishing management supervision in the Hospice of St. Stephen in Litoměřice. It deals with working motivation, the possibilities of influencing this motivation and the importance of regular evaluation of nurses' work. It pursues the contribution of team supervision for the nursing teams too.

In the practical part, it compares initial situation on workplace before establishing the team and management supervision to present situation, it describes successive steps of the change and it critically evaluates its contributions and insufficiencies.

### *Key words:*

motivation, nursing team, work reviewing? management, team supervision, competence

## OBSAH

1. Úvod.....	7
2. Teoretická východiska změny.....	9
2.1. Motivace personálu .....	9
2.1.1. Nejznámější teorie motivace.....	10
2.1.2. Individuální motivační hierarchie .....	14
2.1.3. Prostředky motivování personálu v praxi .....	15
2.1.4. Shrnutí poznatků o motivaci .....	16
2.2. Formalizované hodnocení pracovního výkonu .....	16
2.2.1. Kompetence zdravotnického personálu.....	18
2.3. Manažerská supervize .....	21
2.3.1. Co je supervize .....	21
2.3.2. Týmová supervize.....	25
2.3.3. Manažerská supervize .....	26
3. Praktická část.....	29
3.1. Výchozí situace v organizaci .....	29
3.1.1. Charakteristika zařízení .....	30
3.1.2. Skladba pacientů .....	31
3.1.3. Personální obsazení.....	32
3.1.4. Příležitosti a rizika.....	33
3.1.5. Organizační kultura .....	33
3.1.6. Pracovní postupy.....	33
3.1.7. Kontrola postupů .....	34
3.1.8. Zodpovědnost.....	34
3.1.9. Předávání informací .....	35
3.1.10. Výběr pracovníků .....	37
3.1.11. Vzdělávání, rozvoj a podpora pracovníků .....	38
3.1.12. Odměňování, hodnocení.....	38
3.1.13. Poznatky z focus group.....	39
3.1.14. Shrnutí poznatků.....	41
3.1.15. Doporučení .....	42
3.2. Zavádění systému manažerské supervize do praxe.....	44

3.2.1.	Výsledek Swot analýzy zavedení manažerské supervize v hospici	44
3.3.	Kompetence pro práci sestry (a ošetřovatele) v hospici	46
3.3.1.	Zdroje	46
3.3.2.	Soustava kompetencí	46
3.4.	Manažerská supervize zdravotních sester	53
3.4.1.	Průběh setkání	54
3.4.2.	Závěry setkání	54
3.5.	Týmová supervize	55
3.5.1.	Pravidelnost	55
3.5.2.	Účastníci	56
3.5.3.	Motivace účastníků	56
3.5.4.	Seminář jak využít supervizi	56
3.6.	Nejčastější témata	57
3.6.1.	Témata sezení manažerské supervize	57
3.6.2.	Témata týmové supervize	59
3.7.	Vyhodnocení změny	59
3.7.1.	Výsledky dotazníků	60
3.7.2.	Další ukazatele	63
4.	Závěr	66

## 1. ÚVOD

Pracuji jako vrchní sestra v hospici sv. Štěpána v Litoměřicích, a to od jeho otevření v roce 2001. Při nástupu do této funkce jsem měla sedm let praxe zdravotní sestry u lůžka nemocného, z toho pět přímo v hospicové péči, postrádala jsem však jakékoli manažerské zkušenosti a dovednosti. Částečně proto a částečně i z „respektu“ vůči kolegům, kteří byli ve většině případů starší než já, jsem v prvních letech provozu výrazně podcenila práci s motivací personálu. Předpokládala jsem mylně, že pokud je personál dobře vybrán a již při nástupu do hospice motivován pro práci s umírajícími, že není třeba tuto pracovní motivaci posilovat. Ani ze svých třech předešlých pracovišť jsem neměla zažité nějaké formální, nebo dokonce pravidelné hodnocení práce personálu. Po dvou letech provozu začaly mezi zdravotníky v hospici narůstat problémy s fluktuací, interpersonální problémy, zhoršovala se kvalita poskytované péče. Na základě těchto skutečností jsem v zařízení provedla v rámci studia na UK FHS diagnostiku organizace, abych odkryla příčiny nespokojenosti a zároveň nastínila možnosti řešení. V tomto šetření bylo jako jeden z hlavních problémů identifikováno chybějící hodnocení personálu.

Díky studiu na FHS UK jsem se seznámila nejen s principy hodnocení personálu, ale také se systémem manažerské supervize. Na základě těchto poznatků jsem v našem zařízení zavedla systém pravidelného hodnocení práce zdravotníků touto formou.

Cílem mé diplomové práce je popsat tento proces změny jako případovou studii a reflektovat jej s využitím poznatků ze studia a četby.

Přiznávám, že jsem tuto práci psala s dvojitým záměrem:

- s přáním, aby byla inspirací staničním a vrchním sestřám, které řídí oddělení s podobně náročným složením pacientů. Aby se sestřám i ošetřovatelům u lůžka těžce nemocných a umírajících klientů dostávalo takové podpory, kterou potřebují, aby rostla

jejich pracovní spokojenost a motivace a aby se zároveň zvyšovala kvalita poskytované péče

- jako inspiraci mé nástupkyni na místě vrchní sestry v Hospici sv. Štěpána, aby se poučila z mých chyb a měla teoretické i praktické podklady pro hodnocení práce našich sester a ostatního zdravotnického personálu

V první části práce přiblížím teoretická východiska popsané změny. Budu charakterizovat předmět, kterého se změna týkala – motivaci personálu, dále nástroj změny – formalizované hodnocení pracovního výkonu, zvolenou formu, kterou jsem k tomu použila – manažerskou supervizi. Za velmi důležitou formu posilování vnitřní motivace personálu považuji také před necelými třemi lety zahájený proces týmové supervize, proto věnuji prostor i tomuto tématu. Prostor věnuji také kompetencím zdravotníků. V druhé, praktické části práce, představím výchozí situaci v organizaci před zavedením týmové a manažerské supervize, popíši konkrétní kroky přípravy a provedení změny, krátce představím nejčastější témata supervizích setkání, a na závěr zhodnotím úspěchy i problémy, které tato změna přinesla.



## 2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA ZMĚNY

### 2.1. MOTIVACE PERSONÁLU

Jak jsem uvedla v úvodu, za klíčové téma při vedení zdravotnických pracovníků v naší organizaci jsem před dvěma lety začala považovat motivaci personálu. Uvědomovala jsem si, že pracovní motivace není jen nějakou vnitřní hybnou silou jednotlivých pracovníků, která buď je a nebo není přítomna, ale že se jedná o soubor mnoha různých faktorů, které je možné, a dokonce nutné ovlivňovat vhodnými manažerskými přístupy.

Nedostatek motivace se u pracovníka nejen v pomáhajících profesích dříve či později projeví zhoršením kvality práce. Ztráta motivace je také jedním ze spouštěcích mechanismů burn-out syndromu. (Kopřiva 1997: 100) Rozvinutí tohoto syndromu pak ohrožuje nejen pracovníka, ale také klienta.

K definici motivace Bedrnová, Nový a kol. uvádějí: „Pojem motivace má původ v latinském „movere“ – hýbati, pohybovati. Je obecným označením pro všechny vnitřní podněty, které vedou k určité činnosti, k určitému jednání.“

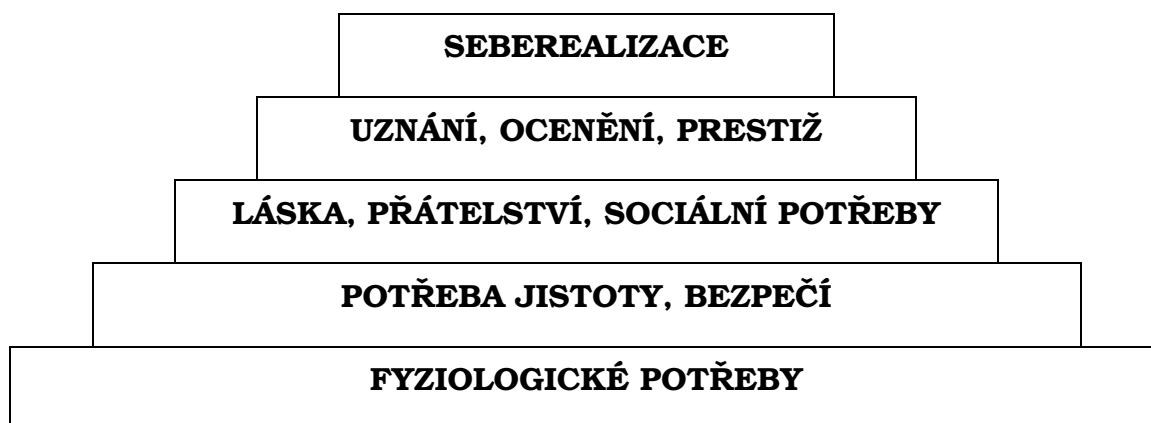
Jiní autoři popisují motivaci jako „dynamicky uspořádaný soubor vnitřních faktorů, které ve formě aktuálních nebo trvalých pohnutek k chování (jednání) podněcují člověka k činnosti a tuto činnost usměrňují“ (Malá československá encyklopedie: 349) Hlavním motivačním prvkem dle těchto teorií je uspokojování lidských potřeb, jejich preference a vzájemné vztahy.

Významem pojmu motivace v užším smyslu, a to v oblasti řízení, se zabývají jiní autoři, kteří vnímají motivaci jako soubor činností, pobídek manažera sloužící ke zlepšení produktivity práce zaměstnanců. (Rymeš, 1998)

### 2.1.1. Nejznámější teorie motivace

Abraham Maslow (1954) se ve své motivační hierarchii potřeb pokusil utřídit lidské potřeby a odhalit principy jejich působení. Základem lidské aktivity je podle něj uspokojování potřeb. Maslow určil pět skupin potřeb a seřadil je do hierarchického systému, který je znám jako **Maslowova pyramida**. (Rymeš, 1998:93)

**Tab. 1 Maslowova pyramida potřeb**



- a) **Fyziologické potřeby** jsou potřeby základní. Jejich naplnění je nezbytné pro přežití.
- b) **Potřeby jistoty a bezpečí** znamenají zajištění a uchování existence i do budoucna.
- c) **Sociální potřeby** (sounáležitost, láska, přátelství) představují potřebu začlenit se do nějaké skupiny, většího celku a také dobrých vztahů k ostatním lidem.
- d) **Potřeby uznání a ocenění** obsahují sebeocenění, respekt a uznání osoby ze strany ostatních.
- e) **Sebeaktualizace** je realizací potenciálu jedince. Maslowovými slovy „být více a více sám sebou, stát se vším, čím je člověk schopen se stát“, realizovat všechny své schopnosti a talent.

Podle Maslowa jsou potřeby uspořádány hierarchicky, tj. od nejnižších až po nejvyšší. S uspokojením určité úrovně potřeb její význam klesá a nastupuje další vyšší úroveň. Aby se tedy mohla vyskytnout určitá potřeba, musí být nejdříve uspokojeny všechny potřeby, které jí v hierarchii předcházejí. Člověk je tak neustále motivován.

Maslowova teorie byla velmi populární v padesátých a šedesátých letech. V průběhu času však ukázal výzkum i empirie, že tato teorie má řadu nedostatků. Sám Maslow soudí, že „ne všechno chování, ne všechny reakce jsou motivovány, přinejmenším ne ve smyslu hledání uspokojení potřeby“ (Nekonečný 1995: 76). Systém je zbytečně komplikovaný. Výzkum zjistil, že úrovně potřeb mohou být pouze dvě nebo tři. Nelze tvrdit, že po uspokojení potřeby nižší vždy následuje další potřeba v hierarchii. Může nastoupit docela jiná, neočekávaná potřeba. Uspokojení snižuje sílu potřeb jen pokud jde o potřeby základní. Naopak, u vyšších potřeb síla potřeby narůstá s jejím uspokojováním. **Uznání vyvolává potřebu dalších úspěchů.**

Další teoretik motivace **Clayton Alderfer** (Rymeš 1998: 94) vyšel z Maslowovy teorie potřeb. Usiloval o překonání všech slabých stránek tohoto názoru. Přizpůsobil Maslowovy představy novým poznatkům z výzkumu lidského chování. Pět Maslowových úrovní potřeb zredukoval pouze na tři:

**Potřeby existenční** jsou veškeré materiální a existenční potřeby.

**Potřeby vztahové** zahrnují veškeré vztahy k lidem, se kterými se stýkáme: hněv i nenávisť, stejně jako lásku a přátelství.

**Potřeby růstové** spočívají v tvořivé práci jedince na sobě i na svém okolí.

Na rozdíl od Maslowa Alderfer popíral hierarchii potřeb. Nerozděloval potřeby na vyšší a nižší. Připustil pouze různý stupeň konkrétnosti jednotlivých potřeb. Zatímco existenční potřeby jsou zcela konkrétní, uspokojení potřeb vztahových je abstraktnější a uspokojení potřeb růstových je zcela abstraktní.

Podobně jako Maslow připustil i Alderfer, že po uspokojení konkrétních potřeb se objeví potřeby více abstraktní. Při neuspokojení potřeb však může dojít i k **opačnému pohybu** – od abstraktních potřeb ke konkrétním. Tento mechanismus nazval **frustrační regresí**. (Horehledová 2003)

Ta může nabývat dvou podob:

- **frustračního cyklu růstu:** po uspokojení potřeb vztahových dochází k posílení růstových potřeb. Pokud se jedinci nedaří tyto potřeby uspokojit, zvyšuje se význam potřeb vztahových.
- **frustračního cyklu vztahového:** uspokojení existenčních potřeb je následováno zesílením potřeb vztahových. Při frustraci takových potřeb dochází k posílení potřeb existenčních.

Mnohem komplexnější a dynamičtější teorií motivace je **Herzbergova dvoufaktorová teorie**, rozlišující dvojí motivační podněty na pracovišti: faktory, které působí nespokojenost nazval faktory hygienické či disatisfactory (z angl. dissatisfaction – nespokojenost). Faktory, které vyvolávají spokojenost nazval faktory motivačními neboli satisfactory (z angl. satisfaction – spokojenost) Tyto faktory zároveň motivují, nazývá je také motivátory.

*Pokud je na pracovišti nadměrný hluk, vyvolá to nespokojenost pracovníků. Lze si však těžko představit, že někdo bude spokojený na pracovišti, protože tam není hlučno.* Herzberg usoudil na základě svých výzkumů, že spokojenost a nespokojenost nejsou dvě stránky jednoho jevu, ale že se jedná o dva úplně odlišné jevy, které vzájemně příliš nesouvisejí. Jiné příčiny způsobují spokojenost a jiné nespokojenost.

Motivátory mají charakter faktorů vnitřních a souvisejí s obsahem práce. Do této kategorie je možné zařadit například výkon, uznání, obsah a smysluplnost práce, osobní a profesní růst, odpovědnost, služební postup. Satisfaktory mají vnější charakter a jsou záležitostí kontextu práce. Jedná se o pracovní pravidla, technické vedení, pracovní podmínky, vztahy k nadřízeným, vztahy ke spolupracovníkům, výdělek. (Rymeš,1998) Zatímco „hygienické“ faktory podle Herzbergra neslouží k uspokojení, pracovník je schopen vnímat jejich neexistenci jako velmi neuspokojující, ale zlepšení těchto podmínek nezvyšuje motivaci, vnitřní motivátory výrazně zvyšují motivaci k práci a slouží jako výrazné stimuly.

Protože ze všech motivačních teorií, se kterými jsme se měla možnost seznámit vyplývá kombinace vnějších a vnitřních faktorů, velice se mi líbí jednoduchá definice D. Hradcové „K motivaci dochází tehdy, když lidé očekávají, že určitá akce povede k dosažení nějakého cíle a odměny, která uspokojuje jejich individuální potřebu.“(Hradcová 2003)

Hradcová (tamtéž) dále specifikuje vnitřní motivaci jako faktory, které si sami vytváříme, a které souvisí s

- odpovědností
- svobodným rozhodováním při práci
- příležitostí využívat a rozvíjet dovednosti a schopnosti
- zajímavou a podnětnou prací
- příležitostí k funkčnímu postupu

### 2.1.2. Individuální motivační hierarchie

Je třeba si také uvědomit, že motivace úzce souvisí s osobním nastavením člověka, s individuální preferencí hodnot a životních postojů a že tedy bude u každého zaměstnance trochu odlišná. Jaké tedy mohou být osobní motivátory a jak se projevují v pracovním procesu:

- Peníze, které jsou významným motivem pro většinu lidí. Lidé silně motivovaní penězi jsou pro manažera snadným objektem řízení. Má-li pro ně vedoucí finance k dispozici, dostane z nich maximum.
- Osobní postavení by se alespoň v jisté míře mělo objevit v motivačním žebříčku každého pracovníka. Hodně lidí se snaží uspět kvůli postavení. Na statut zaměření pracovníci mají však sklon k intrikám.
- Pracovní výsledky a výkon jsou důležitým motivačním faktorem u soutěživých lidí. Lidé, kteří se snaží v práci vyniknout, jsou motorem každé firmy.
- Přátelství je pro některé lidí víc než pracovní výsledky a peníze. Takto zaměření jedinci preferují atmosféru na pracovišti. Neradi se hádají, raději ustoupí.
- Jistota představuje motivaci pro pracovníky, kteří netouží po mimořádných příjmech ani po vysokém postavení ve firemní hierarchii. Raději se spokojí s málem, hodně se řídí předpisy a neradi riskují.
- Odbornost je rozhodujícím motivem pro pracovníky, kteří preferují svůj profesionální rozvoj. Odborník se především snaží vyniknout ve své profesi a nedovede si představit, že by dělal něco jiného.
- Samostatnost funguje jako motiv u lidí, kteří nad sebou těžko někoho snášejí. Chtějí o všem rozhodovat sami, nemají rádi, když jim do práce někdo mluví a nakonec si všechno udělají po svém.

