

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Šárka Klokočková

Magnetické nemocnice

Diplomová práce

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

Praha 2016

Prohlášení

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

V Praze dne 3.5.2016

Šárka Klokočková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Zuzaně Havrdové, Csc., za čas, který mi věnovala, cenné poznámky a připomínky a trpělivost. Díky patří všem zdravotním sestřám, které mi věnovaly svůj čas, za jejich otevřenost a upřímnost. A všem, kteří se mnou po dobu studia měli trpělivost a pochopení.

Abstrakt:

Cílem předkládané diplomové práce je přiblížit pojem magnetické nemocnice (magnet hospitals) a reflektovat jeho význam a možnosti využití v českém ošetrovatelství. Magnetické nemocnice jsou autorkou chápány v souladu se zahraniční literaturou jako zdravotnická zařízení charakteristická nejen vysoce kvalitní ošetrovatelskou péčí, ale především jako organizace vytvářející takové pracovní prostředí, které je pro veškerý zdravotnický personál přitažlivý natolik, že jsou v něm lidé spokojeni. To ve svém důsledku vytváří atmosféru mající zásadní a doložený vliv na kvalitu a výsledky poskytované péče. Kromě toho autorka vnímá aspekt vytváření přitažlivého pracovního prostředí jako jedno z možných řešení prohlubujícího se nedostatku zdravotních sester v ČR. Proto teoretická část práce popisuje též současnou personální situaci v systému zdravotní péče v České republice a současně i pohled na totéž z globálního hlediska. Dále se práce zabývá predikcemi personální situace ve zdravotnictví a hrozícím kritickým nedostatkem zdravotních sester na trhu práce nejenom u nás, ale v celosvětovém měřítku a možným dopadem tohoto jevu na kvalitu zdravotní péče.

Praktická část diplomové práce zkoumá, zda lze ve vybraných zdravotnických zařízeních nalézt známky magnetismu. Prezentovány jsou výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu, kterého se formou polostrukturovaných rozhovorů zúčastnilo 16 zdravotních sester na manažerských pozicích a 250 zdravotních sester cestou dotazníkového šetření NWI-R v české verzi, v autorčině vlastním překladu. Výsledkem provedeného průzkumu pak bylo zjištění, že přetrvává hierarchická organizační struktura a medicínský model péče, stereotypní pohled na roli a postavení zdravotní sestry ve zdravotnickém týmu a nedostatečné zapojení zdravotních sester do řízení organizace. Z tohoto pohledu lze říci, že vybrané zdravotnické organizace nelze označit za magnetické nemocnice. Klíčovými osobami, které mají zásadní vliv na vytváření žádoucího dobrého pracovního prostředí, jsou právě manažeři ošetrovatelské péče. Proto se jeví jako nezbytné věnovat jejich přípravě zvýšenou pozornost.

Klíčová slova: magnetické nemocnice, zdravotnický management, vedení, nedostatek zdravotních sester, kvalita péče

Summary:

The aim of this dissertation was to enlighten the term magnet hospital. Introduction of this thesis describes personnel situation in health care system in the Czech republic and globally. It also shows predictions of the future critical nurse staff shortage on labour market all around the world and its possible impact on quality of care.

Magnet hospitals as the kind of organization that creates work environment which increases nurses work satisfaction, quality of care and patients outcomes, sees the author as one of the possible solutions of nursing shortage in the Czech republic.

Second part of this thesis, represents the results of the qualitative and quantitative research, participants were 16 nurses at the management positions (structured interviews) and 250 nurses (questionnaire NWI-R author's own translation). Results: It was obvious that still prevails the traditional hierarchy and medical model of care delivery. Also there is stereotypical view of the role and position of the nurses in health care teams, nurses do not feel like they are involved in management of the hospital. According to the findings we cannot describe those organizations as magnet hospital. It's also clear that the nursing care managers play the key role in creating the good work environment. We should pay more attention to their professional preparation for their role as managers and leaders.

Key words: magnet hospital, management, leadership, nursing staff shortage, quality of care

Obsah

Abstrakt:.....	4
Summary:	5
Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
Úvod.....	11
1. Magnetické nemocnice (Magnet hospitals).....	12
1.1. Přitažlivá nemocnice – definice	12
1.2. Přitažlivé nemocnice - počátky	13
1.2.1. Výsledky studie provedené the American Academy of Nursing	14
1.3. Další vývoj: Magnet Recognition Program® a Pathway to Excellence Program®	16
1.4. Přitažlivé nemocnice - charakteristika	17
1.4.1. Přitažlivý model /Magnet model/	18
1.4.1.1. Transformační vedení.....	19
1.4.1.2. Strukturální zmocnění	20
1.4.1.3. Příkladná profesionální praxe	21
1.4.1.4. Nové znalosti, inovace a zlepšování	21
1.4.1.5. Empirické výsledky.....	22
1.5. Systémy poskytování ošetrovatelské péče	23
1.6. Překážky ošetrovatelství založeného na důkazech /evidence based nursing/	25
2. Magnetické síly	26
2.1. Kvalita vedení v ošetrovatelství	27
2.2. Organizační struktura	28
2.3. Manažerský styl	29
2.4. Personální politika, programy	30
2.5. Profesionální modely péče	31
2.6. Kvalita péče.....	32
2.7. Zvyšování kvality.....	33

2.8. Konzultace & zdroje	34
2.9. Autonomie.....	34
2.10. Komunita a zdravotnické zařízení.....	35
2.11. Zdravotní sestry jako učitelky/mentorky.....	35
2.12. Image ošetrovatelství	36
2.13. Interdisciplinární vztahy.....	37
2.14. Profesní rozvoj	38
3. Současná situace v českém zdravotnictví	39
3.1. Vymezení ošetrovatelství jako oboru, legislativní normy.....	39
3.2. Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků	40
3.3. Počet nelékařských zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví	41
3.4. Personální zabezpečení ošetrovatelské péče v ČR.....	41
3.5. Aktuální stav počtu NLZP	42
3.6. Nedostatek zdravotních sester z globálního hlediska.....	43
3.7. Výzva pro zdravotní systémy: generace Y, vzdělávání zdravotníků	44
3.8. Nedostatek zdravotních sester a jeho důsledky v praxi.....	46
3.9. Nurse sensitive patient outcomes	47
3.10. Řízení kvality a bezpečí, příčiny neúspěchu	49
4. Transformace zdravotnické organizace, řízení změn	50
EMPIRICKÁ ČÁST	57
1. Metodologie	57
1.1. Výzkumný cíl a výzkumné otázky	57
1.1.1. Hlavní výzkumná otázka.....	57
1.1.2. Dílčí výzkumná témata	58
1.1.3. Výzkumná strategie a sběr dat	58
1.1.4. Výběr respondentů	60
1.1.5. Sebereflexe výzkumníka	61
1.1.6. Etické aspekty	62

1.2. Analýza dat	63
1.3. Výsledky a jejich interpretace.....	64
1.3.1. Personální zajištění ošetrovatelské péče	64
1.3.2. Řízení a kontrola ošetrovatelské péče	68
1.3.3. Vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři.....	71
1.3.4. Klinická autonomie a odpovědnost.....	73
1.3.5. Vzdělávání	77
1.3.5.1. Vzdělávání zaměstnanců.....	77
1.3.5.2. Vzdělávání studentů ošetrovatelství.....	78
Diskuze.....	80
Doporučení pro praxi	83
Závěr	84
Literatura:	86
Online zdroje:.....	94
Seznam zkratk:	97
SEZNAM TABULEK.....	98
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	98

Úvod

Hlavním záměrem této práce je přiblížit a objasnit pojem magnetické nemocnice (magnet hospitals) a zjistit, zda ve vybraných zdravotnických organizacích lze ve způsobu řízení a vedení ošetrovatelské péče nalézt známky magnetismu, které jsou charakteristické pro magnetické nemocnice. V průběhu rešerše literatury a při vytváření projektu diplomové práce jsem o magnetických nemocnicích dlouho uvažovala spíše jako o zajímavém a neznámém pojmu než jako o aplikovatelném stylu řízení a vedení zdravotnických organizací s pozitivním dopadem na kvalitu zdravotní péče. Změnu v nazírání na význam magnetických nemocnic mi přinesla skutečnost, že jsem v průběhu celého roku 2015 začala v mediální oblasti stále častěji narážet na fenomén kritického nedostatku zdravotních sester ve stále větším počtu zdravotnických zařízení a spolu s tím jsem četla o příčinách alarmujícího stavu, že stále více absolventů zdravotních škol o práci ve zdravotnictví nemá zájem, a zamýšlela se nad nimi. A právě tehdy jsem začala vnímat tzv. „přitažlivé“ nemocnice, respektive to, co představují a symbolizují, jako jedno z nabízejících se řešení problematiky nedostatku zdravotních sester v praxi.

Tento pojem totiž vznikl právě při hledání řešení nedostatku zdravotních sester v USA v 80. letech minulého století. Položila jsem si otázku, zda a jak by bylo smysluplné a reálně možné do situace českého zdravotnictví aplikovat poznatky a zkušenosti s magnetickými nemocnicemi. Za tímto účelem jsem se rozhodla analyzovat kontext českého ošetrovatelství a jeho směřování z hlediska kvality péče a jejího personálního zajištění. Dále jsem se pustila do přiblížení pojmu magnetismu a faktorů, které jej utvářejí, a jeho dopadů na kvalitu péče optikou péče výzkumných studií. Poté jsem provedla kritické porovnání faktorů magnetismu a jejich recepce v českém prostředí. Posléze jsem provedla empirický výzkum ve třech českých nemocnicích s cílem explorovat, nakolik situace v organizaci odpovídá znakům magnetismu a nakolik potřeby a názory sester a středního managementu na žádoucí změnu souzní s poznatky o magnetických nemocnicích, tedy nakolik by magnetické nemocnice mohly být přitažlivé i pro české sestry.

Magnetické nemocnice lze podle mého, a pro tento úvod zjednodušeného, pohledu popsat jako nemocnice, které jsou pro zdravotnický personál přitažlivé v důsledku v nich převažujícího veskrze kladně vnímaného pracovního prostředí a nabízených podmínek, které zaměstnance uspokojují. Důsledkem toho je pak, jak bylo prokázáno, vyšší kvalita poskytované péče, spokojenost pacientů a rychleji se zlepšující jejich zdravotní stav. Rozhodující vliv na pracovní atmosféru má podle toho, co zjistily studie uváděné v této práci, kvalitní a erudovaný management takovýchto nemocnic.

Samotný pojem magnetické nemocnice ve své práci osvětluji v historických souvislostech a v jeho postupném vývoji až po současnost. Velkou pozornost věnuji samotnému magnetickému modelu a přitažlivým silám, které jsou tím, co takováto zdravotnická zařízení definuje. Součástí teoretické části je i kapitola, která se zabývá řízením změn ve zdravotnických organizacích. Osobně se domnívám, že bez této kapitoly by teoretická část práce nebyla kompletní, protože efektivní a účinné řízení změn a zavádění nových poznatků do praxe je nedílnou součástí řízení a vedení magnetických nemocnic.

V empirické části jsou následně prezentovány výsledky mého výzkumu. Ten jsem zahájila v prosinci 2014. Provedla jsem kvalitativní a kvantitativní výzkum za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se zdravotními sestrami na manažerských pozicích všech úrovní (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestry, staniční sestry) a dotazníkového šetření mezi zdravotními sestrami s využitím vlastního českého překladu standardizovaného dotazníku NWI-R (Nurse Work Index Revised). Autorkami dotazníku jsou Aikenová a Patricianová (2000) a jejich dotazník zjišťuje, zda organizace disponuje vlastnostmi charakteristickými pro magnetické nemocnice.

Moje práce se ve velké míře opírá o poznatky zahraničních studií a autorů. Všechny překlady uvedené v této práci jsou mé vlastní.

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Záměrem teoretické části diplomové práce je podrobně přiblížit a popsat magnetické nemocnice a prezentovat poznatky, které vedou k vytváření podpůrného pracovního prostředí. Většina teoretické části je pak věnována popisu a vysvětlení pojmu magnetické nemocnice. Jeho objevení se, vývoji a pozitivnímu dopadu na kvalitu zdravotní péče. Sleduji, co je pro tyto organizace typické a proč lze u těchto organizací nalézt jevy jako nižší fluktuaci zaměstnanců, vyšší spokojenost zaměstnanců a kvalitu péče.

Protože magnetické nemocnice lze spojovat i s efektivním a účinným řízením změn a jejich vznik a fungování lze považovat za radikální transformaci organizace, je součástí teoretické části také kapitola věnovaná řízení změn ve zdravotnictví. Mým záměrem je totiž vyjasnit, proč je často tak složité implementovat potřebné změny do praxe a co musí organizace učinit, aby zavedení změny do organizace bylo úspěšné.

Z důvodu pojmového sjednocení a zasazení analýz do českého rámce je v teoretické části popsána koncepce ošetrovatelství v ČR, legislativa a systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků do roku 2016, personální zajištění zdravotní péče a také údaje o nedostatku zdravotních sester v ČR a v zahraničí.

1. Magnetické nemocnice (Magnet hospitals)

Fenomén nedostatku zdravotních sester a tím i ohrožení kvality ošetrovatelské péče vedly v USA v 80. letech minulého století k objevení tzv. magnetických nemocnic. Magnetickými nebo také přitažlivými nemocnicemi lze označit taková zdravotnická zařízení, kde je kladen důraz na vytváření dobrých pracovních podmínek a dobrého pracovního prostředí pro zdravotní sestry. Existence takového prostředí má totiž pozitivní dopady na zajištění vysoce kvalitní ošetrovatelské péče (McClure, Hinshaw, 2002). Tato část práce se bude zabývat studii, které zkoumaly charakteristiky takových nemocnic a jejich dopady na chování zaměstnanců a léčbu pacientů.

1.1. Přitažlivá nemocnice – definice

Původní definice McClure z r. 1983 zní tak, že magnetická nemocnice je nemocnice, která „přitahuje“ a je schopná si udržet zdravotní sestry, které v takové nemocnici nacházejí vysoké pracovní uspokojení a jsou schopny poskytovat pacientům kvalitní péči (McClure, 1983).

Kramerová (1986) uvedenou definici McClure upravila a vložila do ní předpokládanou kauzalitu takto: „Přitažlivá nemocnice je nemocnice, která přitahuje a je schopná si udržet zdravotní sestry, které v této nemocnici nacházejí vysoké pracovní uspokojení, *protože mohou poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči*“ (in McClure, Hinshaw, 2002, str. 26).

Definice Segen Medical Dictionary (2012) je velmi podobná, ale vyhýbá se formulacím, které by naznačovaly kauzální vztahy mezi uspokojením zdravotních sester a výsledky ošetrovatelské péče, a staví tyto fenomény pouze vedle sebe: „Nemocnice (*magnetická nemocnice*), kde ošetrovatelská péče o pacienty dosahuje vynikajících výsledků, kde zdravotní sestry nacházejí vysokou míru uspokojení z práce, kde je nízká fluktuace personálu a kde jsou stížnosti řešeny vhodným způsobem...“

Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing (2010) již definuje přitažlivou nemocnici za pomoci uznávaných amerických statutárních institucí jako: Zařízení, kde jsou standardy ošetrovatelské péče řízeny podle American Nurses

Credentialing Center divize American Nurse Association (*Americká asociace sester*). Zdravotnická zařízení, která vykazují vynikající výsledky při poskytování péče o pacienty a ošetřovatelství rozvíjejí skrze podporu mezinárodních ošetřovatelských profesních standardů. Takovým zdravotnickým zařízením je udělen status „Magnet hospital®“.

1.2. Přitažlivé nemocnice - počátky

Na počátku vzniku označení „přitažlivá nemocnice“ (*magnet hospital*) byl výrazný nedostatek zdravotních sester, kterému čelily nemocnice ve Spojených státech již v 80. letech. Nedostatek sester byl tak zásadní, že ohrožoval fungování nemocnic a jejich schopnost zajistit kvalitní péči. Proto se American Academy of Nursing rozhodla vytvořit krizový štáb, který by se touto problematikou zabýval. Dr. Mabel Wandeltová, jedna z členů krizového štábu, upozornila na skutečnost, že ačkoliv se většina nemocnic potýká s výrazným nedostatkem zdravotních sester, bylo možné najít zdravotnická zařízení, která s náborem zdravotních sester problémy neměla a problémy neměla ani s jejich udržením. Při bližším zkoumání tohoto jevu bylo zjištěno, že zdravotní sestry do těchto zdravotnických zařízení „přitahovaly“ důvody, kterým do té doby nebyla věnována pozornost a nebyly dostatečně rozebrány ani pochopeny a pro které zdravotní sestry v těchto zařízeních rády zůstávaly (McClure, Hinshaw 2002).

V roce 1981 byl zahájen podrobnější výzkum, jehož cílem bylo najít spojitosti mezi zdravotnickými organizacemi a jejich schopností nabírat a udržet si zdravotní sestry. Měl zodpovědět otázku, jaké profesní a pracovní podmínky vedou k tomu, že jsou zdravotní sestry v nemocnici spokojeny. V rámci výzkumu bylo osloveno 165 institucí, které byly nominovány jako potenciální přitažlivé nemocnice. Odpovědělo 155 nemocnic. Podle předem stanovených hodnotících kritérií bylo vybráno 41 nemocnic, převážně privátních a také patřících k neziskovým organizacím, které se mimo jiné věnovaly i vzdělávání zdravotních sester. Následně byly provedeny rozhovory se zdravotními sestrami a vedoucími pracovníky a vrcholným managementem ošetřovatelství. Jedním ze zajímavých výsledků byla shoda mezi informacemi získanými od zdravotních sester a jejich

nadřazených. Jejich pohled na některé oblasti sice byl zákonitě odlišný, ale nešlo o výrazné rozdíly (McClure a kol., 1983).

1.2.1. Výsledky studie provedené the American Academy of Nursing

Klíčové charakteristiky přitažlivých nemocnic byly uspořádány do 3 hlavních skupin (McClure a kol., 1983):

- správa;
- profesionální praxe;
- profesionální rozvoj.

Z hlediska správy nemocnic byl důležitý management. Důraz byl kladen na **komunikaci oběma směry**, zaměstnanci byli podporováni v tom, aby **vyjadřovali své názory a podněty ke zlepšení**, zároveň **byli dobře informováni o veškerém dění** v organizaci. Patrný byl závazek administrativy **k otevřenosti vůči zaměstnancům**. Kvalita vedení byla hlavním klíčem k úspěchu pro nábor a udržení nových pracovníků, vedoucí pracovníci byli vnímáni jako **vzdělané, silné osobnosti, vysoce kvalifikované a manažersky schopné**. V organizaci byl patrný pocit vzájemné podpory mezi jednotlivými zaměstnanci. V organizační struktuře převažovala decentralizace.

Výrazné bylo aktivní **zapojení zdravotních sester** v rámci organizace do různých komisí. Bylo zjištěno dostatečné personální zajištění péče registrovanými sestrami, velké množství zdravotních sester mělo dosažené **vysokoškolské vzdělání** - bakalář v ošetrovatelství. V oblasti personální politiky byla jako jeden z nejdůležitějších prvků kvalifikována pozornost a pečlivost při plánování směn zdravotních sester, byl brán **ohled na osobní život zaměstnanců**. Kvalitní personální zajištění bylo pro vedoucí pracovníky *condicio sine qua non*. Existovala zde **podpora kontinuálního vzdělávání, profesionálního růstu a vývoje**.

Vedoucí zaměstnanci vytvořili takové prostředí, které vytvářelo zdravotním sestram takový prostor, ve kterém mohly poskytovat vysoce kvalitní ošetrovatelskou

péči. Měly přitom dostatek **autonomie** při plánování a poskytování samotné ošetrovatelské péče. V těchto nemocnicích také často vznikaly **nové modely péče a programy pro pacienty iniciované samotnými sestrami**. Ošetrovatelství reprezentovalo výraznou sílu, která byla vnímána jako nezbytná pro fungování nemocnice, a mělo **vysoký statut**. Většina **lékařů oceňovala názory sester a respektovala je jako profesionály**. Vztah zdravotních sester a lékařů pak podle většiny respondentů vyžadoval neustálou pozornost a podporu.

Ale i v přitažlivých nemocnicích zaměstnanci zmiňovali stresové situace, vztahové problémy, konflikty či dominanci lékařů. Důležitá zde byla ale **otevřenost, podpora a postoj vedoucích pracovníků při řešení těchto faktorů**.

Ze zmiňované studie vzešly tzv. přitažlivé síly (*forces of magnetism*). Těchto sil je čtrnáct a budou blíže specifikovány v další části práce (Urdenová, Monarchová, 2002).

Jak je patrné, v přitažlivých nemocnicích to byla právě kombinace několika prvků, které vytvářely dobré pracovní prostředí. Spíše než záležitost strategie v nich převládala kvalita řízení a vedení. To je odlišovalo od ostatních nemocnic. Schopní manažeři byli úspěšní v nalézání rovnováhy mezi potřebami a zájmy pacientů, zaměstnanců a organizační entitou, kterou je nemocnice (McClure a kol., 1983).

Charakteristika přitažlivých nemocnic nebyla ve své podstatě ničím neznámým a novým. Hlavním přínosem této zprávy se však stalo, že zdůraznila nutnost plánování a integrace těchto charakteristik do strategického rámce. Zároveň bylo potvrzeno, že zjištěné charakteristiky lze spojit s úspěchem při náboru a udržení nových zaměstnanců (Buchan, 1999).

1.3. Další vývoj: Magnet Recognition Program® a Pathway to Excellence Program®

V roce 1991 ve Spojených státech vznikla samostatná divize American Nurses Credentialing Center (ANCC) a byl vytvořen akreditační program uznávání magnetismu nemocnic, tzv. Magnet Recognition Program® (Urdenová, Monarchová, 2002).

Posláním ANCC je rozvíjet kvalitu v ošetrovatelství a zdravotní péči na globální úrovni pomocí akreditačních programů. Akreditační programy ANCC mohou získat organizace, kde je patrný důraz na kontinuální vzdělávání sester a jejichž vzdělávací programy splňují stanovené standardy. Certifikační programy ANCC jsou zaměřeny i na jednotlivce. Jde o proces, který umožňuje registrované zdravotní sestře kontrolovat, zda má nezbytné znalosti, dovednosti a schopnosti pro provozování praxe ve svém oboru/specializaci (Mission statement ANCC, 2015).