- Kreativita působí jako motiv u zaměstnanců, kteří mají potřebu vytvářet něco nového. Tvořiví lidé dávají přednost práci, při níž mohou vymýšlet nové věci a řešení.(Bělohlávek 2000)

### 2.1.3. Prostředky motivování personálu v praxi

V českém zdravotnictví se velmi často hovoří o finanční motivaci, respektive o jejím nedostatku, zřídka se však zmiňuje motivace jiná. Z výše uvedených poznatků však vyplývá, že právě zvyšování finanční motivace nepřispívá přímo ke zlepšení spokojenosti pracovního výkonu zaměstnanců a že je třeba hledat jiné cesty k dobrému motivování. To souvisí se správnou aplikací motivačních teorií do praxe.

Každá z výše uvedených teorií má prvky, které jsou důležité při motivaci zdravotnického personálu. Právě hodnoty jako posílení vědomí smysluplnosti práce, ohodnocení dobrého výkonu před kolegy, vytvoření prostoru pro seberealizaci v pracovní rovině jsou často opomíjeny.

Pro práci manažera se zdá také důležité uvědomění si frustračního cyklu růstu. Pokud nejsou zaměstnanci dostatečně hodnoceni – necítí uspokojení ve své tvůrčí práci, soustředí se na vztahové potřeby a na pracovišti vznikají různé skupinky, které otevřeně, či skrytě vedou různé „boje“, ať již mezi sebou vzájemně nebo s vedením. Často je pro vedoucího velmi složité se s tím vyrovnat. Mně zkušenost ukázala, že opravdu stačí posílit pozitivní zpětnou vazbu ohledně práce zaměstnanců, poukázat na hodnoty, které svou prací vytvářejí, a síla těchto „skupinek“ se ztrácí.

#### 2.1.4. Shrnutí poznatků o motivaci

Pracovní činnost není tedy jen zdrojem výtěžku. Je prostředkem přinášejícím uspokojení ze samotného průběhu práce, z dosažených výsledků, z ocenění, kterého se může pracovníkovi v týmu dostat, z prestiže profese. (Rymeš 1998: 97)

Manažerské prostředky, kterými můžeme pomoci pracovníkům toto uspokojení dosáhnout, souvisí tedy s hodnocením práce týmu i jednotlivce, s vytváření pozitivních vztahů na pracovišti, s důvěrou, ale i s budováním dobrého image organizace, s kvalitou poskytovaných služeb a prezentací organizace navenek. To všechno jsou prostředky, kterými manažer může ovlivnit motivaci svých zaměstnanců. Jedná se o vnější faktory motivace.

Jakými prostředky však můžeme ovlivnit motivaci vnitřní? Máme vůbec možnost pracovat s tím, jak se zdravotníci cítí na svém oddělení, jak vnímají úspěšnost své práce, jak se vyrovnávají s neúspěchy?

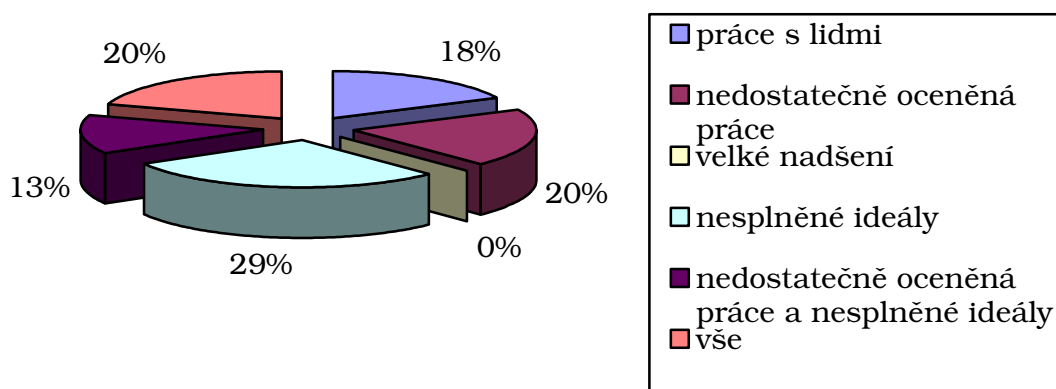
#### 2.2. *FORMALIZOVANÉ HODNOCENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU*

Pravidelné hodnocení práce zaměstnanců, pokud je prováděno podle určitých zásad, může přispět k posílení obojí motivace, jak vnější, tak vnitřní. „Pomáhá zlepšovat výkonnost a motivuje sestry tím, že jim poskytuje zpětnou vazbu“. (Škrlovi 2003: 142)



Hodnocení souvisí s oceněním práce a nedostatečné ocenění práce je velmi důležitým faktorem při vzniku syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Výzkum na toto téma, publikovaný v časopise Sestra, poukázal také na spojitost mezi nedostatečným oceněním a nesplněnými ideály.

Graf č.1 Co je dle vás příčinou syndromu vyhoření



Výsledek šetření u sester v urgentní péči, vzorek 48 respondentů

Zdroj: Časopis sestra 12/2005

V průmyslových odvětvích je hodnocení práce běžné a také mnohem jednodušší, protože indikátory kvality práce jsou zřejmé – bezchybný výrobek, dobře fungující stroj. Ve zdravotnictví však je mnohem obtížnější ohodnotit kvalitu práce, a tak to zatím stále není v našich krajích obvyklé.

Účelem hodnocení práce není však jen zvýšit motivaci pracovníků, ale také zachovat bezpečnou péči, plnit cíle zařízení, podpořit profesionální růst a rozvoj a získávat náměty pro ošetrovatelský výzkum. (Grohar-Murray, DiCroce 2003: 271)

Ve dvou významných publikacích věnovaných managementu ošetrovatelské péče, které vyšly v posledních třech letech<sup>1</sup>, je věnován dostatečný prostor tématům hodnocení a vedení hodnotícího pohovoru, proto bych zde zmínila jen nejdůležitější zásady, jak je uvádí Murray a DiCroce.

**Pravidelnost** – pokud nedochází k hodnocení pracovního výkonu v pravidelných intervalech, jsou zaměstnanci hodnotícím pohovorem překvapeni a mohou mít pocit, že něco „provedli“.

**Předem určený čas** – zaměstnanec i hodnotitel vědí, kdy k hodnocení dojde a mají možnost, a zároveň povinnost, se na ně připravit.

**Jasná kritéria** – zaměstnanci musí vědět, v jakých oblastech budou hodnoceni a jaká jsou kritéria dobrého výkonu.

**Aktivní účast** – zaměstnanci se na hodnocení aktivně připraví, shrnou, čeho v hodnoceném období dosáhli, připraví si, co by jim mohlo pomoci v dalším profesním růstu.

**Jasně výstupy** – hodnotitel provede zápis o každém hodnotícím pohovoru, který by měl být oběma stranami odsouhlasen a podepsán. Při dalším pohovoru je zřejmé, jakých cílů chtěl zaměstnanec dosáhnout. Tak je zajištěna kontinuita profesního růstu.

Pravidelné hodnocení práce personálu je nezbytné jak pro motivaci pracovníků, tak pro kvalitu ošetrovatelské péče. Jedním z velmi zajímavých a podnětných systémů hodnocení práce personálu je princip manažerské supervize, o kterém pojednávám v následující kapitole.

### 2.2.1. Kompetence zdravotnického personálu

Pro to, aby bylo možné dobře hodnotit, je nutné stanovit si, co vlastně bude u zdravotníků hodnoceno.

K tomu mohou přispět písemně stanovené kompetence.

---

<sup>1</sup> Škrlovi, Petr a Magda, Kreativní ošetrovatelský management, str.141-144

Grohar-Murray, M.E., DiCroce, H.R. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče str.215-229

### 2.2.1.1 Význam pojmu

Slovo kompetence se používá v několika významech. V právnickém smyslu znamená pravomoc nebo rozsah pravomoci. (Slovník cizích slov, 378) V pracovním prostředí má spíše význam schopnosti, způsobilosti vykonávat určitou činnost. Kompetentním člověkem v češtině označujeme někoho, kdo je „příslušný, odpovědný, povoláný, způsobilý“. (tamtéž)

Britský National Council for Vocational Qualifikations definuje pracovní kompetence takto: „Kompetence je široký pojem, který zahrnuje schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání. Zahrnuje organizaci a plánování práce, inovaci a vyrovnání se nerutinními činnostmi. Zahrnuje takové kvality jako osobní efektivitu, která je na pracovišti potřebná pro zacházení se spolupracovníky, manažery a klienty“. (NCVQ, 1988 in Havrdová 1999)

### 2.2.1.2 Kompetence sester v Evropské unii

Poradní výbor evropské komise pro vzdělávání ve zdravotnictví (Advisory Committee on training in nursing) formuloval v roce 1997 základní kompetence, které by sestry odpovědné za všeobecnou péči podle Směrnice (Direktivy) 77/452/EEC měly mít, ve zprávě a doporučeních, týkajících se vzdělání a výcviku sester odpovědných za všeobecnou péči v Evropské unii, přijatých 17.-18. dubna 1997 (XV/E/9432/7/96)<sup>2</sup>. Přestože autoři dokumentu nemohli z důvodu časové tísně zacházet do hloubky, stanovili základní kompetence, které by měly splňovat všechny zdravotní sestry ve všech zemích Unie. Pro české zdravotnické prostředí bylo velmi překvapující, že v popředí nestojí nároky na osvojení odborných ošetřovatelských kompetencí, ale dovednosti komunikační, organizační a edukační. Vzdělávací systém nelékařských zdravotnických pracovníků se postupně mění tak, aby byla tato směrnice naplňována. Přesto máme v praxi většinu sester, které prošly ještě starým systémem

---

<sup>2</sup> Celé znění dokumentu uvádím v příloze I

vzdělávání a jejich znalosti a dovednosti jsou často několik desetiletí na stejné úrovni, protože je nikdo nemotivoval k dalšímu vzdělávání.

Důležité je si uvědomit, že kompetence nejsou statické, ale že je třeba, aby sestry stále své kompetence rozšiřovaly a zkvalitňovaly v rámci dalšího vzdělávání. V naší republice pro to byly vytvořeny podmínky v zákoně 96/2004, který upravuje podmínky pro další vzdělávání zdravotníků a uznávání kvalifikací.

### 2.2.1.3 Soustavy kompetencí

V rámci svého studia jsem se v roce 2003 seznámila se soustavou kompetencí sociálních pracovníků, kterou uvádí Havrdová. (Havrdová 1999: 41 a násl.) Tato soustava vznikala v letech 1996-7 a v dalších letech byla podrobena revizi v praxi sociálních pracovníků, učitelů v mnoha organizacích. Jedná se o šest základních kompetencí, které jsou rozpracovány vždy do několika dílčí kroků, charakteristických kritérií. Tak např. kompetence III této soustavy: „Podporovat a pomáhat k soběstačnosti“ má jako jedno z kritérií „umět poskytovat emoční podporu“. (Šavrdová 1999: 70)

Protože se mi tato soustava kompetencí zdála velmi dobře aplikovatelná pro práci zdravotnických pracovníků, pokusila jsem se ji modifikovat pro potřeby našeho zařízení a využít ji jako účinný nástroj při hodnocení, motivaci a plánování dalšího profesního růstu našich zaměstnanců. (viz kapitola)

### 2.3. MANAŽERSKÁ SUPERVIZE

Pro pochopení zásad manažerské supervize je nutné nejprve vysvětlit pojem supervize, tak jak je používán v pomáhajících profesích.

#### 2.3.1. Co je supervize

Slovník cizích slov k heslu *supervize* uvádí zcela stručně: Odbor Ministerstva vnitra zabývající se kontrolou. Z anglického „vrchní dozor, kontrola, dohled“.

Obecně má však supervize v pomáhajících profesích mnohem širší rozměr. Vystihující se mi zdá doslovný překlad latinského „supra video“ – vidím shora, (latinsko český sl.) který vyjadřuje nadhled nad problémy tížící pracovníky v pomáhajících profesích. V naší společnosti se supervize rozvinula především v psychoterapii, kde „jde o proces praktického učení, v němž supervizor-učitel pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, které vznikají při jeho práci s klienty“ (Kopřiva 1997: 136) „Supervize je intenzivní, interakční mezilidský vztah, do kterého bezprostředně vstupují supervizor, supervidovaní a zprostředkovaně i klient, či klienti. Jejím cílem je zlepšit schopnost pomáhat lidem.“ (Bayerová 2005: 47) Supervizi chápeme jako nástroj zkvalitnění práce, který využívá andragogického přístupu k pracovníkovi, a má několik rovin, na kterých se může uplatnit.

##### 2.3.1.1 Historie supervize

K rozvoji supervize v tomto smyslu došlo v anglosaském prostředí na konci 19. století, kdy předchůdci dnešních sociálních pracovníků – dobrovolníci - využívali supervize ve smyslu poradenství a jako administrativní podporu placených, zkušenějších pracovníků. V prvních dobách tak převládal model, který dnes nazýváme supervizi manažerskou – tedy supervizor byl v služebně nadřazené roli nad supervidovanými a pomáhal jim správně se orientovat v pracovních problémech a zároveň měl odpovědnost za kvalitu odvedené práce. I

nadále se supervize nejvíce rozvíjela v sociální práci a postupně se rozšířila o vzdělávací aspekt. *Významným impulsem pro rozvoj další formy, totiž **skupinové supervize**, byl ve 20. letech 20. století úzký kontakt sociálních pracovníků s lékaři. Sociální pracovníci se začali úspěšně podílet na diskusích nad případy v nemocnicích (Munson 1993), kde se stávali partnery lékařů svými informacemi o sociálních okolnostech života pacientů. Již tehdy bylo evidentní, že některé případy jsou natolik složité, že se v nich jeden odborník může ztěžít sám orientovat. Z případových konferencí se rozvinula metoda skupinové supervize, v níž se využívá bohatství znalostí a postřehů různých členů skupiny ke zlepšení práce. (Havrdová 2003)*

#### 2.3.1.2 Rozdělení supervize

Supervizi dělí Havrdová in Havrdová, Kalina (2003) podle několika kritérií do různých kategorií.

- Podle toho, **kdo se supervize účastní**. Tak o **individuální** supervizi hovoříme, pokud je supervidována jedna osoba, popřípadě, vyhovuje-li to oběma, může jít o společnou individuální supervizi dvou pracovníků. **Skupinová** supervize je supervizí skupiny pracovníků (ideální počet 5-8), kteří mají společnou nebo podobnou náplň práce, pocházejí však z různých pracovišť – např. sociální pracovníci z nemocnic. Pokud se supervize účastní pracovníci z jednoho pracoviště v různých pracovních rolích, hovoříme o **týmové** supervizi. Tak se týmové supervize ve zdravotnictví budou účastnit lékaři, sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník a psycholog, kteří pracují na jednom oddělení, příp. pečují o stejnou skupinu pacientů.
- Podle toho, **kdo supervizi poskytuje**. **Externí** supervize je poskytovaná odborníkem, který byl organizací najatý za účelem poskytování supervize. **Interní** supervize se odehrává v případě, že supervizor je zaměstnancem organizace, přičemž může být

v nadřazeném vztahu k supervidovanému – potom mluvíme o tzv. manažerské supervizi, nebo je na stejné pracovní úrovni, pak můžeme hovořit o intervizi. Mnoho pracovišť (K centra, Linky důvěry) využívá tuto formu intervize - vzájemné konzultování mezi pracovníky, kteří se zabývají podobnými případy, protože je to forma většinou rychle použitelná, finančně nenáročná a zároveň je výhodou, že všichni aktéři supervize dobře znají kontext a instituci, ve které se témata supervize odehrávají. Často bývá doplňkovou formou k externí supervizi.

- Podle toho, jaký **účel** supervize sleduje, je možné rozlišit supervizi **vzdělávací, podpůrnou a administrativní**. Cílem administrativní supervize je pomoci supervidovanému dosáhnout nebo naplnit nějaké předem stanovené, jasně deklarované cíle, např. standardy péče, pracovní plány apod. Podpůrná supervize slouží supervidovanému především ke zvládnutí stresu a pracovní zátěže, poskytuje potřebnou emoční podporu a dle mého názoru může velmi významně předcházet syndromu vyhoření u zdravotnického personálu.
- Podle toho, **na co je** supervize **zaměřena**, rozlišujeme supervizi **případovou**, která je zaměřena na „nasvícení“ jednotlivých případů, příběhů z praxe supervidovaných, **poradenskou a programovou**, která je zaměřena na cíle a směřování organizace nebo pracovníka.
- Podle časového schématu, ve kterém supervize probíhá, je možné rozlišit supervizi na **pravidelnou** – např. jedenkrát měsíčně, nebo nepravidelnou, která je vyžádána v případě nějaké krize nebo potřeby pracovníka či organizace. Tato forma „**ad hoc**“ poskytované supervize skrývá, jak píše Hawkins a Shohet, jedno nebezpečí, totiž že „...se vytváří přesvědčení, že pokud jdete na supervizi, musíte mít nějaký problém, anebo, což je ještě zhoubnější, musí být něco v nepořádku s vámi“ (HAWKINS, SHOHET 2004: 168)

### 2.3.1.3 Supervize ve zdravotnictví

V českém zdravotnickém prostředí není dosud pojem supervize nijak zažit a obrovské rozvojové možnosti, které supervize a supervizi přístup nabízí, nejsou využívány. Při rozhovorech s kolegyněmi z různých zařízení se setkávám s názory, že supervize je jakási kontrola, nástroj vedení, jak zjišťovat nedostatky, a vzhledem k těmto představám je podle mých zkušeností postoj zdravotníků k supervizi spíše vlažný, ne-li přímo záporný.

Za pravdu těmto kolegyním zdravotnicím by mohl dát shora uvedený Slovník cizích slov.

V odborné zdravotnické literatuře se o supervizi vyjadřuje např. Křivohlavý, který píše o supervizi v klinické praxi lékaře takto: „jde o to, aby si nadřízený všiml daného lékaře včetně toho, jak se chová ve styku s pacienty a sděloval mu výsledek tohoto zjištění“ (Křivohlavý 2002: 78). V české literatuře věnující se řízení ošetrovatelské péče jsem mnoho zmínek o supervizi nenašla.<sup>3</sup> V ukázkovém čísle časopisu Florence (říjen 2005) se Mgr. Kůnová věnuje supervizi sociálních pracovníků ve FN Motol. Supervizi zdravotních sester se věnují některé diplomové práce absolventů oboru Řízení a supervize zdravotnických a sociálních zařízení FHS UK. Supervizi zdravotníků požadují Standardy domácí hospicové péče, které v roce 2005 s použitím zahraničních materiálů vydalo Občanské sdružení Cesta Domů. Tyto standardy však nemají závaznou platnost.

V zahraničí, a to jak v USA, tak např. ve Velké Británii i Německu, je supervize zdravotníků naprosto běžná.<sup>4</sup> Téměř všechna stacionární paliativní oddělení v Německu pracují pod supervizi. (Paliativmedizin 2000)

---

<sup>3</sup> I když změny se dají očekávat, protože brněnské Národní centrum ošetrovatelství má v letošním roce poprvé zařazen také dvoudenní kurz Supervize ve zdravotnictví.

<sup>4</sup> V St. Christopher's Hospic v Londýně Sydenhamu, kde jsem měla možnost stážovat v srpnu 2000, probíhala každý týden týmová supervize sester, které pečovaly o jednu skupinu pacientů, a pravidelně měsíčně supervize týmu celého oddělení. Sestry reflektovaly supervizi nejen jako přínos pro ně samotné, ale také jako veliký stimul pro práci s pacienty.



### 2.3.2. Týmová supervize

*„Týmy, které spolu pracují pravidelně a intenzivně, také potřebují pravidelně trávit určitý čas mimo tlak každodenní práce v přední linii, poodstoupit a podívat se, jak individuálně a kolektivně fungují a jaký mají vztah s širším systémem, ve kterém působí“* (Hawkins, Shohet 2004:152) Právě to by měla umožnit dobrá týmová supervize.

Jedná se o supervizi týmů, jak bylo popsáno v kapitole 2.3.1.2 Supervizor obvykle pracuje s týmem na jejich týmové komunikaci, organizaci práce nebo rozvojových tématech. (Hajný 2005) V praxi se také osvědčuje případová supervize v týmu, obzvláště pokud jednotliví členové týmu pracují se stejným nebo stejnými klienty. (Hawkins, Shohet 2004: 139)

Týmová supervize se soustředí nejen na jednotlivé členy týmu ale na tým jako takový. Proto by měl být předmětem týmové supervize také tým jako celek se svou dynamikou a vývojem. (Hawkins, Shohet 2004: 140)

#### 2.3.2.1 Supervizní kontrakt

Aby mohla být supervize úspěšná a přinášela užitek všem členům týmu, je nutné stanovit pravidla v sepsané dohodě, která vyjadřuje zájmy stran, kterých se supervize přímo týká.

Jde o supervidované(ho), supervizora a v případě týmové supervize i třetí stranu - zástupce organizace. „Zadavatel supervize nebo vedoucí pracoviště je totiž někdy přímo, jindy nepřímo zaangažován do dění ohledně supervize. Kontrakt by měl zahrnovat informace o frekvenci setkání, účasti supervidovaných, platbách za supervizi, způsob hodnocení, cílech supervize, zacházení s informacemi ze supervize, atd. V rámci dobré praxe je kontrakt pravidelně revidován, supervize hodnocena.“ (Hajný 2005). Pro bezpečnost supervidovaných je vhodné, aby v rámci organizace byli nadřizení informováni o čemkoliv ze supervize jen s jejich souhlasem.

### 2.3.2.2 Umění supervizi využívat

Supervizor může supervidovat pouze to, co pracovník do supervize přináší (Inskipp 2000) Proto je důležité naučit pracovníky se supervizi zacházet tak, aby jim co nejdříve přinášela co největší užitek. Na většině vysokých škol vzdělávajících sociální pracovníky je dnes supervize součástí vzdělávacího kurikula, další pomáhající profese mají supervizi zahrnutou ve svém výcviku. Ve zdravotnictví, kde je supervize teprve v plenkách, je třeba naučit pracovníky reflektovat svou práci a získávat podporu při emoční a psychické zátěži jíž jsou vystaveni. Pokud se tedy zdravotnické zařízení rozhodne, ať již impulsem některých zdravotníků nebo rozhodnutím managementu supervizi zavést, je dobré uspořádat pro pracovníky seminář na téma: Jak supervizi využívat. Inskippová uvádí celou řadu interaktivních cvičení, které je možno při tomto semináři využít. Její kurzy jsou však určeny především terapeutům, kteří mají přeci jen trochu jiný styl práce s klientem, než zdravotníci. Proto v praktické části uvádím taková cvičení, která se mi zdála vhodná pro seminář zdravotnických pracovníků.

### 2.3.3. Manažerská supervize

Manažerská supervize je pojem používaný především v anglosaském prostředí a označuje strukturovaný přístup, který k vedení podřízených využívá supervizní prvky. Tedy především andragogický přístup, interakčnost a způsob vedení rozhovoru. U nás je metoda manažerské supervize rozvíjena například v rámci Diakonie ČCE. Tato organizace pořádá také kurzy manažerské supervize, a to jak ve svém školicím středisku tak přímo v organizaci „na klíč“. (Haška 2005)

#### 2.3.3.1 Principy manažerské supervize

Na jaře 2005 Prof. Payne ve své přednášce na půdě FHS UK uvedl tyto principy manažerské supervize:

- Každý zaměstnanec má právo, aby jeho práce byla pravidelně hodnocena.
- Manažer své podřízené dobře zná, sleduje je při práci a pravidelně s nimi jejich práci hodnotí. Při tomto hodnocení vychází z jejich postřehů, poznatků, eventuelních nejasností a rizik. Sám je vhodně doplňuje, podává informace a poskytuje zpětnou vazbu.
- Manažerská supervize je uplatňována v celé organizaci vertikálně. Jeden manažer může touto formou dobře vést 3-5 maximálně 8 podřízených.
- Manažerská supervize je poskytována v pravidelných předem dohodnutých intervalech – nejvhodnější 1x za 1 až 2 měsíce.
- 

#### 2.3.3.2 Cíle manažerské supervize

Vedoucí pracovník by měl manažerskou supervizi především směřovat:

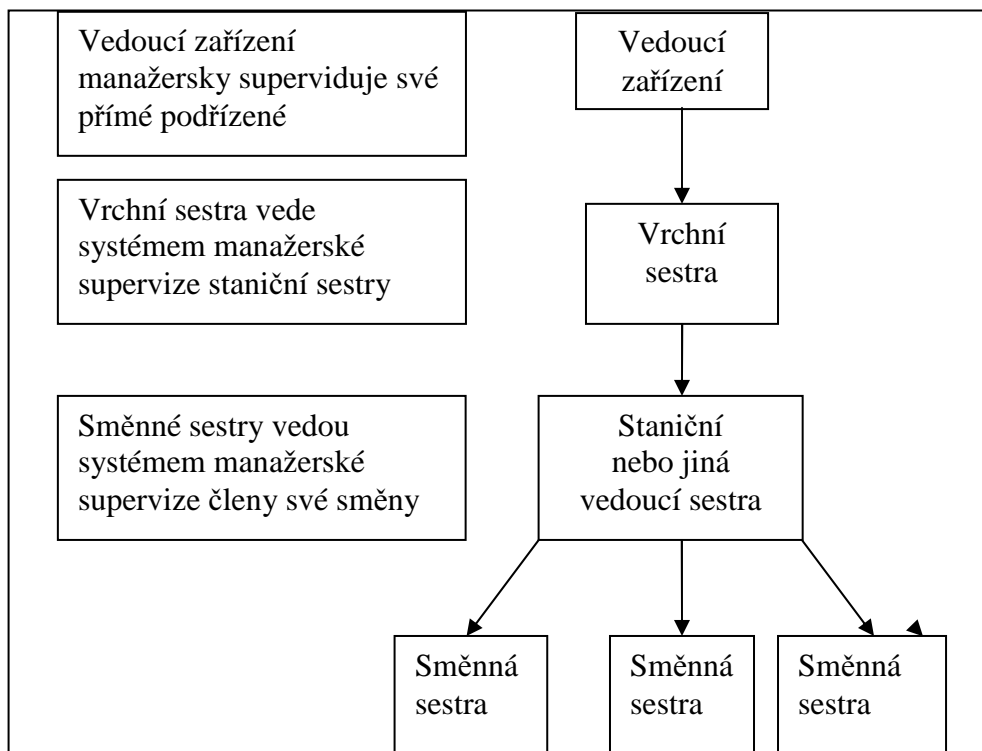
- K tomu, aby všichni pracovníci svou prací naplňovali základní cíle a poslání organizace.
- K tomu, aby všichni pracovníci ve své práci uplatňovali zásady (standardy) a profesionální a etické hodnoty.
- K předcházení konfliktům a interpersonálním neshodám.
- K vytvoření stejného časového prostoru pro všechny pracovníky pro zhodnocení jejich práce.
- K zajištění optimálního pracovního výkonu každého zaměstnance.
- K rozvoji znalostí a dovedností každého jednotlivého zaměstnance podle jeho individuálních potřeb a potřeb organizace.

#### 2.3.3.3 Schéma manažerské supervize

Ideální schéma pro manažerskou supervizi ve zdravotnictví by mělo vypadat přibližně takto:<sup>5</sup>

#### **Tab. č.2 Ideální schéma manažerské supervize v zdravotnictví**

<sup>5</sup> Výsledek skupinové práce při semináři Manažerská supervize na FHS UK (květen 2005)



V realitě britských organizací většinou toto schéma kopíruje organizační schéma pracoviště.

Manažerská supervize je tedy zvláštní formou hodnocení pracovníků, která využívá způsobu supervizní práce.

### 3. PRAKTICKÁ ČÁST

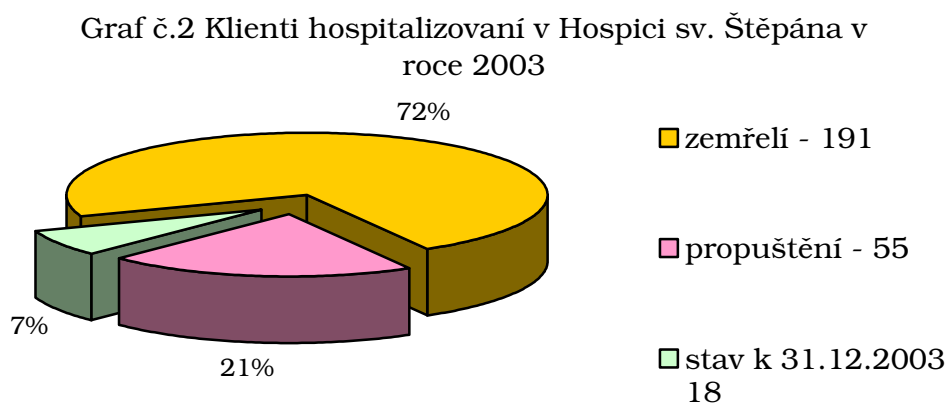
Měla jsem to štěstí, že jsem stála u zrodu Hospice sv. Štěpána a mohla jsem tým zdravotníků pro toto zařízení formovat ještě před zahájením provozu. Všechny sestry i ošetřovatelky prošly výběrovým řízením, jehož součástí byla stáž v jiném hospicovém zařízení, psychologický test a motivační pohovor. Následně se sestry účastnily kurzu pro sestry pracující v hospici v IDVPZ v Brně. Takto vybraný personál měl pak od začátku provozu možnost využít pravidelných rozhovorů s psychoterapeutem, který do zařízení dojížděl jedenkrát za měsíc a věnoval se individuálně tomu, kdo o to předem projevil zájem. Přesto se zhruba po dvou letech začala znatelně zvyšovat fluktuace zdravotnického personálu a mezi těmi, kteří zůstali, vzrůstala nespokojenost. To byl důvod k provedení diagnostiky organizace

#### 3.1. *VÝCHOZÍ SITUACE V ORGANIZACI*

Na základě výše uvedených skutečností jsem na jaře 2003 v zařízení provedla v rámci studia na UK FHS diagnostiku organizace v oblasti lidských zdrojů a kultury organizace, abych odkryla příčiny nespokojenosti a zároveň nastínila možnosti řešení. Na jejím základě pak byly uskutečněny změny popsané v dalších kapitolách.

### 3.1.1. Charakteristika zařízení

Hospic byl otevřen v únoru 2001. Péči poskytuje na 26 lůžkách, která jsou převážně v jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro doprovázející osobu, dva pokoje jsou dvoulůžkové. Zdravotní sestry i ošetřovatelé poskytují vysoce náročnou ošetrovatelskou péči, jejímž cílem je uspokojení všech potřeb terminálně nemocného. Důraz je přitom kladen nejen na kvalitní a profesionální péči o tělo a zvládnutí tělesných symptomů, ale také na složku komunikační a emocionální. Součástí péče je také poskytování podpory rodinným příslušníkům nemocného a dalším blízkým osobám, stejně jako doprovázení pozůstalých. Zařízení je moderně vybaveno, působí čistým, prosluněným dojmem. Všude je plno květin. Průměrná obloženost je 86%.