Další program, který v té době vznikl, tzv. The Pathway to Excellence Program® (*Cesta k excelenci*), oceňuje odhodlání zdravotnických organizací vytvářet pozitivní pracovní prostředí pro poskytování ošetrovatelské péče. The Pathway to Excellence in Long Term Care® je pak prvním programem, který oceňuje tento typ podpůrného pracovního prostředí specificky v zařízeních dlouhodobé péče. Tyto programy se soustřeďují na vzájemnou spolupráci, kariérní rozvoj a zodpovědné vedení (*leadership*) zdravotních sester (Mission statement ANCC, 2015).

Magnet Recognition Program® je v současné době nejprestižnějším oceněním, které může zdravotnická organizace získat v oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Hodnoceny jsou přitom oblasti jako management, filozofie a praxe ošetrovatelství, soulad s národními standardy ke zlepšení kvality péče o pacienty, podpora profesionální praxe a kontinuálního zvyšování kompetencí zdravotních sester, chápání a respektování kulturních a etnických odlišností pacientů, jejich blízkých a samotných zdravotnických pracovníků. Od roku 2000 je toto prestižní ocenění udělováno na mezinárodní úrovni. Po čtyřech letech musí zdravotnická organizace

projít novým akreditačním řízením a splnit podmínky pro to, aby jí byl opět uznán status přitažlivé nemocnice (Urdenová, Monarchová, 2002).

Aby se zdravotnické zařízení mohlo o toto ocenění ucházet, musí naplnit 12 standardů ANCC. V těchto standardech jsou obsaženy požadavky na vedoucí pracovníky, pracovní prostředí, způsob zaškolování a vzdělávání zdravotních sester, systém kontroly péče, profesní rozvoj pracovníků, podpora vyváženého pracovního a osobního života, praxe a péče založená na důkazech.

Prověření, zda nemocnice splňuje požadovaná kritéria, trvá dva roky. Akreditace je udělena na čtyři roky a pro její opětovné získání musí organizace opět doložit, že stanovená kritéria splňuje (ACNN, 2013).

ANCC Credentialing Knowledge Center™ (tedy vzdělávací centrum této organizace) poskytuje edukační materiály a poradenství zdravotním sestřím a organizacím, aby mohly v programech uspět. ANCC je jedinou akreditační sesterskou organizací, která získala certifikaci ISO 9001:2008 (Mission statement ANCC, 2015).

Celkem je ve světě už 422 zdravotnických organizací, které ocenění Magnet hospital získaly (Find a magnet hospital ANCC, 2015). Naleznete je v USA (415), Austrálii (3), Saudské Arábii (2), Kanadě (1) a Libanonu (1).

1.4. Přitažlivé nemocnice - charakteristika

Pro přitažlivé nemocnice je charakteristický vyšší poměr zdravotních sester k pacientům (nurse patient ratios), klinická autonomie, kontrola ošetrovatelské praxe, lepší komunikace a vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři, jsou zde kompetentní a vzdělané zdravotní sestry, výrazná administrativní a organizační podpora a především soustředění se na pacienta, který je centrem pozornosti zdravotní péče (Kramerová, 1990, Havensová a Aikenová, 1999).

1.4.1. Přitažlivý model /Magnet model/

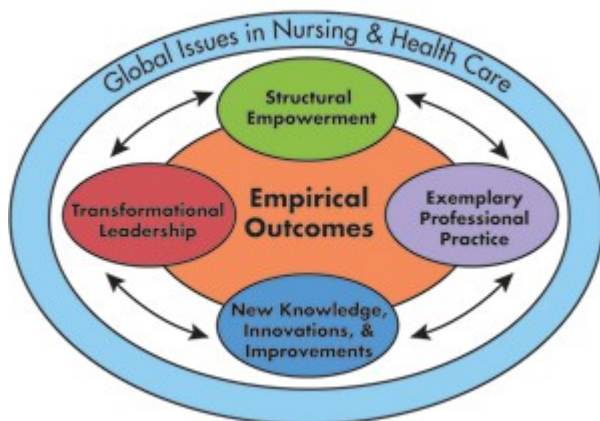
Sám „přitažlivý model“ byl vytvořen v roce 2007 (Morganová, 2009). Stalo se tak díky vyhodnocení dostupných dat a uspořádání do méně domén, než představovalo 14 magnetických sil. Tento model tvoří základní strukturu a procesy magnetické nemocnice. Znázorňuje zásadní vlivy, které podporují výtečnou ošetrovatelskou praxi. Důraz je přitom kladen na vedení ošetrovatelské péče a prokazatelné dosažení lepších výsledků při poskytování péče.

Model tvoří pět částí:

- transformační vedení / *transformational leadership*;
- strukturální zmocnění / *structural empowerment* ;
- příkladná profesionální praxe / *exemplary professional practice* ;
- nové znalosti, inovace a zlepšení / *new knowledge, innovation, improvements*
- empirické výsledky / *empirical outcomes* (Obrázek 1).

Jednotlivé komponenty magnetického modelu jsou vsazeny do kontextu současných problémů v ošetrovatelství a zdravotní péči, jako jsou stárnoucí pracovní síla, finanční tlaky a technologický rozvoj, které jsou výzvou pro ošetrovatelství a zdravotní péči i v globálním měřítku. Model je dynamický, kdy je cíle dosaženo skrze vzájemně související části, které společně napomáhají k dosažení výtečných výsledků v ošetrovatelské praxi (Morganová, 2009).

Obr. 1. Přitažlivý model



Zdroj: ANCC, 2015

1.4.1.1. Transformační vedení

Transformační vedení je takový „styl vedení, ve kterém vedoucí identifikuje potřebnou změnu, vytváří vize k provedení změny, inspiruje a provádí změnu spolu s ostatními (online: Business Dictionary, 2016).

Transformační vedoucí je osoba, která je schopná identifikovat a předávat jasné vize a hodnoty. Pro transformační vedení se stává nezbytností potřeba vytvořit a podporovat cíle, které jsou v nejlepším zájmu celé organizace a všech jejích zaměstnanců (ANCC, 2013; Trofinová, 1995).

Transformační vedoucí klade důraz na motivaci a pozitivní rozvoj zaměstnanců. To jim umožňuje dosahovat dobrých výsledků a zároveň mít uspokojení z práce. Vedoucí jsou vzorem pro své podřízené, jsou oblíbení, respektovaní a podřízení jim věří, motivují a inspirují své okolí, oceňují práci svých podřízených, podporují kreativitu a inovace, podporují jednotlivce při dosažení cílů a osobním růstu (Bass, 2006).

Transformační vedení zvyšuje spokojenost zdravotních sester a přispívá k tomu, že si je organizace udrží. Rozhodující vliv zde mají vedoucí pracovníci, proto by se manažeři zdravotnické organizace měli zabývat stylem vedení svých vedoucích pracovníků (Abdelhafiz a kol., 2015).

Podle Trofinové (1995) je překážkou transformačního vedení tradiční hierarchie ve zdravotnictví. Zde je pro zdravotní sestry obtížné mít dostatek sebevědomí nezbytného pro rozhodování, komunikaci a získání dovednosti asertivity a umění vyjednávání.

1.4.1.2. Strukturální zmocnění

V „přitažlivém modelu“ vychází strukturální přenášení pravomocí z Kanterovy teorie strukturálního zmocnění. Kanter definuje pravomoc jako schopnost využívat zdroje a dosáhnout daných cílů oproti vnímání moci v tradičním hierarchickém kontextu (Kanter in Armstrong; Laschinger, 2006).

Strukturální přenášení pravomocí znamená umožnit zdravotnickému personálu přístup k informacím, podpoře a zdrojům, které potřebuje k tomu, aby svou práci mohl vykonávat dobře a mohl dělat spolehlivá rozhodnutí o ošetrovatelské péči. Řádně vytvořené struktury a procesy umožňují vytvořit inovativní prostředí, kde je dosaženo dobrých výsledků (ANCC, 2013).

Dynamika zdravotnických organizací vyžaduje, aby zdravotní sestry byly schopny využít své znalosti a dovednosti v náročných situacích. Pokud se do takových situací dostanou bez příslušných pravomocí, spoléhají se spíše než na své schopnosti na rigidní byrokratické struktury. Pokud jsou v organizaci vytvořeny podmínky pro příslušné přenášení pravomocí na zdravotní sestry, je nezbytné mít na vědomí, že nutné je i zmocnění psychologické. Tím je myšleno, jak zdravotní sestra vnímá význam své práce, svou roli, své kompetence k naplnění své role, míru kontroly a autonomie ve své práci, a to, jaký dopad má její práce na konečné výsledky (Rao, 2012).

Laschingerová a kol. (2009) poukazují na to, že manažerské strategie, které zmocňují zdravotní sestry v jejich profesní praxi, jsou prevencí projevů nezdvořilosti na pracovišti a v konečném důsledku i vyhoření zdravotnických pracovníků.

1.4.1.3. Příkladná profesionální praxe

Přitažlivé nemocnice, přístup jejich administrativy a jednotlivých pracovníků bezesporu pozvedá úroveň ošetrovatelské péče. Organizace využívá potenciálu, který má profesionální ošetrovatelská péče, a toho, čeho může dosáhnout. Taková praxe je postavena na dvou hlavních komponentech:

- na modelu profesionální praxe;
- na systému poskytování péče.

Profesionální model péče zahrnuje hodnoty ošetrovatelství, leadership, vzájemnou spolupráci a profesionální rozvoj a systém poskytování péče. Profesionální model péče musí být začleněný do kultury zdravotnické organizace. Strategické vize, hodnoty a priority modelu péče jsou přitom paralelní s posláním, vizemi a hodnotami organizace samotné. V přitažlivých nemocnicích je systém poskytování péče orientován na pacienta a jeho rodinu. To souvisí i s tím, jakým způsobem je péče personálně zabezpečena, jak je zajištěna návaznost péče a to, aby kompetence zdravotní sestry byly v souladu s potřebami pacienta. Personální zabezpečení péče je flexibilní a umožňuje přizpůsobení se měnícímu se pracovnímu náporu a závažnosti stavu pacienta (Wolfová, 2008).

1.4.1.4. Nové znalosti, inovace a zlepšování

Integrace praxe založené na důkazech a výzkumu v rámci klinické praxe v přitažlivých nemocnicích hraje zásadní roli, protože umožňuje dosažení lepších výsledků v péči o pacienta a v ošetrovatelství vůbec. Zdravotnické organizace se v rámci zlepšování a inovace zabývají novými modely péče, v praxi aplikují současné poznatky výzkumu a využívají nové poznatky (ANCC, 2013).

Významnou roli a vliv na zavádění nových poznatků do praxe mají vedoucí pracovníci, kteří stimulují, přenášejí pravomoci a vytváří pracovní prostředí důvěry a komunikace (Kent, 2011). Implementace a inovace jsou možné pouze v takových zdravotnických organizacích, kde jsou vytvořeny vhodné podmínky, kde vedení zná a rozumí kultuře daného pracoviště, tedy i kultuře jednotlivých oddělení a klinik (Wilsonová a kol., 2005; Coelingová a Simmsová, 1993).

V tomto ohledu pak můžeme hovořit o efektivní pracovní kultuře přitažlivých nemocnic. Efektivní pracovní kultura se vyznačuje tím, že je orientována na člověka (pacienty, uživatele, personál), že každodenní rozhodovací proces je transparentní a je založen na důkazech a že je patrné využívání různých zdrojů informací (preferenze pacientů, empirický výzkum, kritická reflexe zkušeností, profesní expertiza a lokální znalost (např. výstupy z auditu) a kritika je konstruktivní a má přispět k efektivnosti jednotlivců, týmů a služeb (Manley in Kent, 2011).

1.4.1.5. Empirické výsledky

Přitažlivé nemocnice podporují výzkum a zavádění nových poznatků do praxe. Implementace praxe založené na důkazech je závislá na schopnosti dosáhnout zjevné a plánované změny zapojením jednotlivců, skupin a celé organizace (ANCC, 2013).

Tato oblast vyžaduje největší pozornost, protože přínos, jaký mají zdravotní sestry, by měl být založen na nesporných faktech. Empirické výsledky, ať již kvalitativního nebo kvantitativního výzkumu, dokládají důležitost ošetrovatelské péče a přínos práce zdravotních sester. Zásadní otázkou by nemělo být, co a jakým způsobem zdravotní sestra dělá, ale jaký význam tyto činnosti mají/měly (ANCC, 2013).

Kritické zhodnocení se stává důležitou povinností pro všechny pracovníky ve zdravotnictví. Jen tak může dojít k integraci nově získaných poznatků do praxe. Ve zdravotní péči je dnes velký potenciál, který není možné vždy plně využít. Kontinuálně se zvyšují náklady na zdravotní péči, dochází ke změnám v profesních rolích a zodpovědnosti, zejména pak v souvislosti s celosvětovým nedostatkem pracovníků ve zdravotnictví a s omezením v přístupu a dostupnosti zdrojů. Schopnost začlenit nové poznatky do praxe je často pomalá, plná překážek, a v některých případech je proto začlenění nových poznatků do praxe neúspěšné (Rycroft-Malonová a Bucknallová, 2013).

V posledních letech se výzkum soustředil především na zjišťování souvislostí mezi charakteristikou nemocnic a výsledky péče. To reflektuje nové priority v řízení lidských zdrojů v ošetrovatelství. Jsou jimi nalézání spojitostí mezi úmrtností a charakteristikou nemocnic a spojitost mezi nižší mortalitou a modelem

ošetřovatelské péče (Reganová, Laschingerová, Wongová, 2016; Aikenová a kol., 2011; Edmondsonová, 2004; Buchan, 1999).

1.5. Systémy poskytování ošetřovatelské péče

Systém, podle kterého je péče poskytována, závisí na zvoleném modelu nabízené ošetřovatelské péče. Podle zvoleného modelu péče se odvíjí počty personálu, typy personálu (registrovaná sestra, zdravotnický asistent, ergoterapeut, fyzioterapeut aj.). Model péče by měl být zvolen podle typu oddělení, mít konzistentní standardizovanou strukturu, musí v něm být jasně stanovena zodpovědnost a odpovědnost jednotlivých pracovníků, personál musí být edukován o rozsahu praxe a musí v něm být také jasně stanoveny pracovní povinnosti jednotlivých pracovníků (Mensiková, 2013).

Mantheyová (1991) považuje při výběru systému ošetřovatelské péče za nezbytné zvážení pětice otázek:

1. Kdo je zodpovědný za ošetřovatelskou péči a kdo o ní rozhoduje?
2. Jak dlouho jsou rozhodnutí učiněná touto osobou platná?
3. Jakým způsobem je práce rozdělována mezi personálem (zda podle činností, nebo podle pacientů)?
4. Jakým způsobem je komunikována péče o pacienta?
5. Jak je celé oddělení řízeno? (Počty personálu by měly vždy odrážet zdravotní stav pacientů daného oddělení a jejich množství.)

Model týmové ošetřovatelské péče je založen na spolupráci registrovaných sester (RN), zdravotních sester pracujících pod odborným dohledem a zdravotnických asistentů. Všichni společně identifikují, plánují, implementují a vyhodnocují péči. Výhodou tohoto způsobu řízení poskytování ošetřovatelské péče jsou nižší personální náklady (menší počet zdravotních sester s vysokoškolským a specializačním vzděláním). Úspěšnost tohoto modelu je závislá na dobré vzájemné komunikaci a spolupráci a dobrých řídicích schopnostech registrovaných zdravotních

sester (Mensiková, 2013). Podle Gordonové tkví nedostatek tohoto modelu v limitování kontaktu registrované sestry s pacientem, protože jejím hlavním úkolem se stává dohled nad méně zkušenými a vzdělanými kolegy, kteří poskytují přímou péči (Gordonová in Weinbergová, 2003).

V modelu primární ošetrovatelské péče zajišťuje registrovaná zdravotní sestra veškerou péči malé skupině pacientů. Registrovaná sestra je v přímém kontaktu s pacientem, provádí veškerou péči o pacienta, což jí umožňuje oceňovat stav pacienta, plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči. Výhodou tohoto modelu je posílení vztahu zdravotní sestry a pacienta, vyšší autonomie, rozvoj dovedností a lepší dosahované výsledky ošetrovatelské péče. Primární péče má ovšem vyšší personální náklady (Mensiková, 2013; Weinbergová, 2003).

Z hlediska spokojenosti pacientů a zdravotních sester se pak zdá být model primární ošetrovatelské péče výhodnější než ostatní modely ošetrovatelské péče. Nižší výskyt nežádoucích událostí (chyby při podání léků, komplikace: dekubity, malnutrice, deliria aj.) je brán v potaz při srovnávání personálních nákladů, kdy náklady na léčbu komplikací mnohonásobně převyšují náklady personální (Gardener, 1991; Reed, 1988; Sellick a kol., 1983; Wilson, 1989).

Funkční model poskytování ošetrovatelské péče je orientován na konkrétní výkony s tím, že každý člen zdravotního týmu má přidělen výkon nebo funkci. Může to například znamenat, že zdravotní sestra podá léky všem pacientům na oddělení, registrovaná sestra provádí veškeré úkony spojené s administrativou – příjem, překládání a propuštění pacientů a zdravotní asistent provádí hygienu. Vedoucí pracovník (staniční sestra) pak rozhoduje o tom, kdo a které činnosti bude provádět, přitom zohlední silné a slabé stránky jednotlivých pracovníků. Výhodou tohoto modelu jsou nízké personální náklady a rychlost provedení činností. Péče je však fragmentovaná, je zde nízká zodpovědnost a odpovědnost registrovaných sester, vytvoření vztahu mezi registrovanou sestrou a pacientem je fakticky nemožné, vyskytuje se špatná evaluace a dokumentace ošetrovatelské péče, nikdo z členů týmu není schopen zodpovědět všechny otázky týkající se péče o pacienta a hrozí vysoké riziko chybovosti kvůli vyšší rychlosti provádění jednotlivých úkonů (Mensiková, 2013).

1.6. Překážky ošetřovatelství založeného na důkazech /evidence based nursing/

Aplikace nových poznatků a výzkumu v ošetřovatelství je pro zdravotní sestry dosti problematická. Pravikoff a kol. (in Ciliska, Haynes, Marks, 2013) provedli na toto téma průzkum mezi 3000 zdravotními sestrami v USA. Zdravotní sestry často udávaly potřebu informací, ale získávaly je především dotazem u kolegyň či nadřízených, anebo hledaly informace na internetu. K získávání potřebných informací prakticky nevyužívaly bibliografické databáze PubMed nebo CINAHL. Skutečnost, že výsledky výzkumu nepřeváděly do praxe, pak byla zdůvodňována kromě nedostatku času i domnělou nízkou hodnotou získaných poznatků, nepochopením elektronických databází, problémem se získáním přístupu k výzkumným materiálům a problémem porozumět vysoce odborným článkům. Ukázalo se tak, že zdravotní sestry většinou spoléhají na znalosti ze zdravotních škol bez ohledu na to, jak dlouhá doba uplynula od jejího ukončení. Pravikoff a kol. (tamtéž) dospěli k závěru, že přes přiznání potřeby informací k tomu, aby byla jejich činnost efektivní, disponují zdravotní sestry pouze malými nebo přímo žádnými předpoklady k samostatnému sběru nových informací, nechápou význam výzkumu a jsou obecně nepřipravené pro vykonávání praxe založené na nových poznatcích. Zároveň nemají dostatek sebevědomí, aby nové poznatky do praxe implementovaly (Ciliska, Haynes, Marks, 2013).

2. Magnetické síly

Přesto, že všech 14 sil přitažlivosti (Urdenová, Monarchová, 2002) bylo v roce 2007 zakomponováno do magnetického modelu (Morganová, 2009), rozhodla jsem se jim věnovat podrobněji. Jednotlivé síly, jejich výskyt či absence, mohou pomoci k lepší analýze organizace. Věřím také, že zaměření se na těchto 14 přitažlivých sil může mít v praxi pozitivní důsledky ve zvýšení spokojenosti zaměstnanců a spolu s tím i kvality poskytované péče. Rozhodla jsem se na ně však podívat také v kontextu současných poznatků a studií.

Původní studie z roku 1983 (McClure a kol., 1983), o kterou se celý koncept přitažlivých nemocnic opírá, identifikovala 14 charakteristik přitažlivých nemocnic. Jedná se o atributy organizace, které jsou známkou vynikající ošetrovatelské praxe. Jak již bylo upomenuto, zdravotnické zařízení musí splnit kritéria ve všech oblastech, aby mohlo být označeno jako nemocnice přitažlivá (Forces of magnetism ANCC, 2015).

14 přitažlivých (magnetických) sil:

- Kvalita vedení /leadershipu/ v ošetrovatelství.
- Organizační struktura.
- Manažerský styl.
- Personální politika a programy.
- Profesionální modely péče.
- Kvalita péče.
- Zvyšování kvality.
- Konzultace a zdroje.
- Autonomie.
- Komunita a zdravotnické zařízení.
- Zdravotní sestry jako učitelé.
- Obraz ošetrovatelství.
- Interdisciplinární vztahy.
- Profesní rozvoj.

(Forces of magnetism ANCC, 2015)

2.1. Kvalita vedení v ošetrovatelství

Vedoucí pracovníci jsou v magnetických nemocnicích považováni za klíčové osobnosti. Požadavky jsou kladeny na jejich osobnostní charakteristiky a profesní přípravu. Po vedoucích pracovnících je požadováno vysokoškolské vzdělání bakalářského typu, po vrcholných manažerech ošetrovatelské péče (CNO/NOP) je požadováno magisterské vzdělání, není-li magisterské vzdělání dosaženo v oboru ošetrovatelství, musí být alespoň bakalářské nebo doktorandské. To je také prerekvizita akreditačního řízení pro udělení statutu Magnet Hospital®. Musí být schopni jasně a srozumitelně formulovat vize a strategie, být podporou pro zdravotnický personál (Forces of magnetism ANCC, 2015).

Vedoucí pracovníci hrají důležitou roli při udržení ošetrovatelského personálu a kvality ošetrovatelské péče (Mackoff, Triolo, 2008). Způsob vedení /leadership/ a pracovní uspokojení a věrnost a loajalita k organizaci přitom spolu úzce souvisí. Čím mají zdravotní sestry větší pocit uspokojení a loajality k organizaci, tím menší je pravděpodobnost, že ji opustí. Vedení zde hraje hlavní roli. Mezi vedením a pracovním uspokojením, produktivitou práce a oddaností organizaci byla prokázána pozitivní korelace (Stordeur a kol., 2001; Lashinger a kol., 1999; Morrison a kol., 1997, McNee-Smith, 1995).

Jaké vlastnosti by měl mít dobrý vedoucí pracovník? Na tuto otázku se snažila nalézt odpověď firma Google. Uskutečnila rozsáhlý a dlouholetý výzkum označený jako Project Oxygen (Garvin, Berkleyová, Kindová, 2013). Cílem bylo zjistit, zda jsou vedoucí pracovníci důležití a proč jsou někteří efektivnější. Výzkumná skupina identifikovala 8 rozhodujících manažerských dovedností.

Dobrý manažer:

- je dobrý kouč;
- zmocňuje a přehnaně nekontroluje;
- vyjadřuje zájem a starost o úspěch a pohodu svých podřízených;
- je orientován na výsledky;
- naslouchá a sdílí informace;
- pomáhá v kariérním rozvoji;

- má jasnou vizi a strategii;
- má klíčové technické dovednosti.

(Garvin, Berkleyová, Kindová, 2013)

Srovnáme-li magnetický model, jednotlivé přitažlivé síly, je patrné, že tyto požadavky odpovídají znakům vedení v magnetických nemocnicích. Tím lze vysvětlit, proč jsou tyto nemocnice v mnoha ohledech úspěšné (udržení personálu, kvalita péče, atraktivita nemocnic pro personál a pacienty).

2.2. Organizační struktura

V přitažlivých nemocnicích převažuje plochá (horizontální) organizační struktura a decentralizovaný proces rozhodování. Organizační struktura je dynamická a reaguje na změny. Patrné je silné zastoupení zdravotních sester ve výborech a komisích organizace. Zdravotní sestry mají svého zástupce ve vedení organizace. Náměstek ošetrovatelské péče je přímo podřízen řediteli zdravotnické organizace.¹ Organizace má funkční a produktivní systém rozhodování (Forces of magnetism ANCC, 2015).

Organizační struktury, které umožňují zdravotním sestřám kontrolu nad jejich pracovním prostředím, zvyšují spokojenost zdravotních sester a pocit dostatečného zmocnění² (Upenieks, 2003).

Ukazuje se také, že pacienti dosahují lepších výsledků, pokud jsou zdravotní sestry schopné profesionálně posoudit potřeby pacienta a jednat na základě svého profesionálního úsudku. Některá organizační nastavení tomuto procesu spíše brání, než aby jej podporovala (Aikenová a kol., 1998). Některé studie poukazují na pozitivní vztah mezi decentralizovaným rozhodováním a lepšími výsledky pacientů (Scott a kol. in Aikenová, 1998).

¹ Tento služební post je v zahraniční literatuře označován jako Chief Nursing Officer (CNO) a je srovnatelný s NOP v ČR.

² Empowerment - význam tohoto slova je spojen „s dáním moci nebo autority“ (Oxford studijní slovník (2010, str. 262)), podle Bussines dictionary (online) je empowerment „manažerská praxe, sdílení informací, odměn a moci se zaměstnanci, kteří pak mohou převzít iniciativu, rozhodovat se, řešit problémy, zlepšit služby a výkon.“
<http://www.businessdictionary.com/definition/empowerment.html>

2.3. Manažerský styl

Zdravotnická organizace a vedoucí zdravotničtí pracovníci vytvářejí pracovní prostředí, které podporuje participaci. Zpětná vazba od všech zaměstnanců je podporována, ceněna a je všeobecně přijímána. Pracovníci na řídicích pozicích jsou viditelní, dosažitelní a starají se o efektivní komunikaci (ANCC, 2015).

Jednou ze společných charakteristik přitažlivých nemocnic je právě osvícený management. Vedoucí pracovníci v těchto organizacích chápou, že mají dva druhy zákazníků. Jednak zdravotnický personál, který je důvodem, že si pacient zvolí dané zdravotnické zařízení. A samotné pacienty s jejich rodinami. Vědí, že pacienti jsou přijímáni do nemocnic, protože potřebují ošetrovatelskou péči, a jsou z nemocnice propuštěni v okamžiku, kdy již nepotřebují péči v rozsahu, který by vyžadoval hospitalizaci. Přitažlivé nemocnice jsou instituce, kde je náměstek ošetrovatelské péče³ skutečně na vrcholové řídicí úrovni, participuje na řízení celé organizace a podílí se na dosažení cílů organizace (McClure, Hinshaw, 2002).

Solovy (2002) upozorňuje, že je možné se v praxi setkat s vytvářením neformálních skupin v nejužším kruhu vrcholového vedení, které mají vliv na rozhodování v organizaci. Tyto skupiny podřívají autoritu a účinnost klíčových vedoucích pracovníků, pro které je práce v takovém prostředí obtížná, a musí se neustále snažit předvídat chování vrcholového managementu.

³ Chief Nursing Officer

2.4. Personální politika, programy

Přitažlivé nemocnice v praxi využívají kreativní a flexibilní modely personálního zajištění, které podporuje bezpečné a zdravé pracovní prostředí. Personální politika je vytvářena se zapojením zdravotních sester v přímé péči. Jsou zde příležitosti pro profesní růst. Personální politika a programy podporují profesionální ošetrovatelskou praxi, vyváženost pracovního a osobního života a zajištění kvalitní ošetrovatelské péče (ANCC, 2015).

V otázkách personální politiky lze považovat za inspirující studii Chiara Dall'Ora (2015). Zjistila, že 12hodinové směny, které jsou v evropských zemích častou praxí, jsou spojeny s nepříznivými důsledky, a to včetně syndromu vyhoření. Dále mohou ohrožovat zdraví nejen pacientů, ale i samotných zdravotních sester. Zdravotní sestry, které pracovaly ve 12hodinových směnách, častěji uváděly syndrom vyhoření ve smyslu emocionálního vyčerpání, depersonalizaci, nízkou osobní spokojenost. S vyšší flexibilitou pracovních směn daleko častěji udávaly nespokojenost v práci a zvažování odchodu z profese. Manažeři a zdravotní sestry by proto měli zvážit, bohužel běžné, zavádění 12hodinových směn a přesčasových hodin, které jsou spojovány s horší ošetrovatelskou péčí a, jak se ukazuje, nejsou vhodnou strategií řešení nedostatku zdravotních sester.

Referovaná studie je ovšem v přímém rozporu se starší studií Stoneové a kol. (2006), podle které 12hodinové směny jsou naopak tím, co udržuje zdravotní sestry v nemocnicích, zdravotní sestry je preferují a jsou v práci spokojenější.

Podle Fergusonové (2012) není zásadní otázkou, jestli jsou výhodnější 12 nebo 8hodinové směny, pozornost by měla být zaměřena na konkrétní pracoviště, konkrétního zaměstnance a konkrétní povolání. Směny by měly být určovány na základě toho, jak jejich délka ovlivňuje případná rizika a chyby, a posuzovány v kontextu celého systému.

2.5. Profesionální modely péče

V přitažlivých nemocnicích jsou využívány modely ošetrovatelské péče, které zdravotním sestřím nabízejí přímou odpovědnost a autoritu při poskytování ošetrovatelské péče. Zdravotní sestry samy zodpovídají za svou vlastní praxi a za koordinaci péče. Model péče je volen podle potřeb pacientů. Zajištěna je bezpečnost a návaznost péče. Důraz je kladen na dostatečné personální zajištění ošetrovatelské péče zkušenými zdravotními sestrami. K dispozici jsou adekvátní zdroje k tomu, aby mohly být dosaženy požadované cíle (ANCC, 2015).

Profesionální model péče lze realizovat v organizacích, které podporují profesionální model praxe /professional practice model/ (PPM). PPM definuje Hoffartová (1996) jako systém, jehož struktura, procesy a hodnoty umožňují zdravotním sestřím rozhodovat o způsobu, jakým bude ošetrovatelská péče poskytována, a v jakém prostředí bude poskytována (Obrázek 2).

PPM má pět subsystémů:

profesionální hodnoty / *professional values*;

profesionální vztahy / *professional relationship*;

systém poskytování ošetrovatelské péče / *patient care delivery system*;

přístup nebo postoj managementu / *management approach*;

kompenzace a odměny / *kompensation and rewards*.

Hlavním subsystémem jsou profesionální hodnoty. Efektivní profesionální vztahy a systémy poskytování péče není možné vytvořit bez respektu k důstojnosti a hodnotě jednotlivých členů a bez víry v autonomii, odpovědnost a vzájemnou závislost všech profesních skupin. Hodnoty determinují, zda je rozhodování decentralizované a zda je kreativita považována za něco cenného (Hoffartová, 1996).

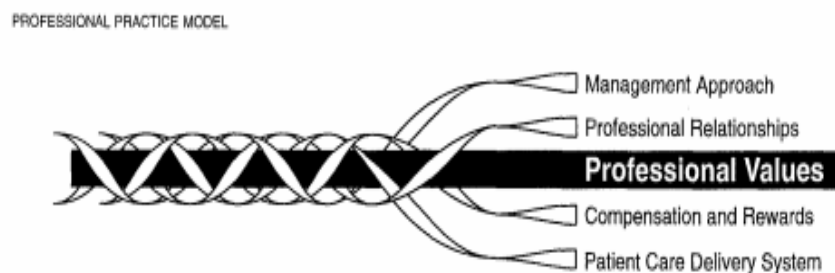
Hodnotám se zdravotní sestry učí během profesní přípravy a jsou zdůrazněny v etických kodexech. Jde o následujících sedm hodnot, které ošetrovatelství považuje za podstatné:

- altruismus (nesobecké myšlení a cítění, nezištné jednání ve prospěch druhých);
- rovnoprávnost;

- estetika;
- svoboda;
- lidská důstojnost;
- spravedlnost;
- pravda.

(Hoffartová,1996)

Obr. 2 Profesionální model praxe podle Hoffartové



Zdroj: Hoffart, N., & Woods, C. Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing*, 12(6), s. 354-364.

2.6. Kvalita péče

Kvalita je v přitažlivých nemocnicích systematickou řídicí silou jak pro ošetřovatelství, tak i samotnou organizaci. Zdravotní sestry ve vedoucích pozicích jsou zodpovědné za zajištění prostředí, které pozitivně ovlivňuje kvalitu péče o pacienta. Zdravotní sestry samy vnímají, že poskytují ošetřovatelskou péči na vysoké úrovni, toto vnímání je všudypřítomné v celé organizaci (Forces of magnetism, ANCC, 2015).

Stále větší pozornost je ve zdravotnictví věnována kvalitě života a výsledkům poskytované péče a snaze odpovědným způsobem snižovat náklady na zdravotní péči. Ferlie a Shortell (2001) ve své práci srovnávají systémy poskytování zdravotní péče ve Velké Británii a USA a jejich strategie k zajištění kvalitní zdravotní péče a zdůrazňují, že pro zajištění kvalitní zdravotnické péče musí zdravotnické organizace vytvářet kulturu, která klade důraz na učení a týmovou práci, musí se soustředit na pacienta a využívat přínos informačních technologií.

2.7. Zvyšování kvality

Organizace má vytvořenou strukturu a procesy pro měření i sledování kvality a má také programy pro zvyšování kvality péče a služeb (ANCC Forces of magnetism, 2015).

Přitažlivé nemocnice se ve svém vnímání a řízení kvality opírají o poznatky Donabediana. Ten věřil, že kvalita ve zdravotní péči může být definována, měřena a tím dále zlepšována. Při zajišťování kvality jsou pak veškeré kroky zaměřené k prosazování, ochraně a podpoře kvality zdravotní péče. Podle Donabediana (2003) není kvalitu možné garantovat, jediné, co je možné, je zvýšit pravděpodobnost, že péče bude dobrá nebo lepší. Aktivitu k zajištění kvality rozděluje na dvě části: 1.) design systému a zdroje a 2.) monitoring výkonu a uzpůsobení. Tvrdí, že bez dostatečné kvantity a dobré kvality zdrojů není možné poskytnout potencionálně nejlepší péči, které jsme schopni. Systém by měl být nastaven tak, aby umožňoval poskytování dobré péče, nikoliv aby vytvářel překážky (Donabedian, 2003).

Zajímavý přístup ke kvalitě a bezpečí jsem našla v práci Hollnagela (2015), který zdůrazňuje, že není možné zajistit, aby se věci děly a dělaly správným způsobem pouze tak, že budeme bránit tomu, aby k chybám docházelo. Soustředění se na nedostatky a chyby podle něho přináší omezený prostor pro zlepšení a zvyšování bezpečnosti, a je naopak potřeba se více soustředit na to, proč k chybám nedochází.

Magnetické nemocnice se vyznačují také tím, že bezpečnou a kvalitní zdravotní péči je možné doložit solidními daty, organizace je zapojena do benchmarkingu na národní popř. mezinárodní úrovni - v případě organizací ze zemí, kde chybí národní registry indikátorů kvality (ANCC, 2013).

2.8. Konzultace & zdroje

Zdravotnická organizace zajišťuje adekvátní zdroje, podporu a příležitosti k využití expertů, zejména zdravotních sester s rozšířenou způsobilostí⁴. Organizace podporuje zapojení sester v profesních organizacích a mezi kolegy v komunitě (ANCC Forces of magnetism, 2015).

2.9. Autonomie

V magnetických nemocnicích je kladen důraz na autonomii zdravotních sester při poskytování ošetrovatelské péče. Zdravotní sestry poskytují ošetrovatelskou péči na základě svého profesního zhodnocení, expertizy, znalostí a v rozsahu svých kompetencí. Od zdravotní sestry se očekává, že bude svou praxi vykonávat autonomně, v souladu s profesionálními standardy. Nezávislý úsudek je očekáván v kontextu interdisciplinárního a multidisciplinárního přístupu k pacientovi (Forces of magnetism ANCC, 2015).

Autonomie je definována jako pravomoc určit, co je potřeba vykonat při poskytování péče o pacienta, jak jednat na základě zhodnocení stavu pacienta a také přijetí odpovědnosti za svá rozhodnutí (Mundingerová in Kramerová, Schmalenbergová, 2003).

Dle klasické definice je profesionální autonomie sociálně zajištěná a zákonně definovaná svoboda dělat v praxi rozhodnutí bez technického hodnocení těchto rozhodnutí zástupci jiné profese. Známkou profesionální autonomie je rozhodování, které je nezávislé (McKeyová, 1983).

Kramerová a Schmalenbergová (2003) ve své studii zjistily, že míra autonomie ovlivňuje vnímání kvality ošetrovatelské péče samotných sester a zároveň, že čím vyšší je míra autonomie, tím vyšší je pracovní spokojenost zdravotních sester. Prerekvizitou autonomie je kompetence ve smyslu znalosti, dovednosti. Zásadní vliv zde mají manažeři ošetrovatelské péče, kteří by měli zajistit personálu dostatek příležitostí k udržení a rozšiřování znalostí a personálu předat kompetence v autonomním fungování. K tomu je potřeba důvěra v personál a ta se projeví ve

⁴ Advanced practice nurses tento typ zdravotních sester v českém systému není. APN může předepisovat některé druhy léků, autonomně provádět a vyhodnocovat screeningová vyšetření aj. dle státu USA, ve kterém provozuje praxi. Zdravotní sestry s rozšířenou způsobilostí je možné nalézt také v některých zemích Evropské unie.

svobodě, která je dána personálu při rozhodování, poskytování péče a při řešení kritických situací. Zároveň musí být skutečnost, že sestry pracují autonomně, manažery oceněna (Kramerová a Schmalenbergová, 2003).

2.10. Komunita a zdravotnické zařízení

Magnetické nemocnice se snaží vytvářet síť vztahů mezi zdravotnickými organizacemi i komunitními organizacemi, což přispívá k vytvoření partnerství, které podporuje lepší výsledky pro pacienta a zdraví komunit, kterým slouží (ANCC Forces of magnetism, 2015).

V tomto kontextu hovoří i Světová zdravotnická organizace (2013), když mluví o nutnosti adaptace jednotlivých zdravotnických systémů na měnící se demografii a druhy onemocnění. Velkou výzvou jsou duševní onemocnění, chronická onemocnění a stavy spojené se stárnutím. To vyžaduje přeorientování zdravotnických systémů na prevenci, zajištění kontinuálního zvyšování kvality a integrace poskytování služeb, návaznost služeb, podporu schopnosti sebezpečí pacientů a přesunutí péče do domácího prostředí, které je bezpečné a nákladově výhodné (WHO, 2013).

2.11. Zdravotní sestry jako učitelky/mentorky

V přitažlivých nemocnicích je vytvořen program rozvoje a mentoringu pro instruktory studentů všech úrovní (středních škol, čerstvých absolventů, zkušených sester atd.) Zdravotní sestry jsou zapojeny do vzdělávacích aktivit a výuky nejen studentů ošetrovatelství, ale i v komunitě. Samy zdravotnické organizace vítají a podporují vzdělávání studentů všech akademických programů. V organizaci jsou také nastaveny edukační programy pro pacienty (Forces of magnetism ANCC, 2015).

Spolupráce mezi zdravotními sestrami a sestrami žákyněmi je nezbytná pro vytvoření nejlepších možných podmínek pro praktické vzdělávání zdravotních sester. Žákyně totiž představují budoucnost ošetrovatelské profese. V klinické praxi můžeme chování a přístup zdravotních sester rozdělit podle Jacksonové a Mannixové (2001) do dvou skupin - užitečné a neužitečné chování/přístup. Chování, které

studenti považují za užitečné, je pochopení, přátelské vystupování, projevení zájmu a vysvětlování. Chování, které studenti považují za neúčinné, je často spíše pasivní než aktivní, kdy studenti vnímají, že nejsou vítáni a překáží na oddělení.

Přestože je podíl na výuce a profesní přípravě zdravotních sester jednou z rolí kvalifikované sestry⁵ a v praxi se očekává, že všechny zdravotní sestry budou mentorkami, je podle Lastové a Fulbrooka (2003) opomíjena skutečnost, že někteří jedinci nemají schopnosti ani zájem tuto roli v praxi převzít. Studenti, kteří byli zapojeni do jejich studie, také zdůrazňovali, že rozhodující vliv na úroveň a kvalitu odborné přípravy měli vedoucí zaměstnanci (staniční sestry). Samotné klima v organizaci (intraprofesionální vztahy, stres, model péče) může negativně ovlivnit to, jakým způsobem studenti nahlíží na profesi zdravotní sestry a svou kariéru.

Magnetické nemocnice lze označit jako organizace, které jsou si vědomé, že špatné klinické prostředí a morálka zdravotnického zařízení může odrážet studenty od vstupu do zdravotnického prostředí, ochotě postavit se výzvám ve zdravotnictví a podněcovat k potřebným změnám.

2.12. Image ošetrovatelství

Magnetické nemocnice kladou velký důraz na vytváření pozitivního obrazu ošetrovatelství a ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je vnímána jako nezbytná a zdravotní sestry nepostradatelné pro zajištění péče o pacienta. Zdravotní sestry jsou aktivně zapojeny a ovlivňují řízení zdravotnické organizace (ANCC Forces of magnetism, 2015).

Jak a proč je důležité pro nemocnice vytvářet pozitivní obraz ošetrovatelské profese, ukazují i mnohé výzkumy. Takaseová, Maude, Maniasová (2006) zjistili, že to, jak je ošetrovatelská profese vnímána, má vliv nejen na získávání nových zájemců o studium oboru ošetrovatelství, ale i na udržení jednotlivců v této profesi.

Některé výzkumy také ukazují, že je veřejné mínění o profesi zdravotních sester často zkreslené a nepřesné. Na tomto zkreslení mají často významný podíl média, která opakují stereotypní vyobrazení zdravotních sester jako milosrdných

⁵ Také v ČR toto stanoví Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 3 odst. 1 písm. c.)

andělů, služek lékařů a jejich sexuálních objektů. Samotné zdravotní sestry získávají sebepojetí a profesní identitu i z mínění veřejnosti, pracovního prostředí, pracovních hodnot, vzdělání a z tradičních sociálních a společenských hodnot (Hoeveová a kol., 2013).

Ukazuje se také, že je možné nalézt shodu mezi veřejným obrazem a sebepojetím zdravotních sester. Zdravotní sestry, které mají pocit, že je jejich veřejný obraz negativní, si pravděpodobně vytvoří nízké sebepojetí. A naopak negativní sebepojetí a prezentace zdravotních sester ovlivňuje veřejné mínění (Öhlen a Segesten, 1998; Greg a Magilvy, 2001; Takase a kol., 2002 ; Tzeng, 2006 in Hoeveová a kol., 2013).

Podle Gordonové (2005) stále přetrvává obraz ošetrovatelství jako něčeho, co je pasivní a statické. Od zdravotní sestry se očekává, že bude sebeobětující, altruistická a spokojená a že tyto ctnosti samy o sobě budou její odměnou. Poukazuje na skutečnost, že v praxi získávají lékaři uznání za práci, kterou ve skutečnosti vykonávají nebo vykonaly sestry. Zdravotní systém popisuje jako systém rigidní nerovnosti.

2.13. Interdisciplinární vztahy

V přitažlivých nemocnicích je věnována velká pozornost pracovním vztahům a také tomu, aby fungovala vzájemná spolupráce mezi jednotlivými zdravotnickými disciplínami a aby členové zdravotního týmu vzájemně respektovali přínos všech profesních skupin k dosažení dobrých výsledků v péči. V organizaci jsou vytvořeny a efektivně využívány strategie k řešení vznikajících konfliktů a využívány prostředky k efektivní komunikaci mezi jednotlivými skupinami (ANCC Forces of magnetism, 2015).