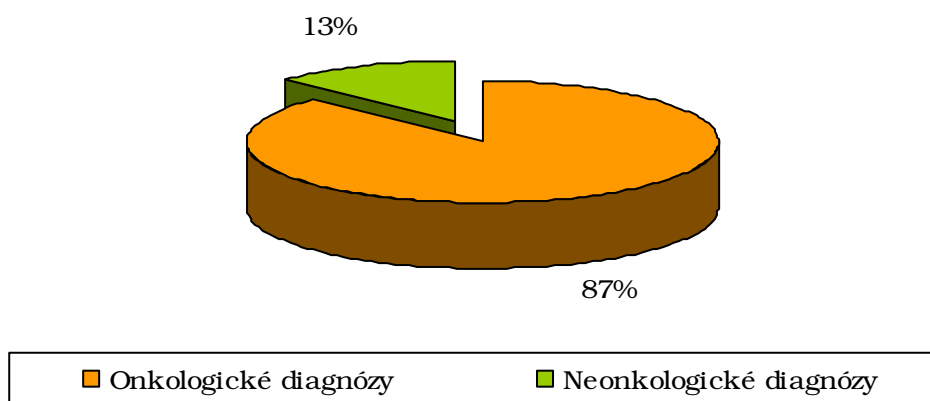


Zdroj: Statistika hospice sv. Štěpána

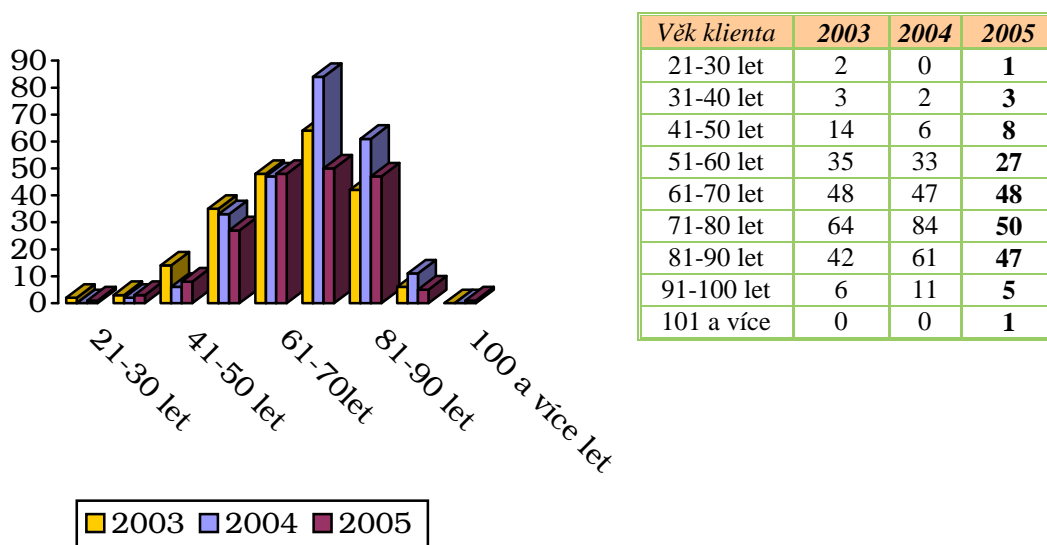
### 3.1.2. Skladba pacientů

Ročně je v hospici hospitalizováno okolo 190 pacientů s převážně onkologickou diagnózou, asi sedm procent pacientů přichází v terminálním stádiu neurodegenerativních onemocnění. Ostatní jsou většinou polymorbidní pacienti. Dvě třetiny hospitalizovaných v hospici umírají, asi u dvaceti procent se podaří zvládnout symptomy a mohou být propuštěni do domácí péče, případně jsou hospitalizováni na akutní lůžko jiného zdravotnického zařízení.

Graf č.3 Podíl diagnóz pacientů hospitalizovaných v roce 2003



Graf č.4 Počet hospitalizovaných pacientů podle věku

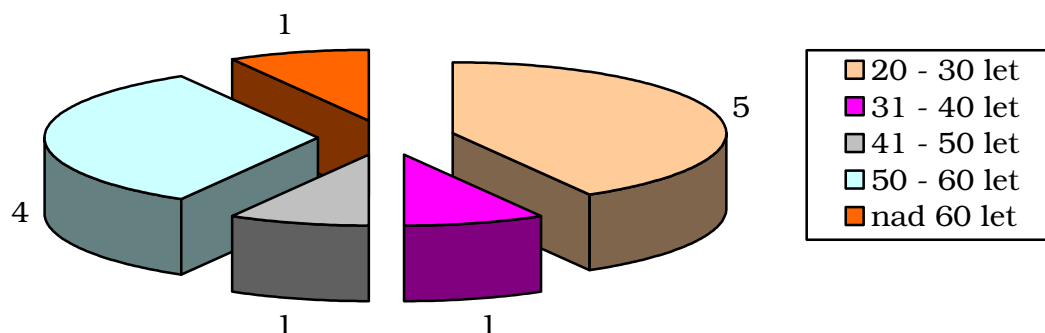


Zdroj: Statistika Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích

### 3.1.3. Personální obsazení

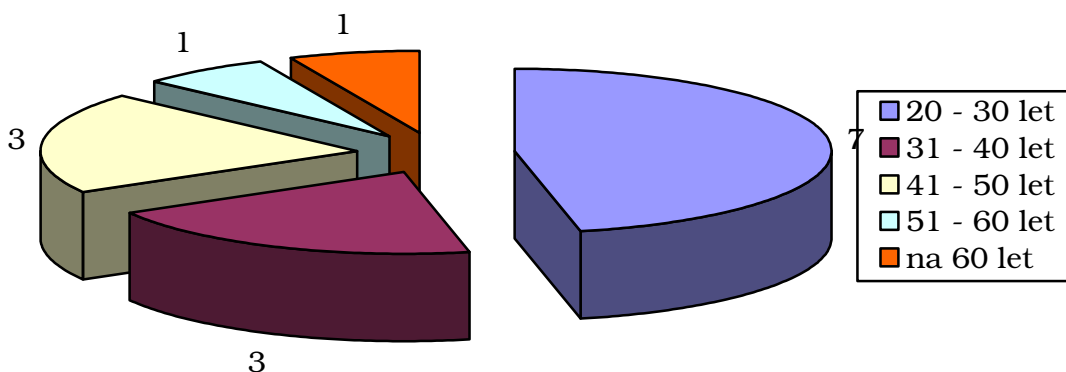
Zařízení je rozděleno na dvě oddělení A a B, která jsou stejně velká a neliší se ani skladbou pacientů. Každé oddělení má mít svou staniční sestru. V době diagnostiky však na přízemí staniční sestra již 10 měsíců chyběla. V hospici pracuje 46 zaměstnanců (přepočteno na úvazky 38,8). Na přímé péči o pacienty se podílí 12 zdravotních sester 15 ošetřovatelů, 3 kmenoví + 4 externě spolupracující lékaři, jedna sociální pracovnice a 1 rehabilitační sestra. Na technickém úseku (prádelna, kuchyň, úklid, údržba) pracuje 8 zaměstnanců, v administrativě 6 (ředitel, sekretářka, účetní, analytik a dva recepční).

Graf č.5 Počet zdravotních sester podle věku v roce 2003



Zdroj: Statistika hospice sv. Štěpána

Graf č.6 Počet ošetřovatelů podle věku v roce 2003



Zdroj: Statistika hospice sv. Štěpána



#### 3.1.4. Příležitosti a rizika

Jelikož se jedná o zařízení poměrně mladé, hodně věcí se stále vyjasňuje, zlepšuje a doplňuje. Např. se stále tvoří nové standardy ošetrovatelské péče i standardy personální. Doplňují se nové pomůcky, rozvíjí se možnosti pro využití volného času pacientů – od února 2003 nově funguje dílnička s možností různých výtvarných technik, pravidelně se na terase hospice opékají vuřty, v okolí budovy se buduje bezbariérový park. Velmi složitá je otázka financování, protože zdravotní pojišťovny ani MZ ČR stále neznají pojem hospicové lůžko, takže hospice jsou ze zdravotního pojištění financovány stejně jako lůžka následné péče. Tzn. ohodnoceny kódem OO5, ke kterému náleží ještě platba za kategorizaci pacientů, podle jejich ošetrovatelské náročnosti. Platby od pojišťoven pokryjí cca 40% celkových nákladů.

#### 3.1.5. Organizační kultura

Hospic má vypracováno organizační schéma, které zhruba odpovídá skutečnému organizačnímu uspořádání zařízení. V důsledku odchodu staniční sestry z oddělení A však již 10 měsíců trvá stav, kdy staniční sestra z oddělení B zodpovídá za obě stanice. Personál oddělení A ji příliš nepovažuje za svou nadřízenou a cítí se podle slov jedné z ošetrovatelek *"tak trochu jako bez záštity"*.

Neformální autoritou na tomto oddělení je jedna ze starších sester, která je tam služebně nejdéle. Ta však funkci staniční vykonávat odmítá. Jiná vhodná se zatím nenašla.

#### 3.1.6. Pracovní postupy

Zařízení má přesně stanovené hlavní služby, které deklaruje na svých internetových stránkách a v letácích. Stěžejní službou je poskytování lékařské a ošetrovatelské péče multidisciplinárním týmem. Další službou směrem ven je Poradna a půjčovna pomůcek pro domácí

péči. Neméně důležitou součástí je edukační centrum, které zajišťuje stáže, exkurze a vzdělávací programy jak pro vlastní zaměstnance, tak pro ostatní. Podpůrné služby, které zajišťují provoz organizace, jsou především prádelna, kuchyně, úklid a údržba. I jejich procesy vyplývají z jednotlivých náplní práce, které jsou stanoveny pro všechna pracovní místa. Náplně práce mají všichni k dispozici na svém pracovním úseku, na sesternách, v kancelářích, v kuchyni, prádelně. Náplň práce uklízeček je u vedoucího provozu.

Pro zdravotní úsek jsou vytvořeny standardní postupy jednotlivých ošetrovatelských výkonů, takže formálně je zajištěn jednotný postup při všech důležitých úkonech. Ošetrovatelských standardů je v současné době dvacet osm. Personální jsou tři. Jak vyplynulo z rozhovorů s jednotlivými zaměstnanci, ne všichni zdravotníci jsou však se standardy a organizačním řádem plně seznámeni, přestože je mají k dispozici. (Např. je v organizačním řádu řešen problém odvolání se proti rozhodnutí nadřízeného, o kterém 10 lidí z 25 neví)

Situace, ve kterých si pracovníci nevědí rady nebo si nejsou jisti správným postupem, se většinou týkají komunikace s pacientem nebo jeho příbuznými.

### 3.1.7. Kontrola postupů

Kontrola postupů nebyla v době diagnostiky formalizována, probíhala při vizitách a návštěvách vrchní sestry. Pokud byla zjištěna pochybení, řešila se podle závažnosti ústním napomenutím nebo napomenutím písemným. K písemnému napomenutí bylo za tři roky provozu přistoupeno pouze 2x. Je zarážející, že 1/3 zaměstnanců neví, podle čeho jejich nadřízený pozná, že dobře pracují.

### 3.1.8. Zodpovědnost

Z organizačního schématu i z organizačního řádu přesně vyplývá, kdo komu zodpovídá, kdo je komu nadřízený. Ve skutečnosti jsou v této oblasti i jiné - neformální - vztahy. Např. zdravotní sestry chápou jako

svého nadřízeného i lékaře, který je s nimi dle schématu na stejné úrovni. Uklízečky přijímají pokyny od vrchní sestry i sester na oddělení, podle aktuálních potřeb oddělení. Tyto vztahy však nejsou nikým z respondentů vnímány jako negativní.

### 3.1.9. Předávání informací

Hospic je poměrně malá organizace. Informace jsou předávány jak formálně, tak neformálně. Formálně především na provozních schůzích všech zaměstnanců, které probíhají většinou jedenkrát měsíčně, a na nástěnkách, kde jsou uveřejňovány kopie různých nových nebo aktualizovaných dokumentů, včetně zápisů ze schůzí a porad.

Ředitel se denně v pravidelném čase schází se službu majícím lékařem, vrchní sestrou a sociální pracovníci, ve středu se této schůzky účastní i rehabilitační sestra. Probírají se žádosti nových pacientů, stav těch stávajících a další záležitosti každodenního provozu.

#### - mezi lékaři

V řízení lékařské péče dochází k několika problematickým jevům. Tím, že vedoucí lékař je přítomen pouze 1 den v týdnu, s některými lékaři (externisty) se téměř nevidá. Lékaři se při střídání někdy ani nepotkávají, pouze si nechávají hlášení v sešitě na lékařském pokoji. To má za následek nižší kvalitu lékařské péče, jak to vyjádřila jedna z sester „*štvete mne, že lékař ve středu změní medikaci a jiný lékař v sobotu to opět vrátí zpět, jak to mám tomu pacientovi vysvětlit?*“ Zároveň chybí i kontrola práce jednotlivých lékařů. Vedoucí lékař se o jejich práci dozvídá pouze zprostředkovaně. I sami lékaři by uvítali lepší zpětnou vazbu a podporu na pracovišti ve sporných případech. Takto se věci řeší většinou telefonickou konzultací.

#### - mezi sestrami

Tok informací mezi ošetrovatelským personálem a lékaři je zajištěn prostřednictvím jednotné dokumentace, do které zaznamenávají jak

lékaři, tak sestry i sociální pracovnice. Zároveň jsou informace o pacientech předávány písemně i ústně dvakrát denně při hlášení a při týdenních schůzkách, kterých se účastní sestry i ošetřovatelé, kteří jsou právě ve směně, vrchní sestra, sociální pracovnice a lékař. Při těchto schůzkách se řeší sporné otázky ohledně pacientů i jejich rodinných příslušníků, dále je zde prostor pro připomínky k práci jednotlivých zaměstnanců. Další formální příležitostí pro výměnu informací jsou schůzky zdravotnického personálu, které navazují na pravidelné měsíční provozní schůze. Pouze jeden respondent v dotazníku uvedl, že spíše nemá dostatek informací o dění v hospici, ale třetina členů týmu nemá pocit, že by mohli ovlivnit dění v hospici, zdá se jim, že jim vedení málo naslouchá.

*- mezi sestrami a kuchyní*

Nejproblematictější je komunikace mezi zdravotnickým personálem a kuchyní. Komunikace probíhá jak neformálně ústně, tak formálně písemně - sestry vyplňují pro každého nového pacienta formulář - jakou má dietu, co má rád, co nemůže jíst apod. a k tomu se každý den posílá rozpis stravy pro oddělení. Přestože se vaří pouze pro 26 pacientů, stávají se chyby v dietách, ze strany kuchyně cítí ošetřující personál neochotu vyhovět individuálním přání pacientů. Jednou měsíčně se schází stravovací komise, kde se dle slov jedné ze sester *"stále dokola řeší a snad nikdy nevyřeší tytéž problémy"*.

### 3.1.10. Výběr pracovníků

Součástí organizačního řádu hospice je i výběr personálu. Ten probíhá pečlivě v několika fázích. Největší pozornost je věnována těm pracovníkům, kteří přímo pracují s nemocnými, tj. lékařům, sestřám, ošetrovatelům a neméně také recepčním. Ti jsou nejprve pozváni na minimálně třídní stáž, při které si mají vyzkoušet zda danou práci budou umět a moci vykonávat a zároveň stálí zaměstnanci poznají je. Pak následuje vyplnění psychologického dotazníku, který je vyhodnocen přijímací komisí, a ta následně vede s uchazečem o zaměstnání rozhovor. Po této proceduře komise společně rozhodne pro přijetí či nepřijetí uchazeče. Komise je pětičlenná; tvoří ji ředitel zařízení, dva členové Rady občanského sdružení, spolupracující psycholog a podle potřeby buď vedoucí lékař, vrchní sestra nebo vedoucí provozu.

Standardně jsou noví zaměstnanci přijímáni na půl roku s tříměsíční zkušební dobou. Zaškolování nových pracovníků není systematické, stává se, že nová sestra má pouze dvě služby se sestrou zkušenou, a pak je již zařazena do služeb samostatně. Vždy má sice oporu na druhém oddělení, ale pro většinu nově nastupujících sester byla tato situace velmi náročná. "*...celých dvanáct hodin jsem trnula, co se stane a já si nebudu vědět rady ...*" Během prvního půl roku práce se s novým pracovníkem dvakrát schází příslušná staniční sestra a vrchní sestra a společně hodnotí jeho práci. O tomto hodnocení se vedou písemné záznamy. Všichni mají k dispozici své náplně práce.

### 3.1.11. Vzdělávání, rozvoj a podpora pracovníků

Vedení hospice klade velký důraz na vzdělávání a podporu pracovníků. Nejvíce prostoru mají v této oblasti zdravotničtí pracovníci, od lékařů po ošetřovatele. Je pravda, že pro nižší zdravotnický personál je vzdělávacích akcí poměrně málo, vrchní sestra se však snaží vhodné vyhledávat a doporučovat. Vedení hospice se snaží také vycházet vstříc, pokud má zaměstnanec sám zájem o určitou vzdělávací akci. Pokud je jen trochu přínosná pro jeho práci, je mu zapláceno kurzovné a cestovní náklady. Personální standardy určují povinnost, aby se každý zdravotník účastnil alespoň jedné vzdělávací akce ročně. Horní limit není stanoven.

Je zvykem, že každý, kdo se vrátil z kurzu nebo semináře, o něm krátce referuje na schůzi ošetřovatelského personálu.

### 3.1.12. Odměňování, hodnocení

Finanční odměňování probíhá podle platných platových tabulek, přičemž v platném systému je možné zařadit pracovníka podle vykonávané práce až do tří různých tříd a zaměstnanci hospice jsou zařazováni co nejvýše. Fixní součástí platu je také hospicový příplatek za práci v náročných podmínkách, příplatek za směnnost a u sester, staničních sester a dalších vedoucích pracovníků příplatek za vedení. Podle tabulek se organizace řídí, i když by nemusela.

Pohyblivou složku platu tvoří pouze odměny, které se odvíjejí především od momentální finanční situace organizace a teprve potom podle skutečného výkonu pracovníka.