Týmová spolupráce a efektivní komunikace je důležitá pro poskytování kvalitní a bezpečné péče. Selhání komunikace je podle zahraničních studií častou příčinou neúmyslného poškození pacienta (Wellerová a kol., 2014; Van Beuzekom a kol., 2012; Cartheyová a kol., 2001).

Lancasterová (2015) poukazuje na skutečnost, že v mnoha případech spolu

lékaři, zdravotní sestry a pomocný personál nekomunikují téměř vůbec a pracují odděleně. Sami lékaři mají pocit, že jsou to primárně pouze oni, kdo rozhodují o pacientovi. Ve zdravotnictví stále přetrvává výrazná hierarchie a podřízená pozice zdravotních sester a pomocného personálu.

U nás se touto problematikou ve své diplomové práci zabývala Vanclová (2014) a v mnoha ohledech nachází stejné jevy (hierarchii, rigiditu, špatnou komunikaci) stejně jako zahraniční práce a studie.

Pro zefektivnění komunikace mezi zdravotními sestrami a lékaři se v zahraničí běžně využívá komunikační rámec SBAR⁶ (více např.: Leonard, Garahamová, Bonacum (2004); Guiseova, Loweová, (2006); Beckettová, Kipnisová, (2009)).

2.14. Profesní rozvoj

Přitažlivá zdravotnická organizace oceňuje a podporuje osobní a profesní růst a rozvoj personálu. Programy umožňují formální vzdělávání, profesionální certifikaci a kariérní rozvoj. Propagován je rozvoj vedoucích a řídicích pracovníků a rozšiřování klinických kompetencí. Jsou zajištěny adekvátní lidské a fiskální zdroje pro profesionální rozvoj (ANCC Forces of magnetism, 2015).

Institute of Medicine (2011) považuje s ohledem na stále se zvyšující požadavky, které jsou na zdravotní sestry kladeny, další vzdělávání a rozvoj zdravotních sester za nezbytný. Schopnost dělat kritická rozhodnutí v péči o nemocné a stále více křehčí pacienty, pracovat se sofistikovanými, život zachraňujícími technologiemi, využívat různých technologických pomůcek a komplexních informačních systémů, které vyžadují umění analýzy a syntézy pro zlepšení kvality a efektivity péče. K tomu, aby zdravotní sestry mohly reagovat na tyto zvyšující se požadavky systému zdravotní péče, měnící se potřeby samotných pacientů, je potřeba, aby dosahovaly vyššího stupně vzdělání a přípravy. Nedílnou součástí je kontinuální celoživotní vzdělávání.

⁶ Zdravotní sestry a lékaři jsou učeni komunikovat rozdílným způsobem. SBAR vytváří jednoduchý komunikační rámec, pomáhá rozvíjet kritické myšlení a umožňuje, aby byly krátce a rozumně předány důležité informace. SBAR= Situation **B**ackground **A**ssesment **R**eccomandation.

3. Současná situace v českém zdravotnictví

Cílem této kapitoly je přiblížit rámec českého ošetrovatelství, a tím i kontext, který je třeba zohlednit při aplikaci jakýchkoli poznatků o magnetických nemocnicích v ČR. Patří k němu koncepce českého ošetrovatelství, současná legislativa, způsob vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, personální situace v ČR a zajištění zdravotnické péče. S tím souvisí prohlubující se stav nedostatku zdravotních sester.

Uvidíme, že nedostatek zdravotních sester je problémem všech vyspělých zemí. Taktéž chci poukázat na to, co je považováno za výzvu všech zdravotních systémů a jaké jsou důsledky nedostatku zdravotních sester v praxi. Tím chci zároveň ukázat, proč je potřeba tuto situaci konstruktivně řešit, a připomenout, proč jsou magnetické nemocnice tématem mé práce.

3.1. Vymezení ošetrovatelství jako oboru, legislativní normy

Ošetrovatelství i role zdravotní sestry prošly v posledních letech pozoruhodným vývojem a byly doprovázeny mnoha změnami. Ošetrovatelství je bráno jako samostatná vědní disciplína, mající vlastní paradigma (Žiaková, 2009). Péče by měla být individualizovaná, založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve zdraví i nemoci, poskytována metodou ošetrovatelského procesu. Mezi hlavní cíle ošetrovatelství patří podpora a upevnění zdraví, navrácení zdraví, zmírnění utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Věstník MZ ČR č. 9, 2004).

Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství má patřit dle Věstníku MZ ČR z roku 2004 aktivní ošetrovatelská péče, individualizovaná péče, péče na základě vědeckých poznatků, holistický přístup k nemocným a preventivní charakter péče i péče poskytovaná ošetrovatelským týmem, složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (Věstník MZ ČR č. 9, 2004).

Podrobněji jsou činnosti zdravotnických pracovníků stanoveny Vyhláškou č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Profesionální hodnoty a normy nalezneme v Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2004).

3.2. Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

V oblasti vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NLZP) došlo k výrazné změně v roce 2004. Tehdy vešel v platnost Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních).

NLZP můžeme rozdělit na zdravotnické pracovníky způsobilé k práci bez odborného dohledu a pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Zdravotničtí pracovníci pracující bez odborného dohledu získávají způsobilost k výkonu povolání studiem tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu a studiem na vyšších zdravotnických školách. Zdravotničtí pracovníci pracující pod odborným dohledem nebo přímým vedením získávají způsobilost k výkonu své profese studiem na středních zdravotnických školách ve vybraném oboru anebo absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu (Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních). Přesněji jsou jednotlivé činnosti, podmínky a způsobilost k jejich výkonu stanoveny Vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Závazným právním předpisem pro Českou republiku je Směrnice Evropského parlamentu a rady 2013/55/EU měnící směrnici 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací. Cílem této směrnice je racionalizovat, zjednodušit a zlepšit pravidla pro uznání odborných kvalifikací. V oblasti vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů je získání takové kvalifikace podmíněno ukončením všeobecného školního vzdělání v délce 10 nebo 12 let, potvrzeného diplomem, osvědčením nebo jiným dokladem vydaným orgány nebo subjekty členského státu, anebo osvědčením o složení přijímací zkoušky na rovnocenné úrovni, které umožňuje studium ve škole nebo v programu určeném pro odborné vzdělávání zdravotních sester a ošetřovatelů.

Příprava zdravotních sester a ošetřovatelů zahrnuje celkem nejméně tři roky studia a čítá nejméně 4600 hodin teoretického a klinického výcviku. Teoretický výcvik představuje alespoň jednu třetinu výcviku a klinický výcvik představuje jednu polovinu minimální délky odborné přípravy (Směrnice 55/2013/EU).

V oblasti legislativy však můžeme do budoucna očekávat mnoho dalších změn. Již dnes je jistá novelizace Zákona č. 96/2004. V tomto ohledu lze vnímat Směrnici 55/2013 EU jako jakousi ochranu udržení kvality a úrovně vzdělávání NLZP v jednotlivých státech Evropské unie.

3.3. Počet nelékařských zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví

Nelékařští zdravotničtí pracovníci tvoří nejpočetnější skupinu lidí působících ve zdravotnictví - cca 52 %. Celkem v roce 2013 pracovalo v České republice 250 233 nelékařských zdravotnických pracovníků, z toho 4 652 ve zdravotnických zařízeních (1,9 %). Celé čtyři pětiny z celkového počtu těchto zaměstnanců tvoří ženy. Koncem roku 2013 na 10 000 obyvatel připadalo 79,1 všeobecných sester a porodních asistentek (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014).

Poněkud alarmující je snižující se počet zájemců o studium na zdravotnických školách a snižující se počet absolventů. V roce 2013 ukončilo studium 1 500 zdravotních sester a necelých 2000 zdravotnických asistentů. Pro srovnání byl v roce 1994 tento počet přibližně 5500. Pouhých 25 % absolventů nastupuje po ukončení studia do praxe (Šnajdrová, 2015; Česká asociace sester, 2015).

3.4. Personální zabezpečení ošetrovatelské péče v ČR

V České republice je minimální personální zabezpečení péče ošetřeno Vyhláškou č. 99/2012 Sb. O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Je nutné zdůraznit slovo minimální. Tato vyhláška stanoví pro lůžková zdravotnická zařízení, která mají kapacitu lůžek nižší než 20, jako minimální počet jednoho NLZP bez odborného dohledu. V období od 16 hodiny do 7 hodiny následujícího dne včetně sobot a nedělí je minimální personální zabezpečení 1 NLZP pracující bez odborného dohledu na 40 lůžek! Lépe jsou nastaveny minimální počty personálu na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (Vyhláška č.99/2012 Sb. O požadavcích na minimální personální zabezpečení).

Podle některých studií je nižší personální zajištění ošetrovatelské péče spojováno s prodlouženou délkou hospitalizace, nozokomiálními infekcemi (močových cest, pooperační infekce, pneumonie) a proleženinami (Seagoová, 2001).

3.5. Aktuální stav počtu NLZP

Ministerstvo zdravotnictví ČR zveřejnilo výsledky svého šetření aktuálního stavu počtu NLZP v polovině roku 2015. MZČR oslovilo poskytovatele zdravotní péče na území hlavního města Prahy, přímo řízená zdravotnická zařízení a náhodně vybraná zdravotnická zařízení řízená kraji. Celkem se šetření účastnilo 78 zdravotnických zařízení na území ČR. K 31. 3. 2015 chybělo v těchto zařízeních cca 1 676 NLZP, z toho všeobecné zdravotní sestry tvořily cca 795 (Šetření Ministerstva zdravotnictví ČR, 2015).

Některé další zdroje udávají, že v České republice chybí v současné době až 8300 nelékařských zdravotnických pracovníků (Události České televize z 23. 10. 2015).

V České republice bylo koncem roku 2013 registrováno 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek (v tom 47 033 lůžek akutní péče, 7 652 lůžek následné péče a 2 122 lůžek novorozeneckých) a 158 odborných léčebných ústavů s celkem 21 197 lůžky (ÚZIS ČR, 2014).

Nejnovější průzkum provedený koncem října 2015 Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, jehož cílem bylo zjistit aktuální stavy nelékařských zdravotnických pracovníků, bohužel nepřinesl validní informace. Z 276 poskytovatelů zdravotnických služeb odeslalo své odpovědi pouze 139 poskytovatelů, tedy asi jen 50 %. Získaná data tohoto výzkumu jsou zavádějící, protože z tohoto šetření, podle Ing. Bartůňkové z Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR, vyplývá, že v ČR máme nelékařských zdravotnických pracovníků více, než je potřeba (seminář: „Jak dál v přípravě zákona pro nelékařská zdravotnická povolání“, 2015).

Tvrzení Ing. Bartůňkové ostře kontrastuje s dotazníkovým šetřením České asociace sester (dále jen ČAS). To ukázalo, že na standardních lůžkách pečovaly zdravotní sestry během směny často o 11 a více pacientů. A 29,1 % respondentů

uvedlo, že pečují o více jak 24 pacientů. O poznání lepší byla situace na jednotkách intenzivní péče, kde 48,2 % respondentů uvedlo, že pečují o 3-5 pacientů. Zdravotní sestry (68,1 %) pracující na odděleních lůžek následné péče uvedly, že se během směny starají o 24 a více pacientů, stejnou zkušenost má i 80,3 % zdravotníků pracujících v sociálních službách (Výsledky dotazníkového šetření ČAS: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR, září 2013).

3.6. Nedostatek zdravotních sester z globálního hlediska

Nedostatek sester je problém celosvětový. Přitom s ohledem na stárnutí populace lze očekávat, že poptávka po zdravotních sestrách na trhu práce dále poroste. Současný panující stav ukazuje, že už dnes jsou zdravotní sestry pracující v nemocnicích přepracované, a nejsou tak schopny pacientům poskytnout dobrou ošetrovatelskou péči. Obecně platí, že si dnes mladí lidé vybírají jiné profese, kde jsou lepší platové a pracovní podmínky. Také to je jeden z důvodů pro tvrzení, že pokud nedojde k zásadním změnám, hrozí v budoucnu závažný nedostatek zdravotních sester (Aiken, 2001; Steinbrook, 2002).

Ze statistických dat úřadu práce v USA vyplývá, že v roce 2020 bude až milion volných pracovních míst, na která se budou hledat zdravotní sestry! Stejný odhad uvádí i Evropská unie! Vedle USA je to pak hlavně Velká Británie, která má chronický nedostatek zdravotních sester již nyní. (Sonenshine, 2014).

Důvody, proč zdravotní sestry opouštějí svoji profesi, jsou rovněž více méně globální - přílišná pracovní zátěž, emoční vyčerpání a špatné platové podmínky v porovnání s jinými profesemi v dané zemi (Havaeiová a kol., 2015).

3.7. Výzva pro zdravotní systémy: generace Y, vzdělávání zdravotníků

Eckleberry-Hunt a Tucciarone (2011) ve svých pracích definují a popisují současnou generaci, přesněji generaci narozenou mezi roky 1982 a 2005. Pojmenovali ji generací Y. Ta se v mnohém odlišuje od předchozích generací. To představuje mnohé výzvy, ale také příležitosti. Éra této generace je poznamenána globalizací, týmovou prací a svobodou vyjadřování skrze sociální média. Spojuje ji touha po vybalancovaném životním stylu a rovnocennost v zaměstnání. To vše vede často k tomu, že tato generace je popisována jako líná, nemotivovaná, sobecká, neprofesionální a příliš závislá na technologiích.

Také Americká asociace nemocnic (American Hospital Association) vnímá příčinu nedostatku zdravotních sester v odrazu zásadních změn v populační demografii, měnících se kariérních očekáváních, postojích k práci a nespokojenosti zaměstnanců (AHA, 2002). Zvyšující se nároky na zdravotní péči a potřeba zajistit právě náročnější péči vede k tomu, že se skupiny odborníků zabývají otázkami vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. V dubnu 2015 se konal ve Washingtonu (USA) workshop pod názvem „*Envisioning the Future of Health Professional Education*“, který řešil otázky vzdělávání zdravotníků. Podle účastníků tohoto setkání se zvyšuje propast mezi tím, jak jsou budoucí pracovníci ve zdravotnictví vzděláváni, a současným systémem zdravotním a sociálním. Zjednodušeně řečeno jsou studenti připravováni na práci v systému zdravotní péče, který již neexistuje. Laura Magaña Valdaresová (Envisioning the Future of Health Professional Education, Workshop summary, 2015) vidí čtyři hlavní faktory, proč je nutná změna v systému vzdělávání zdravotníků. Jsou jimi:

- globální epidemiologické a geografické stárnutí populace, větší výskyt onemocnění spojených s vyšším věkem vyžadujících specifickou péči, chronická onemocnění a obezita – vyšší nároky na zdravotní systém;
- zvyšující se výskyt chudoby;

- dostupnost a kvalita péče – přetrvávající soustředění se na krátkodobá a akutní onemocnění, potřeba zajistit vhodnou péči pro dlouhodobá a chronická onemocnění;
- globalizace – výzva pro lokální zdravotní systémy.

Frank et al. (2010) upozorňují na celosvětový problém stále více komplexnějších a finančně nákladných zdravotních systémů a spolu s tím na neschopnost udržet krok se všemi změnami a výzvami, které jsou jednotlivé systémy nuceny řešit. Vše podle těchto autorů hodně souvisí právě s nedostatkem ve vzdělávání zdravotníků, na které jsou v moderní praxi kladeny stále vyšší nároky. Kurikula jsou fragmentovaná, zastaralá a absolventi jsou pro praxi špatně připraveni. Tento problém vnímá jako systémový, protože se jedná o nesoulad kompetencí

s potřebami pacientů a populace vůbec, špatnou týmovou práci, přetrvávající genderovou stratifikaci profesního statutu, úzce technické zaměření bez širšího kontextuálního pochopení samotné činnosti, spíše epizodickou než kontinuální péči. Dále autoři kladou větší důraz na predominanci nemocniční péče na úkor primární péče, kvantitativní a kvalitativní nerovnováhu na pracovním trhu a slabé vedení (leadership) ke zlepšení výkonnosti zdravotních systémů.

Jako možná řešení uvádí autoři přijetí kurikul založených na kompetencích, podpoře interprofesionálního a transprofesionálního vzdělávání, což by mělo podpořit spolupráci, nehierarchické vztahy a efektivnost týmů. Upozorňují také na možnosti využívání IT pro výuku, využívání globálně nabytých znalostí a zkušeností a posílení edukačních zdrojů. Podle autorů by se měla rozvíjet zcela nová profesionalita. Měla by využívat kompetence jako objektivní kritéria pro hodnocení pracovníků ve zdravotnictví. Nutné je podle nich rovněž zavedení společného mechanismu plánování, a to v každé zemi, spolupráce klíčových zájmových skupin, převážně pak ministerstev školství a zdravotnictví, profesních organizací a akademické obce, a to vše k zamezení fragmentace.

Mezi doporučeními je i rozšíření akademických center na akademické systémy a vytvoření sítí, konsorcií a společenství mezi vzdělávacími institucemi po celém světě. Zásadní je také podpora vzniku kultury kritického vyhodnocování, což by

měla být hlavní funkce univerzit a dalších institucí zabývajících se vyšším vzděláváním hlavně proto, že je to rozhodující pro mobilizaci vědeckých znalostí, etické rozvahy, uvažování veřejnosti a diskuze pro generování osvícené sociální transformace (Frank et al., 2010).

3.8. Nedostatek zdravotních sester a jeho důsledky v praxi

Bez ohledu na snahu všech zúčastněných dochází při poskytování zdravotní péče k chybám, které mohou mít až fatální důsledky. Chyby ve zdravotnictví lze definovat jako selhání plánovaného postupu nebo jako užití špatného postupu k dosažení požadovaného cíle. K častým chybám, ke kterým v praxi dochází, patří nežádoucí účinky léků, špatné podání transfuzního přípravku, chirurgická poškození, stranové záměny během operačního výkonu, popáleniny, úrazy spojené s užitím omezovacích prostředků, pády, dekubity, záměna pacienta a sebevraždy (Kohn et al., 2000).

Chyby ve zdravotnictví jsou spojeny nejen s vysokými finančními náklady, ale také se ztrátou důvěry ve zdravotní systém nejen ze strany pacientů, ale i samotných pracovníků ve zdravotnictví. V této souvislosti ovšem platí, že většina chyb není způsobena nezodpovědností jednoho člověka, ale daleko častěji vadným systémem, procesy a podmínkami, které vedou k tomu, že lidé dělají chyby nebo jim nejsou schopni zabránit (Kohn et al., 2000). Například v případě chyb při podání medikace je to v 86 % právě zdravotní sestra, která odhalí chybu v medikaci a zabrání jejímu podání (Leape et al., 1995).

Donabedian (2003) zdůrazňuje, že kvalitu péče není ve zdravotnictví možné ani zajistit, ani garantovat. Je pouze možné zvýšit pravděpodobnost, že poskytnutá péče bude dobrá nebo lepší. Definuje zabezpečení kvality (*quality assurance*) jako všechny provedené činnosti k nastavení, ochraně, rozvoji a zlepšení kvality zdravotní péče.

3.9. Nurse sensitive patient outcomes

Pro termín „*nurse sensitive patient outcomes*“ je pro mne velice obtížné najít v českém jazyce vhodný ekvivalent. Doslovně by bylo možné tento termín přeložit jako „výsledky stavu pacienta citlivé na činnosti zdravotní sestry“. Termín *nurse sensitive patient outcomes* je definován jako dosažený zdravotní stav pacienta v rozsahu péče, kterou poskytuje zdravotní sestra v rámci svých kompetencí (Doran, 2013).

Oblasti a činnosti, kde se přínos a kvalita péče poskytované zdravotními sestrami promítá, lze rozdělit do tří skupin:

- nežádoucí účinky/události (např. nozokomiální nákazy, infekce močových cest, nežádoucí účinky léčiv, pády, proleženiny, krvácení aj.);
- well-being/pohoda pacienta (funkční status, schopnost sebezpěče, kontrola symptomů, aktivity k udržení zdraví, kvality života);
- spokojenost pacienta (subjektivní hodnocení ošetrovatelské péče, edukace, celkový management péče).

(Doran, 2003).

V českém prostředí se nejčastěji můžeme setkat s označením indikátory kvality péče. Často sledovaným ukazatelem jsou pády pacientů, dekubity a nutrice. V ČR jsou dekubity sledovány na národní úrovni od roku 2008 jako jeden z indikátorů kvality ošetrovatelské péče (Dekubity.eu portál MZCR věnovaný problematice proleženin/dekubitů, 2015). Termín *nurse sensitive patient outcomes* považuji za významný také z důvodu, že jasně poukazuje na to, že tyto výsledky (např. nižší výskyt nežádoucích událostí při podání léku v péči o pacienta, pohoda a spokojenost pacienta) jsou ovlivněné péčí a činnostmi, které vykonávají přímo zdravotní sestry.

Staplersová (2015) zjišťovala, zda lze v dosud publikovaných výzkumech nalézt spojení mezi charakterem pracovního prostředí (personálním zajištěním péče, vztahy na pracovišti) a pády pacientů, výskytem u nich dekubitů, malnutrice a deliria (tzv. *nurse sensitive outcomes*). Ukázalo se, že počet zdravotních sester byl nepřímo úměrný výskytu pádů pacientů. Pozitivní vliv na snížení počtu pádů pacientů a proleženin měly dobré vztahy na pracovišti a spolupráce sester a lékařů. Pozitivně

ovlivňovalo výše uvedené jevy i vzdělání zdravotních sester - vyšší vzdělání sester bylo spojeno s nižším výskytem pádů pacientů.

Také další studie prokazují, že neadekvátní personální zajištění péče zdravotními sestrami se promítá do kvality poskytované péče a výskytu nežádoucích událostí, chybných podání léků, pádů, infekcí, proleženin a úmrtnosti pacientů. Směny zajištěné nižším počtem zdravotních sester a vyšší fluktuací pacientů mají vyšší výskyt nežádoucích událostí. Přirozeným důsledkem nedostatečného personálního zajištění péče je nespokojenost zdravotních sester, únava, vyhoření a záměr opustit profesi (Blegen, 1998; Duffield, 2011, Hall, 2011; Cho, 2003; Needlman, 2011; Kane et al., 2007; Lankshear, 2005; Rafferty, 2007; Stone, 2007).

Naopak dostatečné personální zabezpečení má podle některých autorů také pozitivní ekonomický dopad. Náklady spojené s nežádoucími událostmi a komplikacemi mnohonásobně převyšují náklady spojené s vyšším personálním zajištěním péče. Jako nákladově efektivní se ukázal být poměr 1:4, tedy 1 zdravotní sestra na 4 pacienty (Rothberg, 2005; Thungjaroenkul, 2007).

Výzkum Aiekenová a kol. (2002) upozornil na skutečnost, že vyšší personální zajištění však nevykáže žádný pozitivní přínos v nemocnicích, kde je špatné pracovní prostředí. Dobré pracovní prostředí popisuje jako takové prostředí, kde mají lékaři a zdravotní sestry dobré pracovní vztahy, zdravotní sestry jsou zapojeny do veřejných záležitostí, vedení naslouchá a reaguje na zjištění a připomínky zdravotních sester k problematice péče o pacienty a kde instituce investuje do kontinuálního vzdělávání zdravotních sester a zlepšování kvality péče o pacienty. Tyto charakteristiky nacházíme právě v magnetických nemocnicích.

Ukazuje se také, že je to interpersonální a interprofesionální chování, které se stává signifikantním problémem, jenž ovlivňuje pracovní stres a uspokojení z pracovní činnosti. Změnit tento trend tam, kde se zhoršuje pracovní atmosféra na pracovišti a kde rostou emocionální nároky s tím spojené, je zásadní pro zvýšení spokojenosti zaměstnanců a snížení fluktuace personálu. Je nezbytné vytvořit takové pracovní podmínky pro zdravotní sestry, které jim umožní pracovat efektivně (McVicar, 2015).

3.10. Řízení kvality a bezpečí, příčiny neúspěchu

Pro vytvoření bezpečného prostředí v organizaci je z manažerského hlediska nezbytné vyrovnat napětí mezi výkonností a spolehlivostí produkce, vytvoření a udržení důvěry uvnitř organizace, aktivní řízení změn, zapojení zaměstnanců do rozhodování, které souvisí s organizací práce a pracovními postupy, a podporovat tzv. učící se organizace (Pageová, 2004).

S tím se ovšem v praxi příliš nesetkáváme. Mnoho změn, ke kterým v posledních letech došlo a dále dochází, se soustředilo převážně na zvýšení výkonnosti. Navíc je prováděno způsobem, který poškozují důvěru ošetrovatelského personálu k managementu. Podle Pageové (2004) je jednoznačným důvodem, proč nemohlo být dosaženo požadovaných cílů, nezvládnuté řízení nezbytných změn.

4. Transformace zdravotnické organizace, řízení změn

Vezmeme-li do úvahy samotný přitažlivý (magnetický) model a jeho jednotlivé složky, zjistíme, že transformace organizace a řízení změn je nezbytným předpokladem vzniku a působení přitažlivých nemocnic. Rozhodující vliv na to samozřejmě mají vedoucí a řídicí pracovníci a jejich schopnost transformativního vedení⁷ svých spolupracovníků (Bass, Riggio, 2006).

Peter Drucker (1993) považoval zdravotnické organizace za nejkompexnější formu organizace lidí. Za jeden z důvodů považoval skutečnost, že zdravotnické organizace jsou spojeny s velkým množstvím zájmových skupin: jednotlivé profese (lékaři, zdravotní sestry, farmaceuti, administrativní pracovníci) a další zájmové skupiny (pacienti, vláda), často se zdánlivě neslučitelnými zájmy, perspektivou a časovým horizontem. Potřeba uspokojit neuspokojitelnou poptávku po zdravotní péči s omezenými finančními prostředky je výzvou pro všechny řídicí pracovníky ve zdravotnictví.

Golden (2006) vytvořil na základě rešerše model, jakým lze řídit změnu zdravotnické organizace. Podle jeho názoru je řízení změn ve zdravotnických organizacích v mnoha ohledech obtížnější než v jiných, běžných organizacích. Manažeři ve zdravotnických organizacích totiž čelí dodatečným obtížím. Takovým, jako jsou různorodé zájmové skupiny anebo různorodá poslání zdravotnické organizace (zajistit zdravotní péči v dané komunitě, udržet si fiskální solventnost). Jednotlivé profese (lékaři, zdravotní sestry) považují svoji profesní autonomii za důležitou a jejich rozhodnutí ovlivňují výraznou část výdajů na zdravotní péči. Informace potřebné k řízení procesu změny jsou ve zdravotnických organizacích často nedostačující.

Golden (2006) při vytváření svého rámce pro řízení změn ve zdravotnických organizacích vycházel také z Kottera (1996) a Tushmana a O'Reillyho (1997).

1. stadium: Určení požadovaného konečného stavu

⁷ Transformativní vedoucí motivuje své podřízené k lepším výkonům, mnohdy daleko lepším výkonům, než oni sami věří, že jsou jich schopni. Mají vyšší očekávání, zmocňují podřízené, podporují jejich rozvoj a vytvoření vůdcovských schopností, berou ohled na jejich potřeby.

Důvodem, proč řídicí pracovníci začnou uvažovat o změnách, je zjištění rozdílu ve výkonnosti. Rozdíl mezi tím, jak dobře si organizace vede, a tím, jak si řídicí pracovníci přejí, aby si vedla. Je to prostor mezi současnou realitou a budoucí představou. V mnoha případech není tento rozdíl ve výkonnosti způsoben špatným řízením, ale novými strategickými a technickými příležitostmi, které mohou umožnit organizaci, aby zlepšila svůj výkon.

Dosažení konečného stavu je často popisováno jako cesta. Ve velkých a komplexních zdravotnických organizacích může během této cesty dojít k náhlým změnám, vyskytnou se překážky. Vedoucí, který má zkušenosti s řízením změn, s možnými změnami a překážkami na cestě počítá a je na to připraven. Odchýlení se od původního plánu může být nezbytné, ale konečný požadovaný stav zůstává na zřeteli a je jasný všem zúčastněným. Rozhodující je vytvoření specifických jasných ukazatelů, které bude možné považovat za známky úspěšné implementace požadované změny. Další sub-komponenty dané vize musí být zváženy od počátku. Například jaké nové způsoby chování zaměstnanců souvisejí s danou změnou, jaké systémové a organizační změny jsou nezbytné pro zavedení změny (Golden, 2006).

2. stadium: Posouzení připravenosti na změnu

Jakmile iniciátoři změny mají jasnou a rozumnou představu o daném úkolu, je nutné posoudit připravenost organizace na změnu. Na počátku je nutná rozsáhlá situační analýza, která má určit, zda:

- osoby, jejichž práce bude danou změnou ovlivněna, chápou potřebu dané změny;
- zda nejsou na programu i jiné změny, které vyžadují pozornost vedoucího a dodatečné financování;
- zda bude organizace muset získat nové dovednosti k zacelení mezery ve výkonnosti;
- posouzení historie organizace, která předurčuje personál pro a proti změně, ze které se mají vedoucí pracovníci poučit.

Zodpovězení těchto otázek je klíčové pro další aktivity v tomto druhém stadiu a je tím myšlen i výběr vhodných vůdců změny. Nositeli změn nejsou a neměli by být podle Goldeny většinou vedoucí pracovníci. Vedoucí pracovníci

musí požehnat a podporovat programy vedoucí k výrazným změnám v organizaci, mají málokdy dostatek času a bližší znalosti o změně k tomu, aby se sami mohli stát vůdci dané změny. Nositelé změny by měli být vybráni na základě společných kvalit, které dosavadní výzkum považuje za důležité:

- musí být vlivní ať již svou formální pozicí, svými zdroji, získaným respektem;
- musí mít silné vazby v organizaci/spojení;
- být kvalifikovaní.

Dále by měly být tyto osoby samy přesvědčené o změně a být pro ni motivovány, měly by mít také širokou perspektivu a schopnost empatie k obavám jednotlivých zájmových skupin a měly by mít také vysoké sebevědomí a sílu vytrvat tváří v tvář opozici, která je na nositele změn zaměřena (Golden, 2006).

3. stadium: Rozšíření podpory a organizační přetvoření

Nastupuje v okamžiku, kdy už daná změna začíná ovlivňovat ostatní osoby v organizaci. Zatímco do tohoto okamžiku se veškerá činnost děje v pozadí, často za stolem, nyní je potřeba větší spolupráce vůdců změny a personálu, který bude danou změnou ovlivněn. Centrálním je zde opět komunikační proces.

V organizacích, kde se změna nejvíce nedaří, má komunikační strategie vůdců změny společné rysy. Nositel změny musí nezbytně konzistentně sdělovat vše o cílech a prostředcích změny. Takové informace jsou přitom předávány a komunikovány skrze vícero cest (formální prezentace, běžná konverzace, demonstrace technologie, email, newsletter). Pro zdravotnické organizace je využívání více informačních cest důležité. Vzhledem k nepřetržitému provozu je totiž nemožné setkat se ve stejný čas se všemi zaměstnanci, kteří budou danou změnou ovlivněni (Golden, 2006).

Nositelé změny musí očekávat a být schopni zodpovědět často kladené otázky: Čeho se daná změna týká? Proč tato změna a ne jiná, proč vůbec nějaká změna? Proč teď? Jak tato změna ovlivní práci, kterou dělám? Jak to změní moje vztahy

a interakci s ostatními? Máme potřebné dovednosti, kdo nás nové věci naučí? Proč bych měl/a, nebo neměl/a tuto změnu podporovat?

Pokud na některou z takových otázek není management schopen okamžitě reagovat, není na místě mlčení, ale upřímnost.

Všeobecně pak platí, že změny jsou přijímány, jsou-li:

- vnímány jako něco, co lze vyzkoušet, revidovat, přizpůsobit;
- implementovány po částech, ve fázích;
- konkrétní: tedy hmatatelné (IT systém) spíše než abstraktní (bezpečné prostředí/safety culture);
- takové, že připomínají minulou pozitivní zkušenost;
- souběžné s dalšími iniciativami organizace;
- okrajové.

4. stadium: Organizační přetvoření / organizational redesign

Pro získání podpory, což je ve velké míře spojeno se vzdělávací a komunikační strategií, je důležité ujistit zaměstnance, že daná změna je prospěšná. Z tohoto důvodu se nositelé změny musí ujistit, že organizace je dostatečně uzpůsobena pro podpoření změny. Za užitečnou pomůcku přitom Golden (2006) považuje tzv. hvězdicový model. Ten vede manažery k tomu, aby o prostředí organizace přemýšleli jako o souboru subsystémů (Obrázek 3).

Cíle a úkoly (Goals and Tasks): Představují to, čeho chceme dosáhnout. Nové dovednosti, které musí zaměstnanci vykonávat.

Struktura (Structure): Jakým způsobem potřebujeme být organizováni.

Lidé a zásady řízení lidských zdrojů (People and Human Resources Management): Jaký personál potřebujeme, jakými dovednostmi musí vládnout.

Odměny (Rewards) Čeho si personál cení a co danou činností získá. To, co je dobré pro organizaci, musí mít pozitivní nebo neutrální efekt na ty, po kterých se změna vyžaduje.

Informace a podpora rozhodování (Information and Decision support): Personál musí mít dostatečný přístup k informacím, aby mohl svou práci vykonávat

a dělat nezbytná rozhodnutí. Golden (2006) také zdůrazňuje nutnost uvědomit si, že rezistence ke změnám není způsobena tím, že by personál byl hloupý, nekompetentní nebo líný. Takový vztah ke změnám je často mylně přisuzován přirozenému odporu ke změnám. Podle Goldeny (2006) se tento negativní vztah ke změnám vyskytuje, protože jednotlivci neshledávají přínos dané změny nebo považují za vysoce nepravděpodobné, že je možné dosáhnout úspěchu.

Kultura a hodnoty (*Cultura and Values*): Kulturu a hodnoty systému nelze ovlivnit přímo. Kultura a hodnoty organizace mohou změnu podporovat, nebo jí dokonce bránit.

Obr. 3. Hvězdicový model přetvoření organizace



Zdroj: Golden, B. (2006). Transforming healthcare organizations.

Nositelé změny musí změnu naplánovat a jasně o ní informovat takovým způsobem, aby cíloví zaměstnanci danou změnu podporovali, pochopili její pozitivní přínos. V případech, kdy je daná změna přínosná především pro organizaci (např. zvýšení efektivity) nebo pro pacienty (např. komfort pacientů), mohou tyto situace vést k nutnosti rozumného využití svěřených pravomocí. Důležité také je, aby měli nositelé změny možnost ocenit ty, kteří změnu podporují, a potrestat ty, kteří změně brání, aby byli schopni komunikovat a vysvětlit těm, na které se daná změna v organizaci vztahuje, její přínos.

5. stadium: Posílení a udržení změny

Toto stadium zahrnuje:

- monitorování výkonu;
- poukázání na úspěch;
- ocenění osob podporujících změnu;
- rozpoznání a vyrovnání ztrát, které jsou spojeny se změnou;
- přehodnocení cílů ve světle nových informací a nových příležitostí;
- doladění vytvořeného systému;

V tomto stadiu je také potřeba reflektovat, jak proces změny, tak změnu samotnou. Ambrose (1987, in Golden) za rozhodující pro úspěšnou změnu považuje plánování akce. Paradoxní však podle Goldeny (2006) je, že nejefektivnější nositelé změny jsou ti, kteří danou změnu nepřepřelánují a jsou si vědomi toho, že je čeká mnoho neočekávaných událostí.

V Goldenových čtyřech stadiích změny je patrná inspirace Kotterem (2012) a jeho osmi kroky změny. Podle Kottera (2012) dochází k selhání zavádění změn také často z důvodů samolibosti jejich nositelů, kteří nevytvoří vhodné podmínky pro změnu, mají pocit, že změna je v organizaci nezbytná, a proto nutná. Přitom kolem sebe nevytvoří skupinu, která chce a podporuje změnu, chybí jim jasná vize nebo s touto vizí zaměstnanci, kterých se změna týká, neseznámí. Dalším důvodem, proč se nepodaří změnu zavést, může být nedostatečná komunikace nebo nesoulad v komunikaci a činech. Největšími překážkami pro zavádění změn jsou také často sami vedoucí, kteří se odmítají adaptovat na nové okolnosti a jejichž požadavky nejsou v souladu s probíhající transformací. Neprospívá také, pokud nejsou vytvořena „krátkodobá vítězství“, která by poukázala na přínos změny. Musí být vytvořena hodnotící i měřící kritéria, která ukazují na úspěšný průběh změny a způsob odměny zaměstnanců. Předčasné vyhlášení úspěchu je taktéž špatné. Změnu můžeme považovat za úspěšnou až tehdy, je-li zakomponována do kultury organizace. Špatnou službu také přináší okolnost spojená se zanedbáním pevného začlenění změn do organizační kultury. Zde jsou důležité zejména dva faktory: neustálá snaha ukázat lidem, jak určité chování a postoje zlepšují výkon a zajištění, aby budoucí manažeři ztělesňovali nový přístup. Platí totiž, že pokud nejsou přetvořena kritéria pro výběr vedoucích zaměstnanců, transformace se nezdaří. Podle

Kottera (2012) jeden špatný nástupce ve vedení organizace může zničit desetiletí těžké práce.

Uvedených osm chyb má za následek, že nové strategie nejsou dobře implementovány, akvizice nedosáhnou očekávané synergie, reorganizace trvá příliš dlouho a je nákladná, zmenšování nevede k nižším nákladům, programy kvality nepřinášejí očekávané výsledky. Podle Kottera (2012) je možné se těmto chybám vyhnout, pokud pochopíme, proč organizace odolávají potřebným změnám, pochopíme celý postupný proces překonávající destruktivní nečinnost. Nejdůležitější je ztotožnění se s potřebami změn ze strany vedení. Jen tehdy může být transformační proces úspěšný, protože bude řízen sociálně vhodným způsobem.

EMPIRICKÁ ČÁST

1. Metodologie

Tato kapitola se bude věnovat popisu samotného výzkumu, jaký byl cíl tohoto výzkumu, jaké byly konkrétní výzkumné otázky a design výzkumu. Taktéž se pokusím stručně vysvětlit, proč jsem zvolila tuto strategii výzkumu, jak probíhal sběr dat, výběr respondentů. Přiblížím také etické aspekty svého výzkumu a vlastní reflexi v souvislosti s provedeným výzkumem.

1.1. Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Stěžejní v mé diplomové práci je vysvětlení pojmu magnetická nemocnice, kterému se podrobně věnuji v teoretické části. Cílem empirické části je zjistit, zda ve vybraných organizacích lze v oblasti řízení ošetrovatelské péče nalézt známky magnetismu, tak jak jsou popsány v teoretické části diplomové práce.

1.1.1. Hlavní výzkumná otázka

Lze ve způsobu řízení a poskytování ošetrovatelské péče nalézt známky magnetismu?

Odpověď na tuto otázku lze nalézt i v teoretické části. V empirické části se moje pozornost soustředila pouze na organizace, kde jsem provedla explorativní výzkum.

V pojetí magnetických nemocnic je řízení ošetrovatelské péče, pojem kvalita a bezpečí vnímáno ve vzájemných souvislostech. Za podstatné jsou považovány známky, že kvalita poskytované péče je ovlivněna strukturou a procesy, které jsou v organizaci nastaveny tak, že sami zaměstnanci jsou zapojeni do vytváření podmínek k tomu, aby požadované kvality péče mohlo být dosaženo. Tyto známky nacházíme v tom:

- jak je daná péče personálně zajištěna;
- jaký je styl vedení a řízení ošetrovatelské péče;
- jaké jsou vztahy jednotlivých profesních skupin;
- jak jsou zdravotní sestry zmocněny k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče;

- jestli je ošetrovatelská péče založená na důkazech a nových poznatcích.

Další oblasti známek magnetismu jsem hledala následujícími otázkami:

- Jak si vysvětlujete nedostatek NLZP?
- Jsou pořádány vzdělávací akce pro NLZP?
- Jakým způsobem je prováděno zaškolování nových NLZP?
- Jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou sledovány?
- Jak jsou hodnoceny vztahy zdravotních sester a lékařů?

1.1.2. Dílčí výzkumná témata

Magnetické nemocnice byly především v počátku spojovány se schopností udržet si a získat zdravotní sestry. Také však jako organizace, kde zdravotní sestry vyjadřovaly pracovní uspokojení, kde jsou dobré pracovní vztahy a výsledky podložená vysoká kvalita poskytované ošetrovatelské péče.

Proto bylo součástí mého výzkumu taktéž zjistit, jak:

- Vnímají zdravotní sestry své postavení v organizaci.
- Hodnotí intraprofesionální vztahy na pracovišti.
- Je sledována kvalita poskytované péče.

Dílčí výzkumná témata úzce souvisejí s hlavními výzkumnými otázkami. Magnetické nemocnice symbolizují vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči, která je umožněna i významnou pozicí, kterou zastávají zdravotní sestry v těchto organizacích, v dobrých pracovních vztazích a pozornosti, která je věnována kvalitě a bezpečí při poskytování komplexní zdravotní péče.

1.1.3. Výzkumná strategie a sběr dat

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky, zda lze ve způsobu řízení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče nalézt známky magnetismu, jsem se rozhodla využít kombinovaný výzkum. S ohledem na malou osobní zkušenost s kvalitativním výzkumem byl kombinovaný výzkum (kvalitativní a kvantitativní) zvolen, aby byly

odhaleny jevy, na které by samotný kvalitativní výzkum nemusel upozornit a které by nemusely být odhaleny (Garaham, 2005).

Pro naplnění cíle výzkumu, jsem si vytvořila strukturu rozhovoru a okruhy, které jsem v rámci jednotlivých rozhovorů chtěla pokrýt. Strukturu výzkumného rozhovoru jsem vytvářela tak, abych mohla posoudit známky magnetismu. Během samotných rozhovorů bylo mým hlavním záměrem získat odpovědi na stanovené otázky bez toho, abych respondentům do jejich výpovědí výrazněji zasahovala. Pokud však během rozhovoru vyplynuly na povrch skutečnosti, které jsem považovala v danou chvíli za pozoruhodné a zajímavé, blíže jsem se na ně doptávala během samotného interview.

Jednotlivé rozhovory jsem nahrávala na diktafon se souhlasem respondentů. Všechny rozhovory byly doslovně přepsány, anonymizovány a analyzovány. Rozhovory probíhaly od dubna 2015 do července 2015.

Poněkud složitější byla volba strategie pro kvantitativní výzkum. Chtěla jsem nalézt nebo vytvořit dotazník, který by splňoval kritéria pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky, **zda lze ve způsobu řízení a poskytování ošetrovatelské péče nalézt známky magnetismu**. Po dlouhém hledání jsem našla standardizovaný dotazník, jehož validita byla ověřena a který měří organizační atributy, které charakterizují prostředí profesionální ošetrovatelské praxe, The Revised Nursing Work Index (NWI-R). Tento dotazník vytvořila Aikenová a Patricianová (2000), zkoumá pouze charakteristiky dané organizace a nikoliv charakteristiky zdravotních sester. Konceptualizace tohoto dotazníku vedla ke vzniku tří samostatných škál, které měří organizační atributy, které jsou uváděny jako atributy charakterizující prostředí podporující profesionální ošetrovatelskou praxi, tj. autonomie, kontrola nad pracovním prostředím, vztahy s lékaři. Čtvrtá škála pak měří, jakou podporu nabízí zdravotnická organizace zdravotníkům. Autorkám tohoto dotazníku se podařilo prokázat, že to byly právě tyto čtyři oblasti, kde dosahovaly nemocnice mající status Magnet Hospital® lepších výsledků.

Rozhodla jsem se proto přeložit NWI-R do českého jazyka. Provedeny byly dva nezávislé překlady. Obě verze jsme následně porovnali, případné nepřesnosti v terminologii upravily. Protože jsem si chtěla být srozumitelností dotazníku jistá, provedla jsem pilotní test dotazníku. Pilotní elektronické dotazníkové šetření jsem

provedla v dubnu 2015, respondenty bylo 16 zdravotních sester, které mi následně poskytly zpětnou vazbu. Pro větší srozumitelnost byly některé otázky přeformulovány. Lze tedy říci, že dotazník, který jsem využila, je NWI-R inspirován, není však jeho přesným a doslovným českým překladem (Přílohy č. 2, č. 3). Kompletní výsledky dotazníkového šetření jsou součástí Příloh (viz Příloha č. 5).