Na otázku, zda je jejich práce dobře odměňována, odpovědělo 18 pracovníků, že ano, pět že ne. Sedm respondentů na tuto otázku vůbec neodpovědělo. Z dalších rozhovorů vyplynulo, že finančně je většina lidí spíše spokojena, ale svou práci pokládají za natolik náročnou, že by ji ocenili ještě více. Na druhé straně zažívají ve velké míře jiná ocenění

*„pro mě je největší odměnou ta spokojenost pozůstalých, to že se vrací poděkovat“. „když pacient řekne, že si připadá jak v nebi, to je lepší než jakákoli prémie“.*

Na škále motivací se finanční ohodnocení umístilo až na čtvrtém místě, hůř už dopadlo pouze soupeření s kolegy. Největší motivací je pocit dobře vykonané práce a hned za ním spokojenost a poděkování pacienta, na třetím místě se pak umístilo ocenění od nadřízeného.

Ocenění od nadřízeného většina pracovníků postrádá. V době diagnostiky nebyl vytvořen žádný systém hodnocení práce a nadřízení prý *„s chválou velmi šetří“*.

### 3.1.13. Poznatky z focus group

Po zpracování výsledků z dotazníku jsem cítila potřebu některé odpovědi upřesnit, specifikovat, rozšířit, a to především proto, aby získané informace byly úplné a mohla jsem z diagnostiky vyvodit správné závěry. Proto jsem uspořádala ještě jednu schůzku, která se tentokrát týkala pouze nelékařských zdravotnických pracovníků, účastnilo se jich 14, tj. více jak polovina. Připravila jsem si na flip chart odpovědi na jednotlivé otázky a k některým připojila své dotazy: Např. k otázce č. 3 *„Cítíte při své práci v některých situacích nejistotu?“* Kde jsou hlavní zdroje nejistoty? Jakou pomoc by zdravotníci potřebovali? Dále jsme se formou focus group zabývali tématy posledních dvou otázek. (Čeho si podle Vás hospic nejvíce cení? A Jaké 3 věci byste v hospici změnili, kdybyste měli kouzelný prsten.)

Všichni dotázaní měli možnost vyjádřit se k vlastním problémům. Rozhovory se točily kolem tří velkých témat, která spolu úzce souvisí, a to potřeby většího ocenění práce, zlepšení kvality práce a potřeby více financí. K těmto tématům se i v dotaznicích vyjadřovali téměř výlučně zdravotničtí pracovníci.

#### Potřeba většího ocenění

Pouze jeden z dotazovaných požadoval vyšší finanční ohodnocení,

ostatní si říkali o jinou formu odměny:

*„měla by se zlepšit péče o zaměstnance, třeba masáže a rehabilitace“*

*„mohli bychom třeba dostávat plavenky do bazénu“*

*„je fajn, že se staráte o duši, ale my potřebujeme taky udržovat tělo“*

*„chtěla bych víc placených výcviků pro personál“*

Dva respondenti volali po větší pozornosti vedoucích pracovníků pro jejich práci *„měla by se zlepšit komunikace mezi námi a vedením“*

*„abyste věděli jak kdo pracuje a podle toho nás odměňovali, vrchní je málo s námi“.*

### Zlepšení kvality práce

Poměrně často bylo poukazováno na nekvalitní práci některých zaměstnanců.

Vedle nejčastějších připomínek ke kvalitě úklidu jsou další nedostatky spatřovány v práci kuchyně. Zde je vytýkána především neochota udělat něco navíc, vyjít vstříc přáním pacienta. Na druhé straně někteří členové ošetrovatelského týmu konstatovali, že *„při srovnání s nemocnicí se tady vaří hodně nadstandardně, ale prostě všichni na to nemaj chuť“*.

Celkem třikrát se ozvaly hlasy po zkvalitnění práce sociální pracovnice. Při hlubším rozhovoru se však ukázalo, že zdravotníci neměli jasnou představu o její náplni práce, především o množství práce v kanceláři, a očekávali její větší přítomnost na odděleních.

Zdravotníci jsou však kritičtí i k sobě.

*„Někteří členové týmu neodvádějí dobrou práci, měli by odejít“*

*„Přála bych si, aby všichni odváděli plnohodnotnou práci“*

Když jsem zjišťovala, co je míněno dobrou, plnohodnotnou prací, shodla se většina na tom, že je to ochota dělat něco navíc, práce spojená s kreativitou, při které pacient cítí, že je v hospici vítaným hostem a ne přítěží.



## Přání spojená s financováním hospice

Většina respondentů by v hospici změnila především to, aby měl hospic jako zařízení více peněz ( z 28 jich finance zmínilo 14). Přičemž čtyři z nich by více financí použili pro odměny personálu, ostatní volají především po tom, aby bylo více personálu i vybavení.

*„Více ošetřovatelů, nejlepší by bylo na každého pacienta, aby byl ve směně jeden ošetřovatel“*

*„Měl by tu být psycholog (alespoň na 1/2 úvazku)“*

*„Větší úvazek rehabilitace, ten 0,2 je opravdu málo. Aspoň půl úvazku by bylo potřeba“*

Přání, aby bylo více ošetřovatelů ve směně, se objevilo celkem třikrát. Zajímavá byla zmínka o tom, že by si především ošetřovatelky - maminky dětí školou povinných - přály, aby mohly mít zkrácený úvazek a příliš to nepocítil jejich rodinný rozpočet..

Další přání týkající se nových pomůcek směřovala k doplnění zvedáků (v té době byl v celém hospici pouze jeden), větších postelí pro pacienty, nových koncentrátorů kyslíku. Spíše však šlo o jednotlivé pomůcky, než o vyjádření velkého deficitu pomůcek.

### 3.1.14. Shrnutí poznatků

V oblasti **organizační struktury** byla řada velmi pozitivních prvků - byly vypracovány všechny stěžejní dokumenty - organizační řád i schéma, náplně práce, standardy, jednotná ošetřovatelská a lékařská dokumentace. Chyběla však kontrolní složka, zda jsou povinnosti z těchto dokumentů vyplývající skutečně plněny. Personál postrádal zpětnou vazbu na svou práci. Většina členů týmu se cítila málo slovně hodnocená, nevěděla zda pracuje dobře.

**Předávání informací** probíhalo jak formálně, tak neformálně a většina zaměstnanců byla informována o důležitých věcech včas a

dostatečně. Velkým problémem bylo předávání informací mezi lékaři. Ti se ve službách většinou mijeli a nepředávali si v dostatečné míře informace především o změně ordinací. Tím byli v konečném důsledku nejvíce poškozeni pacienti. Nespokojenost zdravotníků s komunikací s kuchyní nesouvisela ani tak se špatnými komunikačními toky, jako spíše s tím, že pracovníci kuchyně se příliš necítili být součástí péče o pacienty. Dělalí svou práci podle norem a pravidel. Nepřipouštěli, že by se od nich očekávalo víc.

**Lidé** v organizaci byli pečlivě vybírání, neměli však dostatečnou podporu v prvních měsících po nástupu do organizace. Především nově nastupující sestry se cítily velmi nejisté a očekávaly intenzivnější pomoc v zaškolení.

Organizace neměla vypracován **system hodnocení práce** jednotlivců. Ti se cítili málo chváleni, měli pocit, že vedení neví, jak kdo pracuje. Většina členů týmu se cítila být slušně finančně ohodnocena, přivítali by však i jiné formy odměn. Největší odměnou pro většinu pracovníků by bylo posílení ošetřovatelů, především při denních směnách.

### 3.1.15. Doporučení

Na základě shora uvedeného shrnutí poznatků bylo doporučeno: organizace by měla **zavést system hodnocení práce** zaměstnanců tak, aby každý zaměstnanec dostával pravidelnou zprávu od svého přímého nadřízeného o kvalitě své práce. To by zároveň vedlo ke zkvalitnění práce jednotlivých pracovníků a posílilo dobré pracovní postupy. Nově nastupujícím pracovníkům, především sestrám, které mají odpovědnost za oddělení, by mělo vedení organizace věnovat větší prostor pro zacvičení a poskytovat intenzivní zpětnou vazbu.

Vzhledem k tomu, že zdravotničtí pracovníci největší nejistotu pociťovali v oblasti komunikace s klienty a jejich rodinnými příslušníky, bylo by dobré posílit roli týmové supervize a v jejím rámci řešit tato témata.

Mezi diagnostikou organizace a začátkem zavádění manažerské supervize byla devítiměsíční pauza, která byla způsobena mou mateřskou dovolenou. Kolegyně, která mne zastupovala a byla do problematiky formalizovaného hodnocení pracovníků částečně vtažena, se pokusila o hodnotící rozhovory s každým pracovníkem, ale bez zápisů, nepravidelně a bez efektu. Od září 2003 měli zdravotníci týmovou supervizi, u jejíhož kontraktování jsem nebyla. Budu se proto věnovat projektu od května 2004.

### 3.2. ZAVÁDĚNÍ SYSTÉMU MANAŽERSKÉ SUPERVIZE DO PRAXE

K zavádění manažerské supervize docházelo v naší organizaci postupně. V květnu 2004 při návratu na pozici vrchní sestry jsem si kladla za prvořadý úkol věnovat se zdravotnickému personálu a také jsem začala s pravidelnými hodnotícími pohovory. Neměla jsem však jasnou představu, jak budou tyto rozhovory probíhat, nevedla se žádná dokumentace. Postupně jsem se díky literatuře a především pak díky přednášce Prof. Payna na UK FHS seznámila se strukturovaným přístupem, který jsem se potom snažila aplikovat.

V kapitole 2.3. jsem popsala ideální podobu manažerské supervize, tak jak je praktikována ve Velké Británii. Tato forma má jistě mnoho prvků, které jsou přenositelné do podmínek našeho zařízení. Při jejím zavádění do praxe jsem si nejprve zpracovala SWOT analýzu tohoto záměru.

#### 3.2.1. Výsledek Swot analýzy zavedení manažerské supervize v hospici

##### Silné stránky

- Zdravotnický personál chce mít zpětnou vazbu na svou práci.
- Zároveň má zájem na zvyšování kvality vlastní práce.
- Ředitel zařízení je této změně nakloněn.
- V zařízení je kladen důraz na kontinuální vzdělávání a zvyšování profesionální úrovně.
- Díky svému studiu mám teoretické základy supervizního přístupu.

##### Slabé stránky

- Organizační struktura hospice neodpovídá ideální struktuře pro manažerskou supervizi – vrchní sestra přímo řídí pouze jednu staniční sestru, ta pak 12 zdravotních sester a 14 ošetřovatelů.
- Staniční sestra je výborná odbornice, nemá však zatím dostatečnou komunikační schopnost pro vedení manažerské supervize.
- Personál pro nižší manažerské pozice není dostatečně vzdělán.

- Zdravotní sestry nemají zájem o funkce v nižším managementu.

### Příležitosti

- Změna povede ke zvýšení pracovní motivace zdravotníků.
- Dojde ke stabilizaci týmu.
- Bude-li poskytovaná manažerská supervize úspěšná i na menším vzorku pracovníků, pravděpodobně povede k rozvinutí této praxe v rámci celé organizace.
- Rozvoj komunikačních dovedností u jednotlivých pracovníků.

### Ohrožení

- Málo časového prostoru jednoho manažera by mohlo vést k neobjektivnímu hodnocení.
- Nejasná kritéria hodnocení by mohla vést k pocitu ohrožení pracovníků.
- Nejasné výstupy by mohly vést ke ztrátě zájmu zaměstnanců o tento systém vedení.

Na základě této analýzy jsem se rozhodla postupovat při zavádění manažerské supervize v následujících krocích:

1. Jasně stanovit kompetence zdravotnických pracovníků v hospici.
2. Seznámit s nimi všechny zdravotníky.
3. Zároveň všechny seznámit s principy manažerské supervize.
4. Začít s touto formou supervize nejprve pouze u zdravotních sester.
5. Vytipovat sestry, které by chtěly a uměly touto formou vést ošetřovatele.

### 3.3. KOMPETENCE PRO PRÁCI SESTRY (A OŠETŘOVATELE) V HOSPICI

K vypracování této soustavy kompetencí jsme přistoupila na základě doporučení vzešlých z diagnostiky organizace, která ukázala, že jedna třetina zaměstnanců vlastně neví, podle čeho jejich nadřízení poznají, že dobře pracují. Potřebovala jsem jasně určit, co vlastně je „dobrá práce“ a co tedy budu u zaměstnanců hodnotit.

#### 3.3.1. Zdroje

Jak jsem uvedla v kapitole 2.2.3.1., „naše“ soustava kompetencí je silně inspirována kompetencemi pro práci sociálních pracovníků. Myslím si však, že je to zcela legitimní vzhledem k tomu, že zdravotníci, stejně jako sociální pracovníci, poskytují službu člověku, který je nějakým způsobem hendikepován, znevýhodněn, jak již svým zdravotním omezením, nemocí, nebo špatnou sociální situací. Při srovnání s kompetencemi sester, jak jsou uvedeny v dokumentu Evropské unie, zjistíme, že řada kompetencí je téměř shodných nebo že se vhodně doplňují.

Přestože byly následující kompetence sestavovány přímo pro práci v hospici, tzn. pro péči o umírající pacienty a jejich rodiny, domnívám se, že jsou velmi dobře použitelné i pro ostatní zdravotnická zařízení, především s ošetřovatelskými lůžky.

#### 3.3.2. Soustava kompetencí

##### I.kompetence – Rozvíjet účinnou komunikaci

Tato kompetence je zásadní a klíčová. Pro vytvoření „optimálního léčebného prostředí“ (Škrlovi 2000: 120) je potřeba vytvořit nemocnému takové podmínky, aby se necítil osamocen. Toho je možné dosáhnout v první řadě vhodnou komunikací. Kritérii této kompetence jsou tedy

### ***umět navázat kontakt***

Jedná se nejen o zvládnutí základních komunikačních dovedností – aktivního naslouchání, povzbuzování, ale také o zcela specifické dovednosti komunikace s klientem zmateným, ať již v důsledku mozkového postižení (nejčastěji primární či sekundární tumor CNS), či v souvislosti s postižením demencí. Další specifickou dovedností týkající se tohoto kritéria je navázání kontaktu s klientem, který není schopen komunikovat verbálně v důsledku své slabosti.

### ***umět vytvořit atmosféru důvěry***

Klienti často přicházejí do hospice s celou řadou negativních zkušeností z předchozích hospitalizací. Prvořadým úkolem ošetrovatelského personálu je tedy vytvořit pro ně takovou atmosféru, ve které by se dokázali uvolnit, získali důvěru ke zdravotníkům a posílili svou sebedůvěru a lidskou důstojnost. Je důležité, aby pacienti cítili, že jsou pro personál důležití, že mohou spolurozhodovat o záležitostech, které se jich týkají. (Škrlovi 2000: 123)

**Příklad:** I plně imobilní pacient, dokonce i ten, který není schopen verbální komunikace, si může vybrat, zda chce obléknout pyžamo s proužky či noční košili s kostičkami – pro personál je poskytnutí této možnosti volby otázkou 30 vteřin. Pacient je pak ale celou noc v oblečení, které si sám vybral, a ve kterém se cítí dobře.

### ***umět zvládnout komunikaci s klientem postiženým afázií***

Tato kompetence je v prostředí hospice velmi důležitá, protože afatitická porucha je jednou z velmi častých komplikací tumorů CNS (Klener 2002: 353) a pacientů s mozkovými tumory je v našem hospici kolem deseti procent. (Výroční zpráva 2004: 9). Základní dovedností je tedy umožnění jiné, než verbální komunikace (očima, pohybem hlavy, stiskem ruky) a využívání piktogramů.

### ***zvládnout komunikaci s rodinnými příslušníky***

Zdravotník v hospici má mít na zřeteli nejen nemocného, ale i jeho blízké, kteří ho v těžké nemoci doprovázejí. Musí si být vědom obtížnosti situace, ve které se nacházejí ti, kteří stojí před rozloučením se svým nejbližším, musí umět poskytnout rodině citlivým způsobem správné a

pravdivé informace o průběhu umírání a o tom, čím nemocný prochází, musí umět předcházet a zvládat konfliktní situace. V neposlední řadě musí umět zvládnout projevy zármutku a umožnit pozůstalému, aby prošel procesem truchlení, tj. dle Wordena: „aby se nebál ventilovat své pocity, pomoci mu překonat různé překážky při procesu adaptace na nový život bez milované osoby a dodávat pozůstalým odvalu při emocionálním odpoutávání se od zemřelého a pomoci jim přesunout uvolněné emoce do jiných vztahů“. (Kubíčková 2001: 198)

## II.kompetence – Orientovat se a plánovat postup

### ***umět zhodnotit fyzický i psychický stav nemocného***

V rámci této kompetence jde především o správný sběr údajů o pacientovi a jejich utřídění. Jedná se především o tyto:

Osobní ošetřovatelská anamnéza, rodinná anamnéza, sociální vazby a vzájemné vztahy v rodině, informovanost o diagnóze i prognóze, duchovní zakotvení klienta, míra přijetí vlastní nemoci eventuelně blížící se smrti

### ***stanovit dobrý ošetřovatelský plán***

Sestra musí umět správně zjistit potřeby klienta ve všech oblastech jeho osobnosti. Dokáže zvážit spolu s nemocným a jeho rodinou možné ošetřovatelské intervence a na jejich základě poskytnout správnou ošetřovatelskou péči, tj. péči nejen technicky správnou, ale také přiměřenou stavu nemocného, tak aby byly maximálně využity schopnosti pacienta a ten byl tak přiměřeně aktivizován. Protože řadu pacientů doprovází v hospici rodinný příslušník, musí setra umět zapojit do péče také jeho, podle jeho možností a schopností.