1.1.4. Výběr respondentů

Nejprve jsem oslovila zdravotnická zařízení, která se účastnila projektu Kvalita očima pacientů, protože mým prvotním předpokladem bylo, že nemocnice, které jsou pacienty kladně hodnoceny budou naplňovat charakteristiky magnetických nemocnic a budou se u nich známky magnetismu vyskytovat. Projekt Kvalita očima pacienta probíhá v ČR od roku 2000 a účast v tomto projektu je dobrovolná. Měřena je kvalita péče prostřednictvím zkušenosti/spokojenosti pacienta. Bližší informace o tomto projektu je možné nalézt na www.hodnoceni-nemocnic.cz. Koncem února 2015 jsem oslovila 6 zdravotnických organizací, které se tohoto projektu účastnily, přesněji řečeno osloveny byly náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Všechny nemocnice se nacházely na území hlavního města Prahy. To jsem vnímala jako pozitivní, jednak kvůli předpokládané časové náročnosti výzkumu a dostupnost nemocnic, a také proto, že hlavní město Praha počtem zdravotnických zařízení, vytváří konkurenční prostředí.⁸ Bohužel na mou žádost o schůzku odpověděly a následně s výzkumem v organizaci souhlasily pouze tři nemocnice. Nemocnice byly akreditované a řízené státem.

Nejprve jsem provedla rozhovory s – NOP, a poté s využitím metody snowball, jsem oslovovala další respondenty.

Celkem jsem provedla rozhovory s 16 respondenty:

- 3 s náměstkyněmi ošetrovatelské péče;
- 9 s vrchními sestrami;
- 4 se staničními sestrami.

Respondenty dotazníkového šetření byly řadové zdravotní sestry nemocnic. Dotazník byl vytvořen v elektronické a papírové podobě. Pro každou nemocnici byl vytvořen

⁸ V roce 2013 bylo na území Prahy 28 nemocnic, 8 nemocnic následné péče, 13 soukromých (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013).

specifický odkaz na www.vyplnto.cz. Součástí dotazníku v tištěné podobě byl odkaz na dotazník v elektronické podobě. Elektronickou verzi dotazníku jsem zvolila také proto, že umožnil respondentům anonymitu. Celkem bylo odevzdáno 250 dotazníků (z toho 20 v papírové verzi). Po primárním zhodnocení a posouzení výsledků dotazníkového šetření, které vykazovaly, i přes rozdílné množství respondentů, statisticky shodné výsledky v oblasti autonomie a kontroly ošetrovatelské praxe, hodnocení vztahů lékařů a sester, organizační podpory, jsem se rozhodla je prezentovat jako jednu skupinu.

1.1.5. Sebereflexe výzkumníka

Magnetickými nemocnicemi jsem se začala zabývat koncem roku 2014. Protože je tento pojem a koncept v ČR neznámý, není k dispozici českojazyčná literatura, která by ho přibližovala, byla jsem proto nucena důkladně nastudovat zahraniční literaturu, která se tímto tématem zabývá. Téma mě doslova pohltilo, přečetla jsem studie, které se zabývaly nejen magnetickými nemocnicemi, ale také managementem, leadershipem, motivačními teoriemi, řízením změn, kvalitou. To vše v sobě magnetické nemocnice snoubí a je hlavním důvodem jejich úspěšnosti.

Negativním důsledkem mého studia literatury byla neschopnost udržet si nadhled a odstup od dat získaných rozhovory. Což pochopitelně vedlo, při prvotním vyhodnocování dat, k jejich zjednodušení a nedostatečnému zpracování. Konzultace s vedoucí mé práce, Doc. PhDr. Havrdovou, CSc., mi poskytla potřebnou zpětnou vazbu a vedla k sebereflexi, která mě vedla k tomu, že jsem se na získaná data podívala znova, se snahou udržet si nezbytný odstup.

Snad největší překážkou pro udržení si potřebného odstup je skutečnost, že jsem zdravotní sestra a s prostředím českého zdravotnictví mám osobní zkušenost. Co lze však vnímat jako pozitivní, je můj současný odstup od reálných problémů našeho zdravotnictví, jelikož jsem téměř 5 let na rodičovské dovolené. Možná i proto vidím v magnetických nemocnicích potenciální řešení a jsem kritická ke způsobu vedení a snaze o řízení zdravotnických pracovníků v českých nemocnicích.⁹

⁹ Názorově se ztotožňuji s S. Coveym (2013), že řídit lze pouze věci, ale lidi je potřeba vést.

Abych předešla opětovné projekci svých osobních pocitů a názorů, do způsobu zpracování dat, rozhodla jsem se striktně držet magnetického modelu a soustředit svou pozornost na oblasti personálního zajištění péče, styl vedení a řízení ošetrovatelské péče, vztahy jednotlivých profesních skupin, jak jsou zdravotní sestry zmocněny k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Tematické analýzy a jednotlivé kódy jsem vytvořila na základě již vzniklé teorie (Boyatzis, 1998).

1.1.6. Etické aspekty

V rámci rozhovorů s vedoucími pracovníky, byla probírána témata související s personálním zajištěním péče, s mnohdy komplikovanými a složitými vztahy na pracovišti mezi zdravotními sestrami a lékaři, jejich nadřízenými. Otázky spojené s hodnocením celkové atmosféry v organizaci, sledováním kvality a vzděláváním.

Proto jsem všechny informantky již během plánování setkání a před samotným zahájením rozhovoru ujistila, že organizace ani jejich identita nebude odhalena.

Cílem této práce nebylo zkoumat a hodnotit zdravotnická zařízení v ČR, ale přiblížit pojem magnetické nemocnice a zjistit, zda lze známky magnetismu nalézt v českých nemocnicích.

Pro tuto práci tedy není směřodatné, ve kterých zdravotnických organizacích výzkum probíhal, podstatná jsou pouze sdělení jednotlivých účastníků. Mým záměrem je tedy chránit nejen jednotlivé informanty, ale také organizace, které daly s rozhovory a dotazníkovým šetřením souhlas.

Ve všech organizacích jsem oficiálně požádala o souhlas s provedením výzkumu, žádost ani povolení k výzkumu v organizaci není součástí Příloh této práce, neboť jde o dokumenty samotných organizací, podle kterých by mohly být identifikovány. Z důvodu zajištění ochrany organizací taktéž nespecifikuji, ve kterém roce se tohoto projektu účastnily.

Ve všech případech byli informanti seznámeni s postupem výzkumu, se způsobem, jakým budou data zpracována (nahrávání, přepis, anonymizace),

archivována a použita v diplomové práci. Nabídnu byla i možnost zaslání přepisu rozhovoru. Tuto možnost využila pouze jedna z informantek.

Účast na dotazníkovém šetření byla pro všechny zúčastněné dobrovolná.

1.2. Analýza dat

Při analýze rozhovorů jsem využila tématickou analýzu dat, přičemž jsem vycházela z předem známého teoretického rámce, totiž magnetického modelu (Boyatzis, 1998). Tématickou analýzu dat a vytváření kódů na základě teoretického rámce jsem zvolila proto, že mým záměrem nebylo vytvořit novou teorii, ale zjistit zda se konkrétní známky vyskytují v organizacích, kde jsem provedla výzkum. Tento postup jsem zvolila z důvodu, že magnetické nemocnice mají přesně stanovené charakteristiky, kterých jsem se chtěla při posuzování nemocnic držet. Strukturu rozhovoru jsem taktéž vytvářela tak, abych tyto charakteristiky mohla posoudit ve vybraných zdravotnických organizacích.

Tyto charakteristiky jsou dobře zachyceny v existujících hodnotících škálách Kramerové a Schmalenbergové (in Mc Clure a kol., 2002), které jsem využila k operacionalizaci teoretického pojmu magnetické nemocnice. Po přepisu všech rozhovorů jsem opakovaně všechny texty četla a sledovala výskyt významných témat, která odpovídají takto operacionalizovanému teoretickému rámci, a postupně je kódovala. Přepisy tvořily 254 normostran textu.

K analýze dat získaných z dotazníkového šetření v jednotlivých zdravotnických organizacích jsem využila program PSPP. Jde o verzi programu IBM SPSS Statistics. Tento programový systém se využívá pro statistické zpracování dat a orientuje se především na sociální vědy (Řehák, Brom, 2015).

1.3. Výsledky a jejich interpretace

V této kapitole uvedu výsledky analýzy dat spolu s příklady výpovědí a jejich porovnání s charakteristickými rysy magnetických nemocnic. Vzhledem k rozsáhlému množství dat jsem se zde zaměřila pouze na 5 základních oblastí, sledovaných magnetickými nemocnicemi:

1. personální zajištění ošetrovatelské péče;
2. řízení a kontrola ošetrovatelské péče;
3. vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři;
4. klinická autonomie a odpovědnost;
5. vzdělávání.

1.3.1. Personální zajištění ošetrovatelské péče

Pro magnetické nemocnice je charakteristický vyšší poměr zdravotních sester k počtu pacientů (nurse patient ratios) (Kramerová, 1990). Také volba profesního modelu ošetrovatelské péče závisí na nastaveném počtu zdravotnického personálu (viz. Teoretická část).

Otázku (ne)adekvátnosti personálního zajištění ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení a jejích důsledků jsem zkoumala jednak prostřednictvím názorů jednotlivých manažerů ošetrovatelské péče. Ptala jsem se také, co považují za příčinu a možná řešení personální situace. Tím jsem sledovala i míru shody v názorech vedoucích pracovníků. Rozdílné pohledy a názory na personální zajištění ošetrovatelské péče, lze sledovat u NOP, vrchních i staničních sester.

Pro přehlednost jsou jednotlivá zjištění prezentována v **Tabulce č. 1. Personální zajištění ošetrovatelské péče z pohledu vedoucích pracovníků**. Jak je z níže uvedené tabulky patrné, mezi jednotlivými skupinami manažerek není jednotný názor na personální situaci ve zdravotnictví, její příčiny a její možné řešení. Převážně ze strany vrchních a staničních sester byly opakovaně zdůrazňovány špatně nastavené počty personálu v samotné systematizaci a s tím spojené přetěžování personálu.

Zde mě napadá příměr ze zdravotnictví, kdy lze jen obtížně nalézt léčbu pro chorobu, jejíž přesnou příčinu neznáme a léčíme pouze jednotlivé symptomy dané choroby.

V kontextu magnetických nemocnic je však nutné se na tato zjištění dívat ještě jiným způsobem. Tato názorová nejednotnost se zcela jistě promítá do strategických vizí zdravotnického zařízení, řízení a vedení změn v daném zdravotnickém zařízení a personální politiky.

Pravděpodobně je také obtížné vytvářet profesionální model péče (viz Teoretická část kap. 1.5. Systémy poskytování ošetrovatelské péče a kap. 2.5. Profesionální modely péče). Což prokázalo i dotazníkové šetření mezi zdravotními sestrami. Z dotazníkového šetření totiž vyplývá, že v praxi je užíván jakýsi hybridní model ošetrovatelské péče nebo, což považuji za pravděpodobnější, není v praxi uplatňován model ošetrovatelské péče. To se logicky promítá také do personální politiky zdravotnického zařízení, počty personálu jsou stanoveny centrálně a s ohledem na Vyhlášku č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Názorová jednotnost panuje v nutnosti zvýšení prestiže zdravotnického povolání. Průzkum, který jsem v kontextu s tímto zjištěním provedla, ovšem ukazuje, že nemocnice nevěnují na svých webových stránkách prezentaci ošetrovatelské péče a práci zdravotních sester pozornost.

Tab.č. 1. Personální zajištění ošetrovatelské péče z pohledu vedoucích pracovníků- shody a rozdíly

	<i>NOP</i>	<i>Vrchní sestry</i>	<i>Staniční sestry</i>
<i>Popis situace</i>	<ul style="list-style-type: none"> • nemáme problém • vyrovnaná • <u>krizová situace</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • stabilizovaná • uspokojivá • spíše špatná • špatná • <u>krizová</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • dostačující • podle tabulek dostačující • není nedostatek • <u>krizová</u>
<i>Příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>finanční</u> podhodnocení • <u>vzdělávací systém</u> • nejsou sestry • nezájem ze strany absolventů pracovat v nemocnicích 	<ul style="list-style-type: none"> • rodičovská dovolená do důchodu • <u>finanční</u> podhodnocení • systém práce • systém provozu • nezájem pracovat v nemocnici 	<ul style="list-style-type: none"> • směnný provoz • náročnost práce • neschopnost udržet v/zařadit do kolektivu nové sestry • neatraktivita oboru
<i>Řešení</i>	<ul style="list-style-type: none"> • navýšení mezd • <u>zvýšení společenské prestiže profese</u> • lepší mediální obraz profese • <u>změna vzdělávacího systému</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>zvýšení společenské prestiže profese</u> • navýšení mezd • <u>změna vzdělávacího systému</u> • vyšší počty personálu • systematizace • kolegiální chování • vlidný přístup ke studentům 	<ul style="list-style-type: none"> • finanční ohodnocení • počty personálu zohledňující náročnost oddělení • vyšší kompetence • <u>jednotnost systému vzdělávání</u> • nepřetěžování personálu, odpočinek • odměny • lepší prezentace nemocnic

Podtrženy jsou v tabulce názorové shody jednotlivých skupin vedoucích pracovníků. Tučně jsou zvýrazněny rozdílné názory na příčiny a řešení personální situace. V tabulce vidíme, že názorově se jednotlivé skupiny vedoucích pracovníků (NOP, v.s., s.s.) vždy neshodují. V popisu situace lze najít častěji shodu, dle typu kliniky/oddělení. Rozdílné jsou názory na příčiny nedostatku zdravotních sester, NOP jako hlavní příčinu označovaly nedostatečné finanční ohodnocení, v.s. zdůrazňovaly především odchody sester na mateřskou/rodičovskou dovolenou, s.s. jako hlavní příčinu uváděly směnný provoz

a náročnost práce na oddělení. Řešení současné situace vidí NOP hlavně v navýšení mezd, v.s. pak zdůrazňovaly zvýšení prestiže sesterského povolání, s.s. zdůrazňovaly navýšení mezd a počtu personálu zohledňující náročnost práce na daném oddělení.

1.3.2. Řízení a kontrola ošetrovatelské péče

Jedním z rysů magnetických nemocnic je transformativní způsob vedení s plošnou organizační strukturou. Je veřejně vyjádřen a oceněn přínos ošetrovatelské péče, která je zdravotními sestrami poskytována (ANCC, 2013).

V našich výsledcích se ukazuje, že v organizacích převažuje hierarchická organizační struktura. Pravomoci vedoucích pracovníků ošetrovatelské péče jsou vnímány jako značně omezené. Do rozhodování o okolnostech, které mají vliv na řízení a vedení ošetrovatelské péče, ve velké míře zasahují zástupci lékařské profese. Což se ve velké míře promítá do volby a výběru vedoucích pracovníků, odměňování zaměstnanců, organizaci a plánování ošetrovatelské péče.

Stejný závěr lze vyvodit z dotazníkového šetření. Zdravotní sestry se necítí být do fungování zdravotnického zařízení zapojeny, většinou nemají pocit, že by přínos, který jejich péče má, byl veřejně uznán. Také shodně převažuje názor, že péče je založena na medicínském modelu péče. Což znamená, že v praxi je hlavní činností sestry provádění činností, které určuje lékař v rozsahu dané klinické praxe (blíže viz Příloha č. 5 Kompletní výsledky dotazníkového šetření).

Zoja (NOP, 18 let praxe): *„Ryba smrdí od hlavy, takovou, jakou máte staniční, máte oddělení, jakou máte vrchní, takovou máte kliniku a paradoxně, jakou máte hlavní, takovou máte nemocnici.“*

Tvrzení **Jitky** (v. s., 22 let praxe) ovšem ukazuje, v jak obtížné situaci se vedoucí pracovníci nacházejí. Je zde vidět, do jaké míry se tato hierarchická struktura promítá do způsobu řízení a vedení: *„Když na sebe upozorní a bude stále něco chtít, může ji to stát místo, protože se pro ně stane nepříjemnou nebo obtěžující, ta, co pořád něco chce.“*

Vedoucí postavení je spíše formální pozice, bez zmocnění k tomu v praxi něčeho dosáhnout nebo něco ovlivnit.

Julie (v. s., 45 let praxe): *„Někdy ty jejich stesky jsou oprávněný, ale už sama vy víte, že se to nedá Vámi změnit. A pak teda je ta vrchní v situaci, kdy s tou situací nic neudělá.“*

Řízení a kontrola ošetrovatelské péče souvisí také s tím, jak je prezentovaná ošetrovatelská péče v rámci nemocnice, uznán její význam a podíl na dosažených výsledcích poskytované péče. Pouze jedna z nemocnic ve svém popisu na webových stránkách zmiňuje ošetrovatelkou péči. Převažuje však popis léčebné péče a specializované zdravotní péče.

Je také patrné, že i zásluhy si často připisují lékaři. I přesto, že převážná část péče, která je v nemocnici pacientům poskytnuta, je zajišťována nelékařskými zdravotnickými pracovníky (např. podávání stravy, léků, převazy ran, nácvik a dopomoc při činnostech spojených s navrácením soběstačnosti a mnoho dalších).

Amálka (v.s., 43 let praxe): *„Když se objeví zarudlá břicha, tak najednou je to téma sestrama. Pokud přichází hodně pochval na oddělení, tak je to o nich, jak to odoperovali.“*

Protože je však hierarchická organizační struktura pro většinu zdravotnických zařízení typická, uvádím škálu řízení a kontroly ošetrovatelské praxe dle Kramerové a Schmalenbergové (in McClureová, Hinschawová, 2002). Nemocnice, ve kterých probíhal výzkum, lze na základě sdělení respondentů zařadit do kategorie 3 a 4. Tedy že v rámci zdravotnických organizací je vytvořena struktura řízení ošetrovatelské péče, jsou určeni odpovědní vedoucí pracovníci, ale z globálního hlediska jsou jejich možnosti kontroly a ovlivnění podmínek a způsobu poskytování ošetrovatelské péče omezené nejen ze stran vedoucích pracovníků, ale i řadových sester.

Abychom v této oblasti mohli vybrané zdravotnické organizace označit jako mající známku/charakteristiku magnetických nemocnic, museli bychom je zařadit do kategorie 1. Vysoce efektivního řízení (blíže viz Tab. č. 2).

Tab. č. 2 Řízení a kontrola ošetrovatelské péče kategorie dle Kramerové a Schmalenbergové (in McClureová, Hinschawová, 2002)

<p>Kategorie 1 <i>Vysoce efektivní řízení</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • je vytvořena řídicí struktura, která je operativní a jejíž autorita je uznána • jsou známi zástupci ošetrovatelské profese • vyžadováno a očekáváno je zapojení všech zdravotních sester • ocenění osob, které mají skutečně podíl na dosažených výsledcích • jasně stanovené cíle • zaměření na: ošetrovatelskou praxi, management, prostředí a kulturu v organizaci
<p>Kategorie 2 <i>Omezená kontrola</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • je vytvořena jistá forma struktury, ale není vnímána jako plně operativní a efektivní • nepřiliš jasné a srozumitelné cíle, uznání přínosu ošetrovatelské péče • zaměření na: zdravotní péči, prostředí, zdroje • zájem managementu soustředěn na požadavky odborových organizací a odborných výborů
<p>Kategorie 3 <i>Účast bez kontroly</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • někdy označován jako participativní management • zaměření na: provozní problémy • ocenění a uznání získává vedoucí pracovník (v. s., s. s., NOP) • manažer ošetrovatelské péče je odpovědný za případné problémy • zaměření na: převážně manažerské činnosti, problémy spojené s klinickou praxí
<p>Kategorie 4 <i>Závislost na autoritě</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • není rozeznatelná struktura kontroly ošetrovatelské praxe • je uznána autorita (NOP, v. s., s. s.), ale není umožněno řídit ošetrovatelskou péčí a rozhodovat o ní • problém je zdravotními sestrami identifikován,

	<p>možnost jeho řešení je závislé na zdroji autority</p> <ul style="list-style-type: none"> • nejsou známy cíle • zaměření na: klinickou praxi, manažerské problémy, prostředí
<p>Kategorie 5</p> <p><i>Minimální nebo žádná kontrola</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • není organizační struktura ani uznání kontroly ošetrovatelské péče • není odpovědnost, jasné cíle • charakteristickým postojem je rezignace

1.3.3. Vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři

V přitažlivých nemocnicích je věnována velká pozornost pracovním vztahům a také tomu, aby fungovala vzájemná spolupráce mezi jednotlivými zdravotnickými disciplínami a aby členové zdravotního týmu vzájemně respektovali přínos všech profesních skupin k dosažení dobrých výsledků v péči (ANCC Forces of magnetism, 2015).

Na otázku vztahů mezi zdravotními sestrami a lékaři většina informantů odpovídala, že je to poněkud složitější. Často opakovaným slovním spojením bylo „osvícený lékař“. Charakteristikou osvíceného lékaře jsou pak jeho zkušenost a znalosti, které se promítají do toho, jakým způsobem přistupuje a chová se k osobě zdravotní sestry, jakým způsobem s ní komunikuje a oceňuje její práci a vnímá přínos ošetrovatelské péče.

Lékař, který nemá tyto charakteristiky, je pak popisován jako lékař, který je ve svém vystupování direktivní, obtížně se s ním spolupracuje a komunikuje. Postavení zdravotní sestry vnímá jako podřízené. Často užitým termínem bylo služka, holka pro všechno, nerovnocenná partnerka, podřízená.

Zároveň manažerky ošetrovatelské péče zdůrazňovaly, že jsou sestry spoluodpovědné za toto chování a za přístup lékařů a samy se do této submisivní role staví.

Ve všech případech však bylo patrné, že lékař má v týmu zdravotnických pracovníků dominantní postavení, rozhoduje a určuje směřování péče, ale také chod oddělení.

I zde jsem se snažila svá zjištění zařadit na škále vztahů zdravotních sester a lékařů vytvořené Kramerovou a Schmalenbergovou (in McClureová a kol, 2002).

Tab. č. 3 Vztahy zdravotních sester a lékařů kategorie dle Kramerové a Schmalenbergové (in McClureová, Hinschawová, 2002)

Kategorie 1 <i>Kolegiální</i>	<ul style="list-style-type: none"> • velice dobré vztahy • základem vztahu je rovnocennost • uznání a respekt rozdílných znalostí
Kategorie 2 <i>Spolupracující</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vztahy jsou popisovány jako skvělé nebo dobré • personál spolupracuje velmi dobře • dobrovolná spolupráce, založená na vzájemné důvěře, respektu a moci • základem vzájemné moci je větší čas, který sestra s pacientem tráví, její zkušenost nebo znalost • obě strany mají moc, ale lékařova moc je vyšší
Kategorie 3 <i>Student-učitel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vztahy jsou popisovány jako příjemné, přátelské, zdvořilé, tolerantní • lékaři jsou ochotni diskutovat, vysvětlovat a učit • lékař má rozhodně vyšší postavení, ale jak zdravotní sestra, tak lékař mohou být v pozici učitele
Kategorie 4 <i>Neutrální</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vztahy jsou bez citového zabarvení nebo je lékař popisován jako „přátelský cizinec“ • charakteristická je pouhá výměna informací • obě strany jsou si vědomy nerovnosti, na straně zdravotní sestry je tato nerovnost spíše cítěna, není lékařem přímo vyjádřena
Kategorie 5 <i>Negativní</i>	<ul style="list-style-type: none"> • vztahy jsou označeny jako frustrující, nepřátelské, spojené s rezignací • přesilové hry

Vztahy s vedoucími pracovníky lze na této škále zařadit do kategorie 2, 3, 4, 5. Převažoval však popis vztahů kategorie 3 a 4, tedy Student- učitel a Neutrální.

Slovy **Anny** (v. s., 20 let praxe): „ *Nejsme zatím brány jako rovnocenné partnerky, ta naše role je taková dost submisivní.* “

Na základě dotazníkového šetření lze říci, že vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři lze nejvíce zařadit do kategorie 2 Spolupracující (blíže viz Příloha č. 5).

1.3.4. Klinická autonomie a odpovědnost

Při posuzování klinické autonomie a odpovědnosti se ukázalo, že pro zdravotní sestry je velice obtížné dosáhnout profesní autonomie a mít ji v prostředí, které je hierarchické. Pro magnetické nemocnice je však klinická a profesní autonomie jednou z klíčových charakteristik (McClureová a kol., 1983, Kramerová, Schmalenbergová, 1991).

Profesní a klinické autonomie v ošetrovatelství je obtížné dosáhnout v prostředí s hierarchickou organizační strukturou, kde rozhodování je v moci dominantní lékařské profese. Čím vyšší je autonomie, tím vyšší je pracovní uspokojení (Kramerová, Hefnerová, 1989).

V rozhovorech, které jsem provedla, bylo patrné, že zdravotní sestry nemohou v tomto hierarchickém prostředí dosáhnout autonomie. Většina činností, které jsou plně v kompetenci registrované zdravotní sestry, musí být lékařem kontrolována a ordinována. Problematické je ovšem také to, že tato kontrola často vede k tomu, že zdravotní sestry nejednají na základě svého odborného úsudku, vyhodnocení a posouzení stavu pacienta, ale jsou vázány autoritou, kterou nad nimi lékař má. S větší mírou profesní autonomie se setkávají zdravotní sestry na specializovaných odděleních, kde je na jejich profesní posouzení nahlíženo jako na hodnotné a jejich profesní úsudek je brán v potaz.

Dosah toho, jak se nedostatek klinické autonomie projeví v praxi, nalezneme u **Amálky** (v. s., 43 let praxe): „ *Opravdu jsem se hrozně zlobila, a zase neprávem asi, protože oni mi řekli, že **to prostě neměla naordinovaný**. Paní čtyři a půl týdne ležela jako přikovaná a nikoho nenapadlo, aby zavolaly fyzioterapeutky.* “

Bez autonomie se vytrácí u zdravotních sester pocit osobní odpovědnosti při provádění ošetrovatelské péče. Zakořeněný je postoj, že sestra provádí ty činnosti, které má lékařem naordinovány, že lékař je ten, který kontroluje činnost a hodnotí práci zdravotní sestry. V mnoha případech o odměně zdravotních sester v praxi nerozhoduje jejich přímá nadřízená, ale primář dané kliniky nebo oddělení.

I zde jsem se rozhodla porovnat svá zjištění a zařadit je na škále Klinické autonomie Kramerové a Schmalenbergové (in McClureová, Hinshawová, 2002). V tomto ohledu mohu říci, že autonomii zdravotních sester lze na této škále zařadit do kategorie 3 **Omezená autonomie**, kategorie 4 **Nepodporovaná autonomie** a kategorie 5 **Neautonomní praxe**.

Tab. 4 Kategorie klinické autonomie dle Kramerové a Schmalenbergové (in McClureová, Hinschawová, 2002)

<p>Kategorie 1 <i>Autonomní rozhodování v péči o pacienta</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • možnost svobodně jednat v nejlepším zájmu pacienta • autonomní rozhodování je podporováno a schváleno • konstruktivní zpětná vazba • kolaborativní rozhodování
<p>Kategorie 2 <i>Autonomní ošetrovatelská péče</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • sestry mohou svobodně jednat v nejlepším zájmu pacienta a rozsahu své ošetrovatelské praxe a standardů ošetrovatelské péče • aktivita je veřejně podporována a schválena • tyto aktivity nejsou v organizaci sankcionovány
<p>Kategorie 3 <i>Omezená autonomie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • možnost svobodně jednat je omezena • sestry jednají pouze, mají-li oficiální schválení • náznak rezignace při rozhodování
<p>Kategorie 4 <i>Nepodporovaná autonomie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • autonomní jednání pouze v určitých situacích • autonomní jednání není schváleno ani podporováno • nedostatečná podpora, obava z trestu a sankcí • sestry vykonávají činnosti, které jsou v rozporu s jejich profesním přesvědčením a zájmy pacienta
<p>Kategorie 5 <i>Neautonomní praxe</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • sestry jednají jen na základě autority

Dotazníkové šetření mi v tomto ohledu přineslo rozporuplné výsledky. Na základě otázek, které jsou v dotazníku zaměřeny na posouzení klinické autonomie, by bylo možné označit kategorii převážně autonomní ošetrovatelské praxe. Což ovšem nekoreluje s výsledky v oblastech, které jsou pro vytvoření autonomní klinické praxe rozhodující - řízení a kontrola ošetrovatelské péče a vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři (blíže viz Příloha č. 5).

1.3.5. Vzdělávání

V oblasti vzdělávání jsem posuzovala dvě úrovně. Jednak míru pozornosti, kterou věnují organizace vzdělávání zdravotních sester, a míru pozornosti, která je věnována přípravě studentů ošetrovatelství.

1.3.5.1. Vzdělávání zaměstnanců

Ve všech organizacích probíhají semináře, školení a kurzy určené zaměstnancům nemocnic. Ve všech zdravotnických organizacích byl zaznamenán snížený zájem o další vzdělávání po legislativní úpravě Zákona č.96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních.¹⁰

Vzdělávací akce jsou zaměřené převážně na oblasti a témata, kde je patrný velký zájem zdravotních sester.

Neochota a nezájem vzdělávat se, zavádět nové postupy do praxe je pak nejčastěji patrná u starších sester. Na jedné straně jsou tyto zdravotní sestry popisovány jako nekvalitní, s čímž ovšem kontrastuje názor, že jen převážně starší generace, která měla kvalitní vzdělání, má k této profesi hlubší vztah.

Poměrně výstižně to vyjádřila **Hana** (s. s., 30 let praxe): „*Ty starší jsou takový, že se jim moc nechce zavádět nové věci do praxe. Anebo že to po staru tak bylo správně, dělali jsme to tak 20 let, tak proč to máme dělat jinak.*“

Stereotypizaci a stigmatizaci lze vidět v přístupu k mladým zdravotním sestřím s vysokoškolským vzděláním. Tyto zdravotní sestry jsou vnímány jako zdravotní sestry usilující o manažerské posty, chovající se nadřazeně, neloajálně a dožadující se svých práv. Často je jim znemožněno převést své znalosti do praxe, což lze dát do souvislosti s hierarchií, která je v organizaci zavedena.

Jitka (v. s., 22 let praxe): „*U mě je to prostě tak, že starší zdravotní sestra je pro tu mladou zákon.*“

Postoj ke vzdělání a vzdělávání se pak promítá i do zavádění změn do praxe. Vedoucí pracovníci jako hlavní příčinu nemožnosti zavést novinky do praxe vidí právě v neochotě zaměstnanců, rigidním prostředí ve zdravotnictví.

¹⁰ Prodloužení platnosti osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu z 5 na 10 let, pro prodloužení osvědčení zdr. pracovník dokládá potvrzení o celoživotním vzdělávání.

1.3.5.2. Vzdělávání studentů ošetrovatelství

Tuto oblast lze označit za problematickou a dovoluji si tvrdit, že je ve velké míře taktéž příčinou personálního nedostatku, se kterým se některá oddělení potýkají. Vzhledem k tomu, že je klinická praxe většinou prvním setkáním a bližším poznáním prostředí nemocniční péče, jsou studenti zcela jistě touto zkušeností ovlivněni.

Mnou oslovení informanti otevřeně vyjadřovali neochotu a nezáměr se některým studentům na praxi věnovat. Věnována je studentům pozornost na základě subjektivního hodnocení zdravotních sester. Projeví-li studentka v praxi zájem, je hodnocena jako osoba, které má cenu se věnovat. V opačném případě je pedagogická činnost vnímána jako ztráta času. Podle vrchních staničních sester je na vině i nepřítomnost učitelek odborné praxe na oddělení.¹¹

Je patrné, že žádná z informantek nevnímala souvislost mezi postojem ke studentům na praxi a jejich vstupem do prostředí nemocnice. Pouze **Amálka** (v. s., 43 let praxe) konstatovala, že: „*Já si nemyslím, že není zájem o tu profesi. On spíš pak není zájem o to do té profese jít.*“ Zda lze mezi tímto jevem nalézt příčinnou souvislost, si nedovolím posoudit, ale nelze to ani vyloučit.

Jaký je postoj ke studentům na praxi, výstižně popsala **Anežka** (s. s., 33 let praxe): „*Já jako pro ně nemám čas, abych tady je učila, na to mají mít lektorku odborný praxe. Uměj ty, co mají zájem a chtějí samy se naučit a mají to v sobě. Ztrácet čas s někým, o kom víte, že tu práci nikdy dělat nebude, to mi přijde zbytečný.*“

Charakterizovaly dva druhy chování personálu ke studentům: chování užitečné a chování neužitečné. V tomto ohledu lze chování ke studentům ve vybraných nemocnicích označit jako chování, které je neužitečné (Jaksonová, Mannixová, 2001). Jde o chování, které je ve své podstatě pasivní, ale nelze pochybovat o tom, že je studenty vnímáno. Mnou oslovení informanti přímo vyjadřovali neochotu

¹¹ Podle Vyhlášky č. 55/2011 O činnostech zdravotnických pracovníků se však mají zdravotní sestry s odbornou způsobilostí podílet na praktickém vyučování.

a nezám se některým studentům věnovat, studenti jim na oddělení překážejí, nejsou jim nápomocni. Zdravotní sestry nemají čas se studentům věnovat.

Některé studie poukazují na to, že nepřátelské prostředí nemocnic, přetěžování personálu a nedostatek personálu je pro některé studenty, ale i absolventy důvodem, proč opustí svou profesi (Burešová, 2014; Lastová, Fulbrook, 2003).

Diskuze

Při psaní diplomové práce bylo mým hlavním cílem přiblížit pojem magnetické nemocnice. Snažila jsem se také deklarované úspěchy magnetických nemocnic konfrontovat s výsledky výzkumů a studií.

Domnívám se, že úspěch vedení magnetických nemocnic tkví především v neustálé snaze aplikovat novodobé poznatky managementu a leadershipu do praxe. Pozoruhodná je i pozornost, která je v těchto organizacích věnována propagaci ošetrovatelské profese a otevřenému veřejnému uznání nepopiratelného přínosu ošetrovatelské péče na dosažení dobrých výsledků při poskytování zdravotní péče.

Mé výzkumné šetření, které jsem provedla ve vybraných zdravotnických zařízeních, ukazuje, že zdravotnická zařízení nejsou pro české sestry přitažlivá. O čemž svědčí i problémy zdravotnických zařízení v otázkách personálního zajištění péče. Upřednostňována je hierarchická organizační struktura, zdravotní sestry nejsou zapojeny do politiky zdravotnického zařízení. Zdravotní sestry nejsou zmocněny k tomu, aby ošetrovatelskou péči vykonávaly v celém jejím rozsahu, kvalitně a bezpečně. Zdravotní sestry nemohou oficiálně zasahovat do způsobu organizování péče, určovat počet personálu, který je pro zajištění kvalitní a bezpečné péče nezbytný. Problém lze spatřovat také v tom, že nejsou v praxi aplikovány profesní modely ošetrovatelské péče, které by odpovídaly specifickým potřebám pacientů/klientů podle typu oddělení.

Lze téměř říci, že jsou zdravotní sestry a ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci v našich nemocnicích neviditelní. Zdravotním sestřám je v mediích v současné době dán větší prostor, pouze v souvislosti s nedostatkem zdravotních sester a jejich špatného finančního ohodnocení. Sami zdravotnické organizace by mohly důležitost a přínos ošetrovatelské péče, tedy i profese zdravotních sester, zdůraznit na webových stránkách. Lajčkou veřejnost, ale také potencionální zdravotní sestry, může tato absence prezentace ošetrovatelské profese samotnými nemocnicemi vést k přesvědčení, že význam a rozsah péče, kterou zdravotní sestra v systému zdravotní péče poskytuje je ve srovnání s lékaři zanedbatelná. Jak ovšem ukazují v teoretické části této práce, má kvalifikovaná zdravotní sestra zásadní podíl

na dosažení požadovaných výsledků při poskytování léčebné, zdravotní a preventivní péče.

Přestože provedený výzkum zahrnoval pouze tři pražské nemocnice, nedostatek zdravotních sester je problém celorepublikový a, jak uvádím v teoretické části, i celosvětový. Osobně nesouhlasím s názorem, že příčinou nedostatku zdravotních sester v nemocnicích je zdlouhavý systém vzdělávání a špatné finanční ohodnocení. Můj výzkum, literatura a studie, se kterými jsem pracovala, mě vedou k přesvědčení, že na současné situaci se výrazně podílí způsob řízení a kultura zdravotnických organizací. Lze se proto obávat, že plánované změny v systému vzdělávání a navýšení platů ve zdravotnictví v dlouhodobém horizontu tuto situaci nevyřeší.

Magnetický model nemocnici nabízí zvolení vhodného modelu ošetrovatelské péče do praxe, zmocnění zdravotních sester, zviditelnění profese zdravotních sester a ocenění jejich práce samotnými nemocnicemi, vstřícný postoj ke studentům zdravotních sester a tzv. pomocné chování¹² - to vše může mít pro samotné nemocnice překvapivě pozitivní dopad. Jde ovšem o změny, které jsou ve velké míře závislé na ochotě managementu nemocnic na všech úrovních. Právě management nese odpovědnost za vytváření podmínek, které umožňují zdravotnickým pracovníkům vykonávat svou činnost na nejlepší možné úrovni, nebo naopak těmto snahám někdy vědomě a někdy nevědomě brání.

Zodpovědnost a odpovědnost při poskytování péče je ovšem nejen na managementu, ale na každém jednotlivci. Jako příklad lze uvést dokumenty a zákonná ustanovení jako: Koncepce ošetrovatelství (MZ ČR, 2004), Etický kodex pracovníka nelékařských zdravotnických oborů (MZ ČR, Věstník 7/2004), Etický kodex ICN¹³ (ČAS, 2012), Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních, Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí (2001).

¹² Pomocné chování (helpful behaviours) pochopení, přátelský postoj, projevení zájmu, vysvětlování (Jacksonová, Mannix, 2001)

¹³ Mezinárodní rada sester

Proč jsou ovšem magnetické nemocnice úspěšné v získávání zdravotních sester a v dosažení vysoké kvality ošetrovatelské péče? Protože vytvářejí pracovní prostředí a podmínky k tomu, aby zdravotní sestry mohly poskytovat ošetrovatelskou péči vysoké kvality, což jim dává pocit pracovního uspokojení (Kramerová, 1986). Tomu je uzpůsobena organizační struktura organizace, rozdělení moci, podle toho jsou kladeny požadavky na vedoucí pracovníky.

Doporučení pro praxi

Zcela nepochybně se české zdravotnictví nachází v personálně velice nepříjemné situaci. Magnetický model představuje názorný a srozumitelný nástroj k dosažení dobrých výsledků a vysoce kvalitní péče.

Magnetické nemocnice zdůrazňují vliv vedoucích pracovníků a transformativní management a leadership. S ohledem na rozhodující a náročnou úlohu vedoucích pracovníků je potřeba věnovat pozornost nejen jejich výběru, ale i jejich vzdělávání.

Pozitivní vliv na zlepšení personální situace by mohla mít také zaměření pozornosti na prezentaci ošetrovatelské profese na webových stránkách nemocnic, prostřednictvím tiskových oddělení.

Počty personálu by měly být nastaveny podle vhodného modelu ošetrovatelské péče, specifikace a klinické náročnosti pacientů/klientů samotných oddělení tak, aby personálu bylo umožněno poskytovat kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči, bez nadměrné fyzické a psychické zátěže. Je však nutné umět v praxi zvolit nebo vytvořit vhodný model ošetrovatelské péče, který bude splňovat potřeby konkrétních oddělení.

Je potřeba výrazně zlepšit spolupráci se zdravotními školami a fakultami. Věnovat studentům pozornost a podporu na praxi. Pokud se zdravotní sestry nechtějí na výuce studentů aktivně podílet (ať již z důvodů časových, obav z nedostatku pedagogických schopností), zvážit, zda je oboustraně přínosné, jak pro studenty tak zdravotní sestry, aby v takovém prostředí studentky odbornou praxi absolvovali. Popřípadě vybrat vhodné mentory odborné praxe ve zdravotnickém zařízení.

Zvážila bych také zavedení individuální supervize pro vedoucí pracovníky a skupinové supervize pro jednotlivé týmy zdravotníků. Je to právě supervize, která umožňuje reflektovat pracovní kontext, pracovní proces. Jejím cílem je poznat a pochopit a tím zlepšit přístup ke klientům, kolegům, způsobu práce (Havrdová, Hajný et al., 2008). Domnívám se, že právě supervize by mohla celý proces této řady náročných změn usnadnit. Také by mohla pomoci vytvoření kolegiálních vztahů na pracovišti mezi jednotlivými profesními skupinami.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo podrobně popsat magnetické nemocnice. Přiblížit historii samotného pojmu magnetické nemocnice, co je pro tyto organizace specifické. Co ve způsobu řízení a vedení těchto organizací přispívá ke zvýšení kvality a bezpečí poskytované péče, proč tyto organizace dosahují vyšší kvality ošetrovatelské péče a je pro ně snadnější získat a udržet si zdravotní sestry. Podrobně je popsán nejen historický vývoj magnetických nemocnic, ale také samotný magnetický model a magnetické (přitažlivé) síly, které jsou pro magnetické nemocnice charakteristické.

Práce se také zabývá problematikou nedostatku zdravotních sester v českých nemocnicích. Poukazuje na skutečnost, že problematika nedostatku zdravotních sester je problémem všech vyspělých ekonomik. Předkládá také globální predikce nedostatku zdravotních sester na trhu práce. V teoretické části je také zahrnuta samostatná kapitola zabývající se otázkami transformace a řízení změn ve zdravotnických organizacích.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda lze známky magnetismu nalézt ve vybraných zdravotnických organizacích. S využitím kombinovaného výzkumu, polostrukturovaných rozhovorů a dotazníkového šetření mezi zdravotními sestrami. Následná analýza získaných dat a posouzení a zhodnocení výsledků na škálách Kramerové a Schmalenbergové (in McClureová, Hinshawová, 2002) ukazuje, že způsob řízení a vedení nemocnic nemá známky, které jsou charakteristické pro magnetické nemocnice. Patrná je názorová nejednotnost mezi jednotlivými skupinami vedoucích pracovníků na současnou situaci, její příčiny a její možné řešení. Organizační struktura je hierarchická, omezená je autonomie zdravotních sester při poskytování péče, vztahy mezi zdravotními sestrami jsou ovlivněny nerovnocenným postavením zdravotních sester. Zdravotní sestry nejsou zapojeny do způsobu řízení organizace a do vytváření společné vize zdravotnické organizace.

Nejasné je také, jaký model ošetrovatelské péče je v praxi uplatňován. Na základě dotazníkového šetření bychom model ošetrovatelské péče museli označit za jakýsi hybridní model ošetrovatelské péče. Spíše však lze konstatovat, že slabostí praktického ošetrovatelství je absence modelu ošetrovatelské péče.

Nezávislý průzkum webových stránek všech pražských nemocnic ukazuje, že nemocnice nevěnují prezentaci ošetrovatelské péče žádnou pozornost. S ohledem na to, že shodně všichni účastníci výzkumného šetření zdůrazňovali nutnost zvýšení prestiže profese zdravotních sester, je zarážející, že se zvyšováním prestiže nelékařských povolání nezačínají samotné zdravotnické organizace.

Pozoruhodné je také, že možné řešení současné situace je viděno mimo zdravotnické organizace a očekává se, že zkrácení délky profesní přípravy a navýšení mezd ve zdravotnictví povede k vyřešení současné personální situace.

Troufám si říci, že způsob, jakým je řízeno a vedeno poskytování ošetrovatelské péče, je v rozporu se samotnou koncepcí ošetrovatelské péče. České zdravotní sestry lze zcela jistě považovat za vzdělané a odborně zdatné, zároveň jsou však české sestry pasivní a submisivní. Akceptují v praxi jednání, které je v rozporu s posláním ošetrovatelské profese, brání jim v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Nemůže nás tak překvapovat, že do tohoto prostředí odmítají absolventi vstupovat a že naše nemocnice nelze označit za přitažlivé.