Sestra si také musí uvědomovat možná rizika vyplývající z onemocnění i poskytované péče (možnost krvácení, dušnosti ..., vedlejší účinky léků, atd.) a připravit sebe i pacienta a jeho blízkého na jejich zvládnutí.



**průběžně hodnotit kroky vedoucí ke splnění ošetrovatelského plánu**

V rámci tohoto kritéria by měla sestra zvládnout především monitorovat adekvátnost léčby a péče ( bolest, dušnost, kvalita spánku, příjem a výdej tekutin, sucho v ústech, stav kůže, spokojenost pacienta, využití volného času...), pokud shledá nedostatky nebo se vyskytnou nové obtíže, pak musí správně zareagovat a stanovit nové účinnější strategie péče. Nedílnou součástí tohoto kritéria je umění vše správně zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace a předat potřebné informace v rámci multidisciplinárního týmu.

**III. kompetence – Podporovat a pomáhat v snášení nelehké situace**

- **umět brát vážně všechny pacientovy obavy**

Zdravotník ví, že musí brát vážně všechny pacientovy obavy a stesky, a správně na ně reagovat. (Svatošová 2003) A to i v případě, že se mu zdají neopodstatněné nebo se zdá, že se pacient vyjadřuje zmateně. (Callananová, Kellerová 2005) Protože se domnívám, že tato třetí kompetence je klíčová pro doprovázení pacienta v terminálním stavu a že jejímu zvládnutí je třeba při práci s hospicovým personálem věnovat zvýšenou pozornost, uvádím u jednotlivých kritérií této kompetence i příklady jejich zvládnutí:

**Příklad** Příjem nové pacientky, která hned po uložení na lůžko hlásí sestře, že ví, že se s ní nedá už nic dělat a doufá, že „to“ nebude trvat dlouho. Rozhovor se dále odehrává asi takto:

Sestra: *Paní K, proč myslíte, že se nedá nic dělat?*

Paní K: *No, vždyť to vidíte, jsem čím dá, tím nemožnější, ta rána krvácí a doktor mi řekl, že už se s tím nedá nic dělat. Tak to vím, že je to konec.*

Sestra: *Paní K, ta rána opravdu nevypadá moc dobře, ale vždycky se toho dá ještě spoustu udělat, i když vyléčit se nám to pravděpodobně nepodaří..*

Paní K: *S tím já ani nepočítám, jen kdyby to tak neteklo.*

Sestra: *Tak to, si myslím, můžeme zařídit. A bolí vás to?*

Paní K: *To víte, že bolí, někdy v noci mě to i vzbudí a nemůžu pak usnout.*

Sestra: *No tak to je další věc, se kterou můžeme něco dělat. Vidíte to, vždycky se toho dá spoustu ještě udělat.*

Paní K: *Ale sestřičko, já vím, že můj konec se blíží, já to cítím.*

Sestra: *Vy to cítíte? Ubývají vám síly nebo jak to cítíte?*

Paní K: *No to taky a pak ten strach*

Sestra: *Strach? Čeho se bojíte, paní K?*

Paní K: *Jak budu nemožná a bolestí a taky, že....*

Sestra: *Že co?*

Paní K: *Že třeba vykrvácím, že nikdo nepřijde.*

Sestra: *Já vám nemůžu slíbit, že se uzdravíte, ale můžu vám slíbit, že všechno, co vás bude trápit, budeme brát vážně - bolesti, únavu i to krvácení. Uděláme všechno, co bude v našich silách, abychom Vám pomohli.*

Paní K: *Tam, co jsem teď ležela, často lidem vypínali zvonky, aby v noci nezvonili...*

Sestra: *Já vím, že se to někde děje, ale tady u nás vždycky někdo přijde, na každý zvonek. Vyzkoušíme to?*

Sestra zvoní na zvonek, za chvíli přibíhá kolegyně s otázkou „Co se děje?“ „Zkouška, jestli nám fungují zvonečky!“

Tato situace přináší odlehčení předchozí těžké atmosféry. Paní K. se usmívá je klidná. Později jí ošetřovatelka nabídne projížďku po zařízení a přitom rozebírají domácí řád. Večer je pacientka klidná, v novém prostředí se cítí příjemně a mile.

#### - **umět stanovit realistické cíle**

Pro uchování pacientovy naděje je nutné pomocí rozhovoru, který splňuje všechna kritéria kompetence I (Rozvíjet účinnou komunikaci), pomoci nemocnému pochopit jeho současnou situaci a zároveň najít hodnoty, úkoly nebo události, ke kterým může směřovat svoji naději.

#### **Příklad:**

Do hospice přichází paní K. 59 let, s pokročilým exulcerujícím karcinomem prsu a metastázami v kostech. O své diagnóze i prognóze je informována, chce už jen umřít, má výčitky, že je na obtíž své dceři, která je rozhodnutá s maminkou trávit dny v hospici. Zahraniční zaměstnavatel dcery má pro toto pochopení a poskytuje dceři volno. V rozhovorech s pacientkou přicházíme na to, že její dcera tím, že se stará, dokazuje, že má správný žebříček hodnot, že si jí zaměstnavatel bude o to víc vážit.

Paní K. postupně přijímá čas, který je jí ještě dán, jako možnost s dcerou si víc povídat, dokud to jde vyjíždějí na vozíku ven, přemluvíme ji i k návštěvě galerie. Syn paní K. chystá za 4 měsíce svatbu, a i když zpočátku tvrdila, že se jí určitě nedožije a ani se o ní nechtěla moc bavit, postupně je vtahována do příprav a na svatbu se těší. Nutno podotknout, že za tímto obratem stálo také to, že paní K. byla zbavena bolestí a celý ošetřovatelský tým ji podporoval k naději a aktivnímu životu.

- ***umět poskytnout emoční podporu***

V situacích, kdy zdánlivě nelze nic dělat, jsou zdravotníci často jediní, kdo jsou ochotni s terminálně nemocným pacientem komunikovat o jeho nemoci pravdivě, bez planého utěšování. Zde je nutno dovolit nemocnému i jeho rodině vyjádřit emoce, odreagování, podpořit ve vzájemné pravdivosti, poskytnout kapesník a často i náruč pro pláč, pomoci řešit konkrétní problémy ve vztazích, materiálních věcech. (Svatošová 2003: 29) Po úmrtí nemocného poskytnout rodině čas na vyrovnání se s odchodem, vyslechnout poradit v praktických věcech kolem pohřbu atd. ...

**Příklad:**

Pan Z. (cca 75 let) jezdil za manželkou z Prahy každý druhý den. Byli bezdětní, doma chovali pouze kočky. Když paní zemřela, pan Z. byl zrovna na cestě k nám. Velmi si vyčítal, že přijel pozdě. Sestra mu věnovala dostatek času. Oceňovala to, že ve svém věku vážil tak často, tak dlouhou cestu.

Dlouho jsme si povídali o tom, jak manželčina nemoc postupovala, kde všude se léčila. Pan Z. chtěl být u oblékání zemřelé, chtěl nám pomoci. Uvědomovali jsme si, že je to pro něj velmi důležité. Zůstal s manželkou nějakou dobu sám a pak jsme znovu při čaji na sesterně povídali o tom, jak to bylo s ní a jak to teď bude dál. Poskytli jsme mu všechny potřebné informace ohledně pohřbu atd.

I dále jsme byli s panem Z. v kontaktu, psali jsme mu, pravidelně každý měsíc ve výroční den manželčina úmrtí přijížděl do hospice, popovídal si s námi o ní i o své aktuální situaci. To trvalo 7 měsíců. Pak se ještě 2x objevil v hospici a nyní si píšeme už jen mimořádně. Naše intervence mu pomohla v období truchlení, kdy měl někoho, s kým se mohl o svůj smutek podělit.

### **- umět pomáhat najít vlastní emoční zdroje nemocného**

Zvládnutí tohoto kritéria je skutečným mistrovstvím v práci hospicového personálu. Pokud jsem ale na začátku uvedla, že kompetence nejsou statické a je třeba stále na sobě pracovat a jejich repertoár rozšiřovat, pak je zřejmé, že si sestry musí stanovit takové cíle, k jejichž dosažení je třeba hluboké sebepoznání a také výcvik.

#### **IV. kompetence- Zasahovat a poskytovat služby**

V rámci této kompetence by si měla sestra osvojit praktické dovednosti své práce se zřetelem na kontext paliativní péče. Důraz klademe na znalost standardů a samozřejmě na jejich dodržování. Zdravotní sestry musí znát základní postupy při léčbě bolesti, umět ji správně monitorovat a takto získané poznatky předat lékaři. Musí znát také nežádoucí a vedlejší účiny nejčastěji podávaných léčiv, v rámci svých služebních kompetencí musí umět správně podat léky označené lékařem v preskripci "dle potřeby". Sestry musí také aktivně čelit chování, které by mohlo být rizikem pro nemocného nebo jeho okolí.

**Příklad:** Pacientka s mnohočetnými metastázami ve skeletu opakovaně žádá o rehabilitaci chůze, která ale není lékařem doporučena, ani s použitím zpevňujícího korzetu. Sestra musí umět projevit pochopení s pacientčím přáním, a přesto profesionálně vysvětlit, proč toto není možné splnit. Pomůže pacientce najít jiné řešení situace. Např. rehabilitaci v lůžku, posilování dolních končetin v sedě apod.

Celým svým postojem musí všichni zdravotničtí pracovníci vytvářet příznivé okolnosti pro přijetí služby. Pacienti nesmí mít dojem, že svou prosbou o službu personál obtěžují. Naopak zdravotníci musí sami aktivně vyhledávat jejich potřeby a nabízet jim vhodné formy jejich saturace. To se týká také aktivního využití volného času, účasti na kulturních akcích, bohoslužbách nebo využívání doprovodných služeb – pedikúra, kadeřník, kavárna...

## V. kompetence – Přispívat k práci organizace

V rámci této kompetence musí pracovník prokázat, že porozuměl struktuře organizace, jejím cílům a že reflektuje pravidla, která organizace stanovila. Pracovník zároveň poskytuje péči v souladu s filozofií hospice – tzn. s důrazem na kvalitu pacientova života, na podporu aktivního žití až do přirozeného konce, na respektování individuálních přání a potřeb nemocných i jejich blízkých.

Důležitým kritériem této kompetence je schopnost účinně komunikovat s kolegy a podporovat práci v týmu. Respektovat odlišnosti spolupracovníků a v případě neshod ochota je konstruktivně řešit přímo s jejich aktéry. Pracovník dokáže charakterizovat své místo v týmu a reflektovat vlastní přínos pro hospic. Podílí se na růstu kvality hospicové péče, přináší konstruktivní kritiky. Pracovník využívá zkušeností ze seminářů a vzdělávacích akcí a umí je účinně přenášet do práce celého týmu.

Na tvorbě těchto kompetencí jsem pracovala spolu se staniční sestrou, následně byli s těmito kompetencemi seznámeni všichni zdravotníci na společné provozní schůzi. Během dvou let, po která tuto soustavu kompetencí využíváme, byly některé kompetence doplněny, přehodnoceny a dnes je můžeme spolehlivě využít jak při hodnotících pohovorech se zkušenými zaměstnanci, tak i při zacvičování zaměstnanců nových.

### 3.4. *MANAŽERSKÁ SUPERVIZE ZDRAVOTNÍCH SESTER*

Jak jsem již uvedla výše v zařízení pracuje 12 zdravotních sester, z toho osm na celý úvazek, tři v důchodovém věku na dohodu o pracovní činnosti a jedna studentka na poloviční úvazek. Rozhodla jsem se tedy pro setkávání se sestrami na celý úvazek v pravidelných intervalech 1x za dva měsíce a jednou za čtvrtletí pro setkávání se zbylými čtyřmi. V praxi to znamená 5 těchto setkání během kalendářního měsíce.

Vypracovala jsem hodnoticí formulář, který uvádím v příloze č.XX a na schůzce sester je seznámila s tímto projektem. Reakce byly rozporuplné, ale většina byla pro spolupráci.

K pravidelným supervizím sezením začalo docházet v prosinci 2004. Každá sestra absolvovala přibližně 8 sezení manažerské supervize, celkem se však jednalo asi jen o 47 schůzek.

#### 3.4.1. Průběh setkání

Sezení manažerské supervize probíhají ve společenské místnosti hospice. Přestože se velmi dobře známe, bylo první setkání z obou stran spojeno s určitým ostychem a rozpaky. Ty se rozplynuly ve chvíli, kdy jsem začaly probírat jednotlivá témata. Setkání vždy začínáme připomenutím závěrů z minulé supervize, sestra sama zhodnotí, jak se jí podařilo dosáhnout vytyčených cílů. Pokud se to nepodařilo hodnotíme jednotlivé kroky a snažíme se odhalit příčinu nezdaru. Během tohoto kroku se snažím sestru co nejvíce povzbuzovat a chválit za kroky, které učinila. Následuje otevření tématu, které si sama na sezení přinesla. Pokud sestra nepřináší nic konkrétního, probíráme jednotlivé pacienty na jejím oddělení. Snažím se ji dovést k reflektování jejich vzájemného vztahu, vlastního přístupu k pacientovi, k uvědomění si pacientova nejen zdravotního, ale také emočního, duševního a duchovního stavu. Stává se, že během této reflexe vyvstanou některá předtím neuvědomovaná témata. Třetím krokem je moje hodnocení práce sestry, které vyplývá z mého vlastního pozorování, eventuálně z dotazníků spokojenosti pacientů. Na závěr zhodnotíme setkání a stanovíme priority pro další období.

#### 3.4.2. Závěry setkání

Bez jasně formulovaných závěrů by tato setkávání nesplňovala účel jaký mají. Často vzniká závěrem dohoda o přečtení nějaké literatury, nebo absolvování nějakého kursu či školení. Několikrát jsme se naopak dohodli o tom, že si sestra připraví na dané téma přednášku pro naše hospicové vzdělávání. Výsledkem také může být dohoda, že se sestra

bude věnovat práci na svém vztahu, nebo na své komunikaci s některým pacientem, nebo kolegou. Přiznám se však, že se často rozcházíme pouze s pocitem kvalitně prožitého času, jehož závěry se nám nepodaří formulovat do nějakých konkrétních úkolů. Tento případ nastává většinou u starších sester.

Pro mne osobně jsou supervizní setkávání také velikou školou, učím se od svých sester, čerpám z jejich pohledů na pacienty i jejich příběhy, a jejich postřehy mne často inspirují k novým nápadům na zlepšení péče nebo vzdělávání personálu.

### 3.5. TÝMOVÁ SUPERVIZE

Týmová supervize probíhá na pracovišti od září 2003. Za tu dobu se ve vedení supervize vystřídali dva supervizoři. První od začátku do prosince 2004, druhý od září 2005 dosud. Celkem se jednalo asi o 13 sezení v prvním běhu a o sedm v druhém.

Supervize se vyvíjí a tým, kterému je poskytována, také. V následujících kapitolách popíši body, které považuji za důležité, a jejich vývoj v rámci našeho zařízení.

#### 3.5.1. Pravidelnost

Od začátku bylo stanoveno, že supervize probíhá v pravidelných měsíčních intervalech a že je povinná. Supervizi mají zaměstnanci započtenou do měsíčního fondu pracovních hodin. Neúčast na supervizích však nebyla nijak postihována, a tak se našli zdravotníci, kteří za prvních 9 měsíců neabsolvovali ani jedno sezení. Tento problém jsme řešili na společné provozní schůzi a dospěli jsme k tomu, že je povinná 70% účast na supervizích během školního roku. Neúčast vyšší než 30% měla být nadále posuzována jako absence v práci podle Zákoníku práce.

### 3.5.2. Účastníci

Supervize probíhá pro tým každého oddělení. V prvních měsících se jí účastnily pouze zdravotní sestry a ošetrovatelky, poté si vyžádaly přítomnost také vrchní sestry a sociální pracovnice a po nástupu psychologa se účastní také on. Při únorové supervizi jednoho týmu zazněla prosba, aby se týmová supervize týkala opět pouze sester a ošetrovatelů. I když je to pro nás z organizačního hlediska nevýhodné, nakonec jsme dospěli k závěru, že vždy na začátku supervizního sezení tým určí, zda tam chce být v užším či širším složení.

### 3.5.3. Motivace účastníků

Před začátkem práce s druhým supervizorem jsem podcenila přípravu týmů na supervizi. V té době se složení jednoho týmu trochu změnilo a byli tam čtyři noví zaměstnanci, kteří se supervizi neměli žádnou zkušenost. To se projevilo v jejich počáteční nedůvěře, chápali supervizi jako nástroj řízení a ne jako podporu pro jejich práci a supervizorka, která počítala s tím, že má před sebou tým, který supervizi umí využívat, je nijak neinstruovala, „jak na to“. Proto jsme dodatečně uspořádali seminář: „Jak využít supervizi“.

### 3.5.4. Seminář jak využít supervizi

Chtěla jsem, aby seminář byl uvolněný, vtipný a navodil příjemnou atmosféru, která by se pak mohla (jak jsem doufala) přenést do supervize samé. Na začátek jsem zařadila hru, při které se zaměstnanci navzájem „anamnesticky“ poznávali. Pak jsme trochu zvažněli pro první cvičení:

V pěti minutách ticha si měl každý v klidu promítnout uplynulý měsíc na pracovišti a zaznamenat na papír, co z objevujících se obrazů se vrací, co se jeví jako důležité, co bylo pěkné, co naopak těžké. Který ze zážitků bych raději už znovu neprožil a proč? Co mne k tomu napadá? Vzbuzuje ve mně něco z toho úzkost? Mám nějaké zásadní pochybnosti o svých (našich) postupech?



Pak jsem je vyzvala, aby vybrali jeden nebo více zážitků, o kterých by chtěli hovořit, který by považovali za účelné a dobré otevřít ve skupině. Přitom věděli, že dnes se jim všem věnovat nebudeme. Okamžitě jsme měli téměř od každého nějaké supervizní téma.

Jako další cvičení jsme se zamýšleli nad ohroženími, která ze supervize cítíme. Poprosila jsem účastníky, aby se vrátili k ostatním bodům seznamu a přemýšleli o tom, proč ostatní témata otevřít nechtějí a co by se mohlo stát, kdyby je otevřeli. To jsme potom společně rozebírali. Bylo velmi zajímavé, že mnozí shodně reflektovali obavu z reakce týmu na vlastní nedostatečnost a vzápětí ujišťovali ostatní, že ti druzí by klidně tato témata přinášet mohli.

Tento seminář byl velmi užitečný. Vyústil však také v dohodu o změně supervizora, protože obecná shoda byla v tom, že „s tím současným nám to, co jsem si dnes zažili, supervize přinášet nebude“. Tuto obecnou shodu považuji za velmi přínosnou, protože jedním z důležitých kroků při využívání supervize je umět si říct o správnou supervizi a také o supervizora, který týmu bude vyhovovat.

### 3.6. NEJČASTĚJŠÍ TÉMATA

#### 3.6.1. Témata sezení manažerské supervize

Úplně nejčastějším tématem je **nejistota v komunikaci** s pacienty nebo jejich rodinnými příslušníky. Protože jsem se přesvědčila, že většinou je problémovým stejný pacient pro více sester, snažím se jim nabízet, aby tento případ přinesly do týmové supervize. To se osvědčilo jako velmi dobré.

**Osobní konflikty, neshody** nebo jen **špatné pocity z jednání** s jednotlivými klienty se objevují většinou jako témata vzešlá z reflexe. Snažíme se společně odkrýt příčiny těchto konfliktů, pomáhám sestřám podívat se na problém z jiného úhlu, vysvětluji příčiny změněného chování pacientů a pomocí metody hraní rolí se připravujeme na opětovné zvládnutí podobné situace.

**Obava z toho, co nastane.** Týká se nejčastěji obavy ze zhoršení stavu někoho, kdo je dlouho stabilizovaný a se zhoršením přestal počítat. Nebo z úmrtí pacienta, jež má v hospici ubytovanou doprovázející osobu, která je pracovníkovi blízká.

Otázky **komunikace mezi personálem** se objevují méně často, o to se mi jeví závažnější. Až na jeden případ se zatím vždy jednalo o vysvětlování nedorozumění. Protože jsem na pracovišti každý den, mám kontinuální informace, a proto mnohdy pomůže jen vysvětlit, jak se věc odehrála.

**Příklad:** Zdravotní sestra Jana si byla velmi blízká s manželkou jednoho z našich pacientů (39 let), který v hospici pobýval opakovaně, vždy se podařilo jeho stav stabilizovat a mohl být propuštěn do domácího ošetřování. Poslední hospitalizace trvala pouze 17 hod. Pacienta přivezli z domova ve velmi špatném stavu, v hospici s ním zůstal tatínek. Druhý den brzy ráno pacient zemřel. Jana cítila jako velkou nespravedlnost, že jí kolegyně, které měly noční, nezavolaly, že se stav zhoršil ke smrti a že se o úmrtí tohoto pacienta dozvěděla až od jeho manželky ten den odpoledne. Zaskočilo ji to, nevěděla honem jak reagovat a cítila velikou zlost na své kolegyně. Protože sloužila až třetí den po této události, ani se pořádně nedoptala, jak to vše probíhalo. Ujistila jsem Janu, že chápu její pocity a zeptala jsem se, co jí na celé věci vadí nejvíce. „No že jsem nevěděla, že on umírá“. Probraly jsem nejprve, proč to potřebovala vědět. „Protože bych to mohla Lídě (manželce) dát vědět, takhle si myslí, že tady o něčem mluvíme a pak se jí ani nezavolá“. Skutečnost byla taková, že pacient se večer s chutí najedl (bez zvracení, které ho jinak sužovalo několik měsíců), dlouho do noci si s tatínkem a ošetřovatelkou povídali a ráno ho tatínek našel na lůžku již mrtvého. Když jsem takto racionálně popsala Janě situaci, představily jsme si, že k plně obsazenému oddělení se sestry musely zvýšeně věnovat tatínkovi, uvědomit rodinu atd. Janina zlost se uvolnila.

Vyskytnou se také témata týkající se například denního řádu, komunikace s lékaři, kuchyní, návrhy na zlepšení jednotlivých služeb, se kterými si sestra netroufne vystoupit při provozních schůzích.

### 3.6.2. Témata týmové supervize

V týmové supervizi zdravotníci nejčastěji otevírají případy jednotlivých klientů, pacientů, jejich blízkých i pozůstalých. Jedná se například o situace, kdy je pacient neúplně informován o své diagnóze nebo toto sdělení vytěsňuje. Komunikace s ním je pak obtížná, personál se v nepravdivé atmosféře necítí dobře (toto téma se v průběhu sedmi sezení objevilo dvakrát). Dalším případem byl pacient, který na vše rezignoval, nic nemělo cenu. V jiném případě šlo o partnera naší pacientky, který byl sám chronicky nemocný, dialyzovaný a dlouhou dobu využíval pomoci své manželky. Ta nyní již nezvládala a on se nemohl v nové situaci orientovat. Byl agresivní, uzavřený, manželce neposkytoval žádnou oporu.

Další kategorii témat tvoří emočně náročné situace. Umírání velmi mladého pacienta, umírání matky malých dětí, umírání kolegyně zdravotní sestry.

Pracovníci žádají o emoční podporu, ale také o konkrétní rady z oblasti psychologie a komunikace.

Zatím se ani při jednom setkání neobjevila témata týkající se fungování týmu jako takového.

### 3.7. VYHODNOCENÍ ZMĚNY

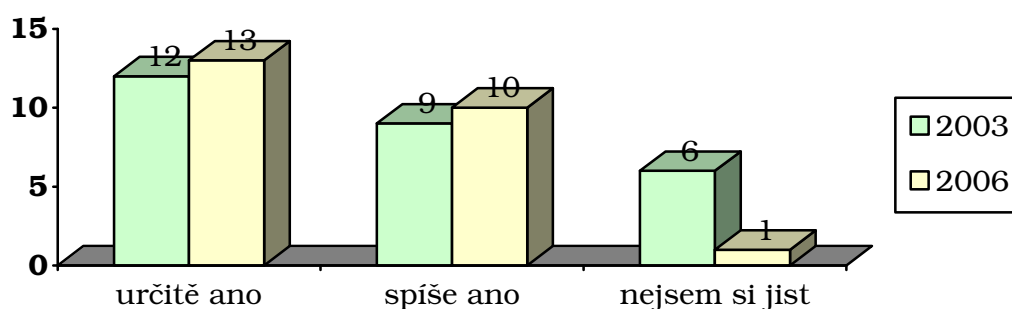
V dubnu 2006 jsem provedla v rámci organizace kontrolní šetření účinnosti změny. Pro objektivitu údajů jsem použila dotazníky se stejnými otázkami jako při diagnostice, ale omezila jsem se pouze na otázky týkající se motivace, hodnocení a pocitu dobře ohodnocené práce. V roce 2003 jsem měla navraceno 27 dotazníků z celého pracoviště, v tomto kontrolním jsem rozdávala dotazníky pouze zdravotnickým pracovníkům, a z celkového počtu 26 jsem měla návratnost 24 dotazníků. Výsledky jsou zpracovány v následujících

grafech. Uvědomuji si, že z takto malého vzorku respondentů není možné činit nějaké všeobecně platné závěry. Ale výsledky jsou platné v naší organizaci pro naši konkrétní situaci.

### 3.7.1. Výsledky dotazníků

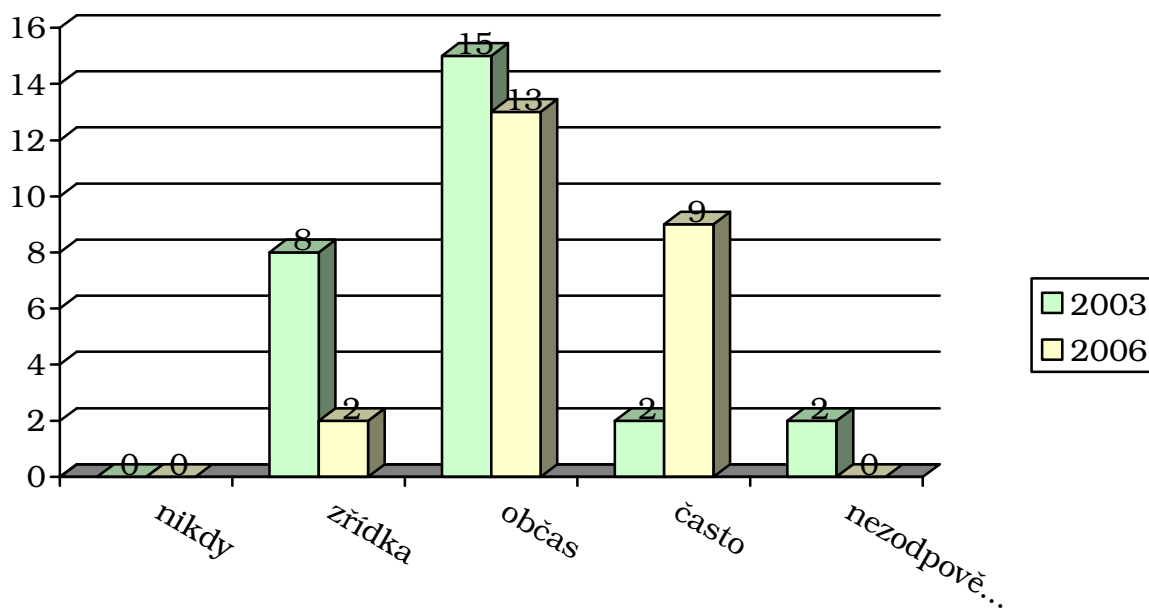
Nikdo z pracovníků neměl ani před zavedením nového systému hodnocení dojem, že by se nadřízený nezajímal o kvalitu jeho práce. Možnosti „spíše...“ nebo „vůbec se nezajímá“ nebyly vůbec využity. 77 % respondentů uvedlo, že se nadřízený o jejich práci zajímá. V kontrolním vzorku se tento počet mírně zvýšil na 95%. V reálných číslech to znamená, že pouze jeden respondent si není jistý zájmem ze strany nadřízených o jeho práci.

Graf č.7 Zajímá se váš nadřízený o způsob, jakým pracujete?



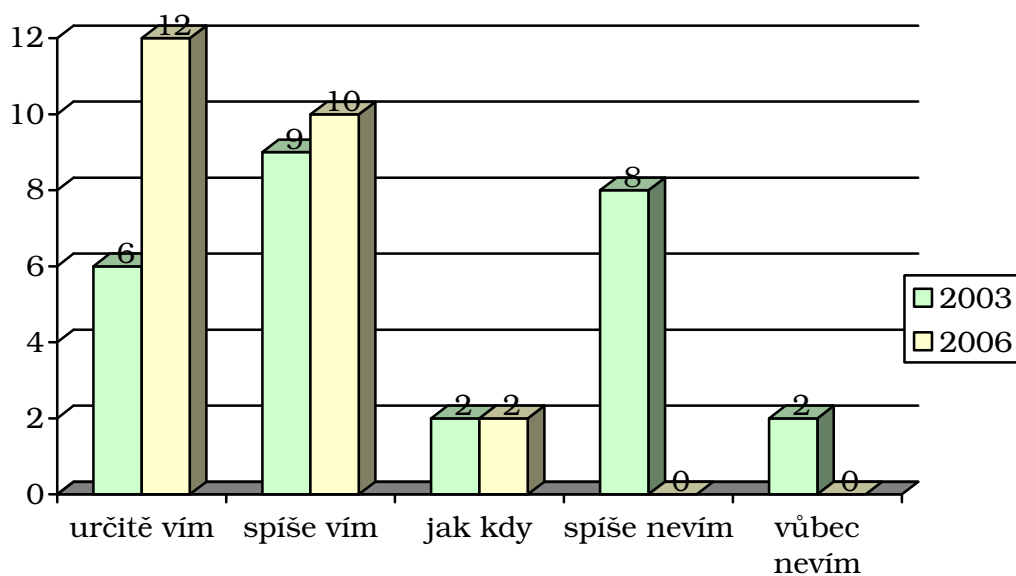
Velmi zajímavé jsou výsledky, které hovoří o intenzitě přijímané kladné zpětné vazby. (graf č.8) V roce 2003 dva zaměstnanci na tuto otázku vůbec neodpověděli, osm jich mělo pocit, že jsou chváleni málo. Nyní 22 respondentů, tj.88% kladnou zpětnou vazbu vnímá, 36 % dokonce intenzivně.

Graf č.8 Váš nadřízený Vás chválí



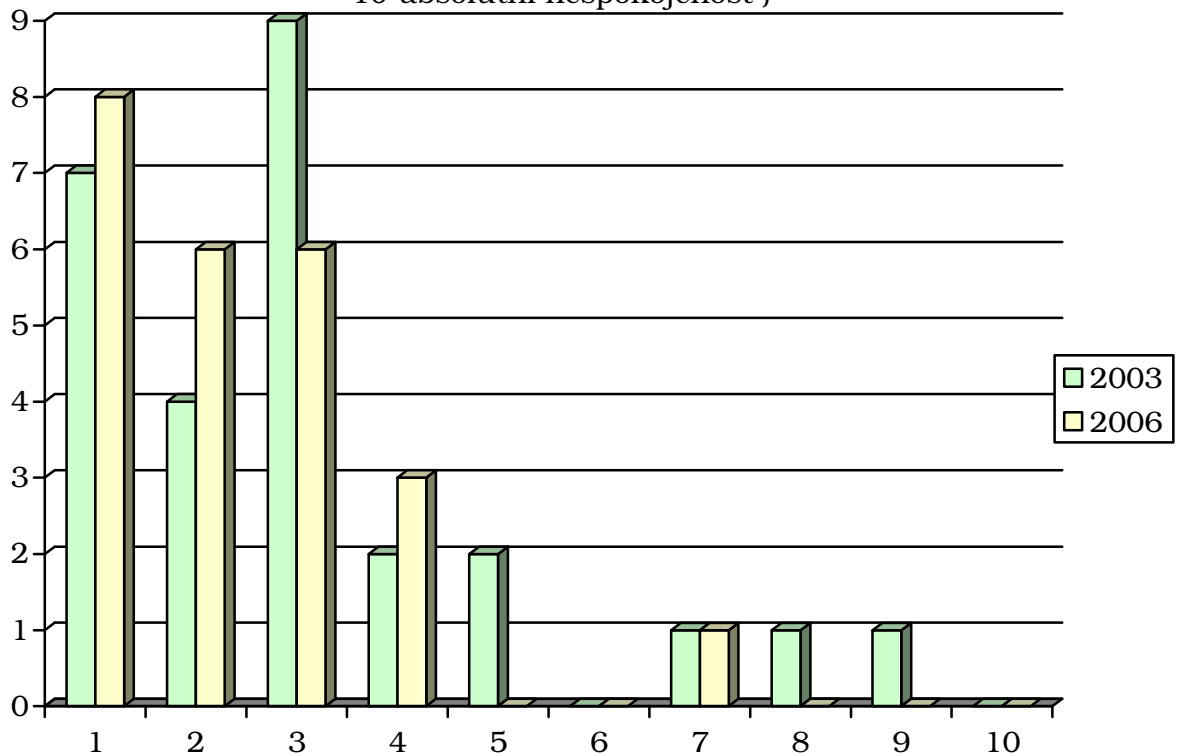
Za velmi důležité považují odpovědi na následující otázku. V roce 2003 nevědělo 37% zaměstnanců, podle čeho je vlastně jejich práce hodnocena. Díky vypracování kompetencí a seznámení všech zaměstnanců s jejich náplní se tento stav změnil a dnes si téměř 92% respondentů uvědomuje, co je v hospici považováno za dobrou praxi. Je to důležité také pro jejich osobní a profesionální rozvoj.

Graf č. 9 - Víte, podle čeho nadřízený pozná, že dobře pracujete?



Potěšující je, že se zvýšila pracovní spokojenost zdravotníků. Pouze jeden zdravotník hodnotí dnes na desetistupňové škále svou spokojenost na pracovišti hůře než známkou 4. Průměrná spokojenost v roce 2003 byla 3,11. Nyní je 2,37.

Graf č. 10 - Spokojenost na pracovišti (1-maximální spokojenost, 10-absolutní nespokojenost )



Další ukazatele, které hovoří o účinnosti změny jsou fluktuace a také doba, po kterou zaměstnanci v hospici pracují.

### 3.7.2. Další ukazatele

#### 3.7.2.1 Fluktuace

V době od otevření v únoru 2001 do poloviny roku 2003 – tj. za 28 měsíců - odešlo 5 zdravotních sester a 7 ošetřovatelů, přičemž většina z nich odešla v první polovině roku 2003.

Fluktuace se počítá podle vzorce:

$$\frac{\text{Počet absentujících pracovníků} \times 100}{\text{Počet pracovníků celkem}}$$

Počet pracovníků celkem

Podle tohoto vzorce byla průměrná roční fluktuace v tomto období 21%. V době od začátku tohoto projektu, od května 2004 do konce dubna 2006 – tj. za 24 měsíců odešly dvě zdravotní sestry, z toho jedna zemřela v našem zařízení na zhoubné onemocnění, a tři ošetřovatelé.

Průměrná roční fluktuace v tomto období byla 10,4%. Tedy poloviční proti předchozímu sledovanému období.

### 3.7.2.2 Délka práce v organizaci

Tabulka udává aktuální počet zdravotnických pracovníků podle doby jejich nástupu do Hospice sv. Štěpána. Rozdíl v celkovém počtu je dán počtem částečných úvazků. V obou obdobích byl přepočtený počet úvazků 24, tj. 10 úvazků zdravotních sester a 14 ošetřovatelů. V současné době máme dvě sestry (obě pracovaly v hospici od jeho otevření) a jednu ošetřovatelku na mateřské dovolené. Ty samozřejmě do tabulky zahrnuté nejsou.

Tab. č.3 Počet zdravotnických pracovníků v hospici podle doby nástupu

Nástup do hospice	Květen 2003	Duben 2006
Začátek provozu	9	7
Rok 2001	6	3
Rok 2002	3	2
Rok 2003	9	7
Rok 2004	-	3
Rok 2005	-	2
Rok 2006	-	2
CELKEM	27	26

Zdroj: Analýza pracovních smluv v Hospici sv. Štěpána

Z tohoto přehledu vyplývá, že se podařilo udržet dostačující pracovní motivaci téměř všech pracovníků, kteří pracovali v hospici od zahájení jeho provozu. Tito zaměstnanci jsou mladším pracovníkům zdrojem zkušeností a poznatků, odborných i lidských dovedností.

### 3.7.2.3 Problémy v uskutečňování změny

Manažerská supervize se netýká všech pracovníků. To je velmi závažný nedostatek a mohlo by to mezi personálem budit dojem, že sestry jsou privilegované vůči ošetřovatelům. Z dotazníků, jejichž výsledky jsou uveřejněny na stranách 59 a dále, ale vyplynulo, že pocit ohodnocení



práce se zvýšil u všech zaměstnanců, nejen u sester. Přiřítám to tomu, že sestry při své práci také poskytují ošetřovatelům lepší zpětnou vazbu. Velkým nedostatkem jsou také mé časově omezené možnosti být se sestrami každodenně při jejich práci. Díky péči o malé dítě pracuji na zkrácený úvazek a mnoho času mi zaberou administrativní záležitosti. Proto při hodnocení jejich práce vycházím spíše rozhovorů s pacienty a z pozorování oddělení jako celku, než ze sledování konkrétních pracovních situací jednotlivých sester. Vrchní sestra pracující na celý úvazek bude mít mnohem lepší přehled o kvalitě jejich práce.

#### 3.7.2.4 Závěr vyhodnocení změny

Při realizaci změny – zavádění manažerské supervize do praxe jsem se přesvědčila o významu pravidelného strukturovaného hodnocení pracovního výkonu personálu. V době, kdy jsme se o hodnocení pokoušeli bez struktury, nepřinášelo hodnocení téměř žádný výsledek. Při pravidelném strukturovaném hodnocení dostávají pracovníci kontinuální zpětnou vazbu na svou práci a sami mají možnost se k dění v zařízení vyjadřovat. Použijeme-li při hodnocení formu manažerské supervize, dochází zároveň i k významné podpoře pracovníků v jejich individuálních potřebách, zvyšuje se profesionalita a dle mých zkušeností i tolik potřebná vzájemná důvěra mezi pracovníkem a vedoucím.

Při zpracovávání výsledků dotazníků a objektivních ukazatelů jsem sama byla překvapena účinností manažerské supervize, byť nedokonale prováděné. Snížila se fluktuace, pracovníci jsou spokojeni na svém pracovišti, cítí se ohodnoceni vedením zařízení. Dle mého názoru je ale nejpodstatnějším výsledkem této změny to, že se změnila celková atmosféra na pracovišti. Všichni zdravotníci při rozhovorech uvádějí, že se cítí dobře na svém pracovišti, že jsou součástí dobrého týmu a to se následně odráží i v dotaznících spokojenosti našich pacientů.

#### 4. ZÁVĚR

Sněžila jsem se v této práci popsat proces zavádění manažerské supervize do praxe zdravotnického zařízení. Teoretická východiska popsaná v první část práce považuji za důležitá pro pochopení podstaty změny. V praktické části jsem neplánovaně věnovala velký prostor kompetencím zdravotnických pracovníků. A to především proto, že se mi zdá klíčové, aby pracovníci věděli, co od nich vedení organizace očekává a mohli sami aktivně plánovat svůj profesionální růst..

Uvědomuji si, že poměrně pozitivní výsledky závěrečného vyhodnocení účinnosti změny mohou být způsobeny ještě dalšími faktory, které se změnilo v průběhu tří let od diagnostiky organizace. Ve zdravotnictví se několikrát zvedaly mzdy, na naše pracoviště nastoupil psycholog, zlepšila se spolupráce s dobrovolníky. Bylo by dobré v rámci kontrolního šetření zohlednit ještě tyto faktory. Osobně se však domnívám, že zavedení manažerské supervize přispělo k spokojenosti zaměstnanců a udržení jejich pracovní motivace největší měrou.

## POUŽITÉ ZDROJE

1. BAYEROVÁ, M.(2005) Supervízia pracovnej skupiny (týmová supervízia) – možnosti a limity. In:Balek, P., ed. . *Supervize v sociální práci a její institucionální souvislosti*, Ústí nad Labem
2. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol.(2004): *Psychologie a sociologie řízení*. Praha, Management Press
3. BĚLOHLÁVEK, F.(2000) *Jak řídit a vést lidi*. Praha, Computer Press
4. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. (2005) *Poslední dary*, Praha, Vyšehrad, Cesta domů
5. GROAR-MURRAY, M.E., DICROCE, H.R.(2003) *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha, Grada
6. HAJNÝ, M., (2005): *Malý úvod do supervize v psychoterapii*:
7. HAŠKA, P.(2005) Manažerská supervize v Diakonii ČCE a její uvádění do praxe In:Balek, P., ed. . *Supervize v sociální práci a její institucionální souvislosti*, Ústí nad Labem
8. HAVRDOVÁ, Z (1999)*Kompetence v praxi sociální práce*. Praha Osmium
9. HAVRDOVÁ, Z., KALINA, K. (2003) *Kapitoly z připravované učebnice pro pracovníky s drogami*. pouze pro studijní účely FHS UK
10. HAWKINS,P., SHOHET, R.(2004): *Supervize v pomáhajících profesích*.Praha, Portál
11. HOREHLEDOVÁ, M (2003): *Motivace*.Seminární práce Olomouc, Univerzita Palackého
12. HRADCOVÁ, D. (2003). Pracovní motivace, podklady k přednáškám Personální management na FHS UK
13. INSKIPP, F.(2000):Výcvik supervidovaných v používání supervize.*Psychoterapeutické sešity II/2000:13-23*
14. KLENER, P. a kol. (2002) *Onkologie*. Praha, Galén
15. KLIMEŠ, L.(1995) *Slovník cizích slov*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství

16. KOČMANOVÁ A., Syndrom vyhoření, *Sestra 12/2005*, 20-22
17. KOPŘIVA, K.(1997) *Lidský vztah jako součást profese*, Praha, Portál
18. KŘIVOHLAVÝ, J.(2002), *Psychologie nemoci*. Praha Grada
19. KUBÍČKOVÁ, N. (2001) *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha, ISV nakladatelství
20. KÚNOVÁ, M.(2005) *Význam a možnosti využití supervize v sociální práci v nemocnici, Florence, I/2005*
21. *Malá československá encyklopedie sv. 4* (1986) Praha Academia
22. NAKONEČNÝ, M. (1995):*Lexikon psychologie*. Praha, Nakladatelství Vodnář
23. NAKONEČNÝ, M. (1999):*Sociální psychologie*. Praha, Academia
24. *Palliativmedizin 2000* (1999). Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bonn
25. RYMEŠ, M.(1998), Osobnost a práce In: Štikar, J. a kol. *Základy psychologie práce a organizace*, Praha, Karolinum
26. *Standardy domácí paliativní péče*, 2004 Praha, Hospicové občanské sdružení Cesta domů
27. SVATOŠOVÁ, M.(2000) *Hospice slovem a obrazem*. Praha, Ecce homo
28. SVATOŠOVÁ, M.(2003): *Hospice a umění doprovázet*. Třetí rozšířené vydání, Praha, Ecce Homo
29. ŠKRLOVI, P., M.(2003): *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent-Orion
30. ŠTIKAR, J. a kol. (1998) *Základy psychologie práce a organizace*. Praha, Karolinum
31. VORLÍČEK. J., SKŘIČKOVÁ, J., Paliativní péče a hospice, *Bolest-časopis pro studium a léčbu bolesti*. 1/2000, 130-131
32. *Výroční zpráva hospice sv. Štěpána za rok 2004*, Sdružení pro hospic Litoměřice 2005
33. *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb.*

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Projekt magisterské práce

Příloha č. 2 Zpráva a doporučení týkající se kompetencí vyžadovaných pro vykonávání profese sestry odpovědné za poskytování všeobecné péče v Evropské unii

Příloha č.3 Formulář Podklady pro přípravu pracovníka na sezení manažerské supervize

Příloha č.4 Formulář Záznam o průběhu manažerské supervize

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Fakulta humanitních studií**  
**Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických**  
**organizacích**

**Projekt magisterské práce**

**Předběžný název magisterské práce:**

Vliv supervize (manažerské a týmové) na pracovní motivaci  
zdravotnického personálu  
Případová studie

**Student:** Bc. Monika Marková, učo 8644  
Imatrikulační ročník 2002

**Vedoucí práce:** PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

V pomáhajících profesích je motivace k práci velmi důležitá, protože její nedostatek se u pracovníka dříve či později projeví zhoršením kvality práce. Ztráta motivace je také jedním ze spouštěcích mechanismů burn-out syndromu. Rozvinutí tohoto syndromu pak ohrožuje nejen pracovníka, ale také klienta. V českém zdravotnictví se velmi často hovoří o finanční motivaci, respektive o jejím nedostatku, zřídka se však zmiňuje motivace jiná. Jaké tedy máme další možnosti motivovat zdravotnický personál? Může mít supervize také motivační dopad a jaký? Je vůbec možné motivovat ke kvalitnímu poskytování ošetrovatelské péče? Jakými způsoby? Na tyto otázky bych chtěla, na základě případové studie ze své praxe, odpovědět ve své diplomové práci.

Pracuji jako vrchní sestra hospice sv. Štěpána v Litoměřicích. Je to zařízení poměrně mladé, otevřené od února 2001. Péče, kterou poskytujeme, je velmi náročná a potřebuje správně motivovaný ošetrovatelský personál. Přestože na počátku provozu byli všichni zaměstnanci pečlivě vybráni, plni nadšení a chuti do práce, po návratu z roční mateřské dovolené jsem se ocitla v zařízení, ve kterém tři roky po začátku provozu opadlo nadšení a začaly se objevovat známky, že způsob řízení lidí má nějaké mezery. Velmi dramatický byl náhlý odchod tří zaměstnanců, většina dalších vyjadřovala nespokojenost s „vedením“ a objektivně se zhoršovaly mezilidské vztahy na pracovišti, což se odráželo v horší kvalitě poskytované péče.

K odhalení příčin tohoto stavu napomohla diagnostika organizace, kterou jsem provedla v oblasti organizační kultury a lidských zdrojů a která ukázala tři hlavní východiska ze stávající situace: zaměstnanci potřebují silnější zpětnou vazbu, je potřeba lépe vymezit kompetence – musí být jasné, co se od koho očekává, je třeba více využívat nefinanční motivace. Tuto diagnostiku (z května 2004) bych chtěla použít pro ilustraci výchozí situace a další diagnostiku s použitím stejných výzkumných metod s jen minimálně upraveným dotazníkem (plánovanou na duben

2006) bych ráda použila jako srovnání, nakolik byl proces změny úspěšný.

Ve své práci bych chtěla popsat proces změny, který tato diagnostika odstartovala. Důraz bude kladen především na hodnocení pracovního výkonu ošetrovatelského personálu. Popíši, z jakých teoretických východisek jsem vycházela při hledání formy a způsobu hodnocení, zmíním nutnost stanovit určité kompetence a vycházet z nich při hodnotících pohovorech. Ráda bych se v této souvislosti věnovala manažerské supervizi. Na základě svých zkušeností se pokusím kriticky zhodnotit možnosti využití teoretických základů manažerské supervize v ošetrovatelské praxi v českém prostředí.

A protože sama vidím velmi důležitou roli týmové supervize v tomto procesu změny a za velmi zajímavé považuji naše učení se supervizi ve své práci využívat, chtěla bych největší část věnovat této problematice. Jak jsme se na supervizi připravovali, Jak pro supervizi získat vrcholový management, Jakým způsobem jsem vysvětlovala a motivovala k účasti na supervizi zdravotníky, Jak mohu jako vrchní sestra ovlivnit jejich nedůvěru a obavy ze supervize - to budou hlavní body této části práce. Máme zkušenost se dvěma supervizory, jejichž systém supervize se velmi liší. Proto bych ráda popsala oba způsoby a jejich přínos nebo naopak rizika a úskalí, která vnímám v supervizi zdravotnických týmů.

Při psaní tohoto projektu se nalézám zhruba v polovině doby, kterou chci do své práce zahrnout, a přijímaná opatření již přinášejí pozitivní výsledky. Domnívám se, že vzhledem k tomu, že moje studie vychází přímo z praxe a vzhledem k aktuálnosti tématu motivace, bude tato práce přínosná pro zdravotní sestry i z jiných zařízení.

Předběžný seznam literatury:

ČÁP, Jan: Psychologie výchovy a vyučování

EBERT, GODZIK: Verlass mich nicht, wenn ich schwach werde

HAWKINS, SHOHET: Supervize v pomáhajících profesích

HAVRDOVÁ, Zuzana: Kompetence v praxi sociální práce



KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KACZMARCZYK, Stanislav: Poslední úsek cesty  
KŘIVOHLAVÝ, Jaro: Psychologie nemoci  
KOPŘIVA, Karel: Lidský vztah jako součást profese  
MEINHOLD, M. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der  
Sozialen Arbeit  
PUCH, WESTERMEYER: Management-konzepte  
ŠKRLOVI, Petr, Magda: Kreativní ošetrovatelský management  
ŠTĚPANÍK, Jiří: Umění jednat s lidmi