Literatura:

1. Abdelhafiz, I. M., Alloubani, A. M. D., & Almatari, M. (2015). Impact of leadership styles adopted by head nurses on job satisfaction: a comparative study between governmental and private hospitals in Jordan. *Journal of nursing management*.
2. Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 49(12), 1047.
3. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H. & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.
4. Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Sochalski, J. (1998). Hospital organisation and outcomes. *Quality in Health Care: QHC*, 7(4), 222–226.
5. Aiken, L.H., Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 146–153.
6. Armstrong, K. J., & Laschinger, H. (2006). Structural empowerment, Magnet hospital characteristics, and patient safety culture: making the link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
7. ANCC (2013). Getting Started: An Overview of the ANCC Magnet Recognition program® and Pathway to Excellence® Program. *American Nurses Credentialing Center*, ISBN 978-1-935213-27-7
8. Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*. Psychology Press.
9. Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), 19-28.
10. Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.

11. Burešová, B. J. (2014). *Začínající sestra v intenzivní péči: šok z přechodu do praxe* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta).
12. Carthey, J., de Leval, M. R., & Reason, J. T. (2001). The human factor in cardiac surgery: errors and near misses in a high technology medical domain. *The Annals of thoracic surgery*, 72(1), 300-305.
13. Ciliska, D., Haynes, B., & Marks, S. (Eds.). (2013). *Evidence-Based Nursing : An Introduction*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons.
14. Coeling, H. V. E., & Simms, L. M. (1993). Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, Part 1: How to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 46-53.
15. Coeling, H. V. E., & Simms, L. M. (1993). Facilitating innovation at the unit level through cultural assessment, Part 2: Adapting managerial ideas to the unit work group. *Journal of Nursing Administration*, 23(5), 13-20.
16. Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ open*, 5(9), e008331.
17. Donabedian, A.,(2003) *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press, ISBN 0-19-515809-1
18. Doran, D., & Almost, J. (2003). *Nursing sensitive outcomes: The state of the science*. Jones & Bartlett Learning., ISBN 0-7637-2287-1
19. Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244-255.
20. Eckleberry-Hunt, J., & Tucciarone, J. (2011). The challenges and opportunities of teaching "Generation Y". *Journal of graduate medical education*, 3(4), 458-461.
21. Edmondson, A. C. (1996). Learning from mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 32(1), 5-28.
22. Ferguson, S. A., & Dawson, D. (2012). 12-h or 8-h shifts? It depends. *Sleep medicine reviews*, 16(6), 519-528.

23. Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281.
24. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
25. Gardner, K. (1991). A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research*, 40(2), 113-117.
26. Garvin, D. A., Wagonfeld, A. B., & Kind, L. (2013). Google's Project Oxygen: Do Managers Matter?.
27. Golden, B. (2006). Transforming healthcare organizations. *Healthc Q*, 10(10-9), 4.
28. Gordon, S. (2005) Culture and politics of health care work: Nursing against the odds: How health care cost cutting, medical stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care. ISBN: 9780801465048
29. Guise, J. M., & Lowe, N. K. (2006). Do you speak SBAR?. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(3), 313-314.
30. Havaei, F., MacPhee, M., & Susan Dahinten, V. (2015). RNs and LPNs: emotional exhaustion and intention to leave. *Journal of nursing management*.
31. Havens, D. S., & Aiken, L. H. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration*, 29(2), 14-20.
32. Havrdová, Z., Hajný, M. (2008). Praktická supervize. *Průvodce po supervizi pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Galén, Praha.*
33. Hoeve, Y. T., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 295-309.
34. Hoffart, N., & Woods, C. Q. (1996). Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing*, 12(6), 354-364
35. Hollnagel, E., Leonhardt, J., Licu, T., & Shorrock, S. (2013). From safety-I to safety-II: A white paper. *DNM Safety, EUROCONTROL*

36. Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H., & Smith, D. G. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing research*, 52(2), 71-79.
37. Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. National Academies Press.
38. Jackson, D., & Mannix, J. (2001). Clinical nurses as teachers: insights from students of nursing in their first semester of study. *Journal of clinical nursing*, 10(2), 270-277.
39. Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical care*, 45(12), 1195-1204.
40. Kent, Bridie., McCormack, Brendan, eds. (2011) Evidence Based Nursing : Clinical Context. Hoboken, NJ, USA: Wiley-Blackwell
41. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human:: building a Safer Health System* (Vol. 6). National Academies Press.
42. Kotter, J.,P. (2012) *Leading change with new preface by the author*, Harvard Business Review first published in 1996, ISBN: 978-1-4221-8643-5
43. Kramer, M. (1990). The Management Hospitals: Excellence Revisited. *Journal of Nursing Administration*, 20(9), 35-44.
44. Kramer, M., & Hafner, L. P. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing research*, 38(3), 172-177.
45. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63.
46. Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13-19.
47. Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275-284.
48. Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163-174.

49. Laschinger, H. K. S., Wong, C., McMahon, L., & Kaufmann, C. (1999). Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28-39.
50. Last, L., & Fulbrook, P. (2003). Why do student nurses leave? Suggestions from a Delphi study. *Nurse Education Today*, 23(6), 449-458.
51. Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T. & Edmondson, A. (1995). Systems analysis of adverse drug events. *Jama*, 274(1), 35-43.
52. Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85-i90.
53. Mackoff, B. L., & Triolo, P. K. (2008). Why do nurse managers stay? Building a model of engagement: Part 1, dimensions of engagement. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 118-124.
54. Manley, K. (2004). Transformational culture: A culture of effectiveness. *Practice development in nursing*, 51-82.
55. Manthey, M. (1991). Delivery systems and practice models: a dynamic balance. *Nursing management*, 22(1), 28-30.
56. Marshal Sorensen, E. (2011) Transformational leadership in nursing from expert clinician to influential leader, Springer Publishing Company, ISBN: 978-0-8261-0528-8
57. McClure, M. L., & Hinshaw, A. S. (2002). *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*. Silver Spring, MD: American Nurses Association. ISBN 1-55810-199-3
58. McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., & Wandelt, M. A. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. American Academy of Nursing. Task Force on Nursing Practice in Hospitals.
59. McNeese-Smith, D. (1995). Job Satisfaction, Productivity, and Organizational Commitment: The Result of Leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26.
60. McVicar, A. (2015). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of nursing management*.

61. Mensik, Jennifer.(2013) Nurse Manager's Guide to Innovative Staffing. Indianapolis, IN, USA: Sigma Theta Tau International.
62. Morgan, S. H. (2009). The magnet™ model as a framework for excellence. *Journal of nursing care quality*, 24(2), 105-108.
63. Morrison, R. S., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27(5), 27-34.
64. Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
65. Page, A. (Ed.). (2004). *Keeping Patients Safe:: Transforming the Work Environment of Nurses*. National Academies Press.
66. Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., & Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International journal of nursing studies*, 44(2), 175-182.
67. Rao, A. (2012). The contemporary construction of nurse empowerment. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 396-402.
68. Reed, S. E. (1988). A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 13(3), 383-395.
69. Regan, S., Laschinger, H. K., & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of nursing management*, 24(1), E54-E61.
70. Rothberg, M. B., Abraham, I., Lindenauer, P. K., & Rose, D. N. (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical care*, 43(8), 785-791.
71. Rycroft-Malone, Joanne, and Bucknall, Tracey, eds. (2013) Evidence Based Nursing : Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice Linking Evidence to Action : Linking Evidence to Action (5th Edition). Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons

72. Seago, J. A., Ash, M., Spetz, J., Coffman, J., & Grumbach, K. (2001). Hospital registered nurse shortages: environmental, patient, and institutional predictors. *Health Services Research, 36*(5), 831.
73. Sellick, K. J., Russell, S., & Beckmann, J. L. (1983). Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies, 20*(4), 265-273.
74. Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2015). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of nursing management.*
75. Solovy, A. (2002). The smallest table. *Hospital & Health Networks/AHA, 76*(1), 32.
76. Spence Lachinger, H. K., Leiter, M., Day, A., & Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of nursing management, 17*(3), 302-311.
77. Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International journal of nursing studies, 52*(4), 817-835.
78. Steinbrook, R. (2002). Nursing in the crossfire. *N Engl J Med, 346*(22), 1757-1766.
79. Stone, P. W., Du, Y., Cowell, R., Amsterdam, N., Helfrich, T. A., Linn, R. W., ... & Mojica, L. A. (2006). Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts. *Medical care, 44*(12), 1099-1106.
80. Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., & Dick, A. W. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical care, 45*(6), 571-578.
81. Stordeur, S., D'hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of advanced nursing, 35*(4), 533-542.
82. Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *Journal of Advanced Nursing, 53*(3), 333-343.

83. Thungjaroenkul, P., Cummings, G. G., & Embleton, A. (2007). The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: a systematic review. *Nursing Economics*, 25(5), 255.
84. Trofino, J. (1995). Transformational leadership in health care. *Nursing Management*, 26(8), 42-49.
85. Upenieks, V. V. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
86. Urden, L. D., Monarch, K. (2002). The ANCC magnet recognition program: converting research findings into action. *Magnet hospitals revisited*, 103.
87. Van Beuzekom, M., Boer, F., Akerboom, S., & Dahan, A. (2012). Perception of patient safety differs by clinical area and discipline. *British journal of anaesthesia*, aes342.
88. Vanclová, M. (2014) Supervize ve vzdělávání sester? Diplomová práce, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize [online] [cit. 2015-11-18]
89. Weinberg, D. B. (2003). *Code green: Money-driven hospitals and the dismantling of nursing*. Cornell University Press.
90. Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061), 149-154.
91. Wilson, N. M., & Pam, D. (1989). A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting. *International journal of nursing studies*, 26(1), 1-13.
92. Wilson, V. J., McCormack, B. G., & Ives, G. (2005). Understanding the workplace culture of a special care nursery. *Journal of advanced nursing*, 50(1), 27-38.
93. Wolf, G., Triolo, P., & Ponte, P. R. (2008). Magnet Recognition Program: the next generation. *Journal of nursing administration*, 38(4), 200-204.
94. World Health Organization (2013), Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century, ISBN 978 92 890 0279 0
95. Žiakov, K., (2009). *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. 2., preprac. vyd. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-304-2.

Online zdroje:

1. AHA Commision on Workforce for Hospitals and Health systems. In our hands: How hospital leaders cen build a thriving workforce, 2002 [online] Dostupné z: http://www.aha.org/search?q=workforce&site=redesign_aha_org%7CHPOE&output=xml_no_dtd&getfields=*&proxystylesheet=aha_2_8&client=aha_2_8&ie=utf-8&oe=UTF-8&filter=0&sort=date:D:L:d1&ulang=&ip=10.47.192.36&access=p&entqr=3&entqrm=0&wc=200&wc_mc=1&ud=1&start=10 [citováno: 2015-09-18]
2. ČAS, Výsledky dotazníkového šetření Pracovní podmínky zdravotníků [online] Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf [citováno 2015-10-25]
3. Find a Magnet hospital ANCC (2015) [online] Dostupné z: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility> [citováno 2015-10-09]
4. Forces of magnetism ANCC (2015) [online] Dostupné z: <http://www.nursecredentialing.org/ForcesofMagnetism.aspx> [citováno 2015-10-25]
5. Franc, L. (2016) Sekce nelékařských zdravotnických pracovníků se sešla na rozšířeném jednání [online] Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/16-2-2016-sekce-nelekari.aspx> [citováno 2015-10-03]
6. Magnet hospital. (n.d.) *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*. (2012). [online] Dostupné z: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/magnet+hospital> [citováno: 2015-10-08]
7. Magnet hospital. (n.d.) *Segen's Medical Dictionary*. (2011). [online] Dostupné z: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/magnet+hospital> [citováno: 2015-10-08]
8. Magnetický model schéma [online] Dostupné z: <http://www.nursecredentialing.org/magnet/programoverview/new-magnet-model>
9. Marková, M., Mikulková, J. (2009). Jak můžeme přispět k rozvoji komunitní ošetrovatelské péče v České republice [online] Dostupné z:

- <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-muzeme-prispet-k-rozvoji-komunitni-pece-v-ceske-republice-444781> [citováno 2016-04-05]
10. Mission statement ANCC (2015) [online] Dostupné z: <http://www.nursecredentialing.org/Mission-Statement> [citováno 2015-10-09]
 11. MZČR, Věstník č.9/2004 [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.htm [citováno: 2015-11-28]
 12. MZ ČR, Resortní bezpečnostní cíle [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-1837_15.html [citováno 2016-05-01]
 13. Sonenshine, T. (2014). Nurses Urgently Needed: Another Critical Global Shortage. Why nurses need us to care, *The Globalist* [online] Dostupné z: <http://www.theglobalist.com/nurses-urgently-needed-another-critical-global-shortage/> [citováno 2015-09-29]
 14. Šetření MZ – Aktuální stav NLZP [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=23096&typ=application/pdf&nazev=7_%C5%A0et%C5%99en%C3%AD%20MZ%20%C4%8CR.pdf.
 15. Šnajdrová, L., Kolik sester a ZA jde do praxe? [online] Dostupné z: http://www.osetrovatelstvi.info/?s=Kolik+sester+a+ZA+jde+&post_type=post [citováno 2015-09-14]
 16. Transformational leadership definice [online] Dostupné z: <http://www.businessdictionary.com/definition/transformational-leadership.html> [citováno: 2015-10-04]
 17. ÚZIS, Zdravotnická ročenka České republiky 2013, [online] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013> [citováno: 2015-11-22]
 18. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [citováno:2016-04-17]
 19. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlisce-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html [citováno 2016-04-06]

20. Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.[online]Dostupné z:
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=99~2F2012&rpp=15#seznam>
21. Výsledky dotazníkového šetření ČAS: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR září 2013 [online] Dostupné z:
http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf
[citováno 2015-09-19]
22. Zákon č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních [online] Dostupné z:
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=96~2F2004&rpp=15#seznam> [citováno 2015-10-02]

Seznam zkratk:

ANCC	American Nurses Credentialing Center
ČAS	Česká asociace sester
ICN	International Council of Nurses
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NOP	Náměstek/náměstkyně ošetrovatelké péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Personální zajištění ošetrovatelské péče z pohledu vedoucích pracovníků

Tabulka č. 2 Řízení a kontrola ošetrovatelské péče kategorie dle Kramerové a Schmalenbergové

Tabulka č. 3 Vztahy zdravotních sester a lékařů – škála dle Kramerové a Schmalenbergové

Tabulka č. 4 Škála klinické autonomie dle Kramerové a Schmalenbergové

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Přitažlivý model

Obrázek č. 2 Profesionální model praxe dle Hoffartové

Obrázek č. 3 Hvězdicový model přetvoření organizace dle Goldeny

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Dotazník Nurse Work Index Revised

Příloha č. 4 Informovaný souhlas

Příloha č. 1

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií UK

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Projekt diplomové práce

Předběžný název diplomové práce:

Magnetické nemocnice

Jméno studující/ho: Bc. Šárka Klokočková

ID: 96548823

Imatrikulační ročník: 2013

Formulace a vstupní diskuze problému

Pojem magnetické nemocnice byl poprvé použit v USA již v 80 letech. Označoval nemocnice, které v období, kdy americké nemocnice zaznamenaly kritický nedostatek zdravotních sester, netrpěly jejich nedostatkem. Situace byla tak závažná, že byla výrazně ohrožena kvalita poskytované péče. Národní rada Americké asociace sester, vytvořila krizový štáb, který se zabýval ošetrovatelskou péčí v nemocnicích a měl prověřit charakteristiky systémů, které brání nebo naopak podporují profesionální ošetrovatelskou péči v nemocnici. Krizový štáb si byl vědom, že lze najít zařízení, která působila jako „magnet“ pro odborně zdatné zdravotní sestry a byla následně schopna poskytovat ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni. Získat zaměstnání v těchto organizacích bylo pro zdravotní sestry profesně velice přínosné. Bylo identifikováno 14 znaků, které tyto nemocnice odlišovaly a byly označené jako síly přitažlivosti/magnetismu – force of magnetism (American academy of nursing, 1983).

V roce 1990 pak vzniká nezávislá organizace The American Nurses Credentialing Center (ANCC), tato organizace provádí certifikace a akreditace zdravotnických zařízení. Od roku 2002 se tento program oficiálně přejmenoval na Magnet Recognition Program® (Nurse credentialing, 2014).

Pojem Magnetické nemocnice pomáhá vymezit především prostředí pro vyšší kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Takové prostředí přináší efektivní přístup k řízení a vedení ošetrovatelské péče, využívá znalosti zdravotních sester a podporuje celoživotní vzdělávání zdravotních sester. Tyto hodnoty považujeme za žádoucí i v českém zdravotnictví, proto se tomuto tématu v diplomové práci chceme věnovat.

Teoreticko - metodologické východisko

Stěžejní v mé práci bude vysvětlení pojmu magnetické nemocnice. Podle lékařského slovníku jsou magnetické nemocnice zařízení, kde ošetrovatelská péče dosahuje skvělých výsledků, zdravotní sestry mají vysoký stupeň uspokojení z práce, nízkou míru fluktuace personálu, případné stížnosti jsou řešeny efektivně (Medical dictionary, 2012).

Způsob jakým je ošetrovatelská péče řízena, je hlavní determinantou ovlivňující spokojenost zdravotních sester a následkem je vyšší spokojenost pacientů. Magnetické nemocnice prokazují organizační atributy, které umožňují zdravotním sestřím plně využít své znalosti a zkušenosti v praxi při zajištění vysoce profesionální péče a dosahují tak lepších výsledků (Havens, 1999).

Od tématu magnetické nemocnice nelze oddělit pojmy jako kvalita péče, způsob jejího hodnocení a kontroly. Od roku 2012 mají zdravotnická zařízení stanovenou povinnost provádět hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb zákonem (Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Proto budeme srovnávat tato kritéria kvality a bezpečí stanovená zákonem s kritérii organizací, které hodnotí kvalitu poskytovaných služeb na národní a mezinárodní úrovni (SAK, ISQua, JCA). V tomto kontextu budeme posuzovat i akreditační program, který uděluje nemocnicím status magnetické nemocnice-Magnet Recognition Program©.

Na počátku vzniku magnetických nemocnic byla snaha zjistit, jak získat a udržet ve zdravotnických zařízeních kvalifikované zdravotní sestry (American academy of nursing, 1983). Dnes je to program, v jehož centru je ošetrovatelství jako profese a role zdravotní sestry jako poskytovatele kvalitní ošetrovatelské péče. Nelze přehlédnout, že i koncepce českého ošetrovatelství prošla v posledních 25 letech zásadními změnami. Vznikly nové legislativní normy vztahující se k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (Zákon č.96/2004 sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče). Abychom pochopili význam a přínos pojetí magnetických nemocnic pro české zdravotnictví, zahrneme též uvedený zákon do rámce srovnání.

Pouze pokud je kvalita poskytované péče hodnocena také z pohledu uživatele/pacienta je možné získat úplný obraz o kvalitě poskytované péče (Risserová, 1975). Z toho důvodu se budeme zabývat i způsoby, jakými je prováděna evaluace péče z hlediska klientů ve zdravotnických zařízeních a na národní úrovni v projektu Kvalita očima pacientů.

Cíl diplomové práce:

Cílem diplomové práce je zjistit, nakolik pojem magnetismu odpovídá kritériím řízení kvality a bezpečí v českých nemocnicích, zda lze ve způsobu řízení a poskytování ošetrovatelské péče v českých nemocnicích nalézt známky magnetismu (transformální vedení, strukturální zmocnění, podpora nových znalostí, inovací a zdokonalování, prokazatelné zlepšení kvality poskytované péče).

Podkladem pro tuto práci budou dosavadní poznatky z oblasti řízení ošetrovatelské péče, zvyšování kvality ošetrovatelské péče, vzdělávání a motivace zaměstnanců, známky dobré praxe v ošetrovatelské péči a způsob řízení změny ve zdravotnických organizacích.

K naplnění cílů diplomové práce bude použit explorační výzkum v účelově vybraných zdravotnických zařízeních. Účelem je identifikovat, jakým způsobem je ošetrovatelská péče v rámci vybraných organizací, které se umístily vysoko či nízko ve výzkumu Kvalita očima pacienta, řízena a personálně zajištěna. Následovat bude přímé dotazování zaměřené na posouzení a nalézání známek magnetismu u těchto zdravotnických zařízení.

Výstupem diplomové práce bude přiblížení pojmu magnetické nemocnice a jeho zhodnocení v rámci řízení kvality ošetrovatelské péče v ČR.

Použité metody

Hlavní výzkumné otázky:

1. Odpovídá pojem magnetismu kritériím řízení kvality a bezpečí v českých nemocnicích?
2. Lze ve způsobu řízení a poskytování ošetrovatelské péče v českých nemocnicích nalézt známky magnetismu?
3. Souvisí přítomnost známek magnetismu se spokojeností pacientů?

Dílčí výzkumná témata:

Okruh otázek zaměřených na to, jak vnímají zdravotní sestry své postavení v rámci organizace- zkušenosti, postoje, hodnoty.

Okruh otázek zaměřených na posouzení interpersonální vztahů na pracovišti.

Okruh otázek mapující postoj zdravotních sester k současnému systému sledování kvality poskytované péče a využívání nových poznatků v praxi.

Výzkum bude proveden na základě teoretické analýzy a exploračního výzkumu. K exploračnímu výzkumu využijeme výsledků výzkumu Kvalita očima pacientů, na který naváže vlastní kvalitativní výzkum za pomoci hloubkových rozhovorů a analýzy dokumentů. Ke spolupráci na výzkumu budou oslovena zařízení, která se účastnila projektu Kvalita očima pacientů a umístila se na prvních a posledních místech. Snahou je využít výsledky tohoto projektu k posouzení vlivu řízení kvality ošetrovatelské péče na hodnocení kvality pacienty. Logickým předpokladem z našeho pohledu je, že u nemocnic, které se umístily na prvních místech, bude větší pravděpodobnost k nalezení známek magnetismu a naopak. Individuální polostrukturované rozhovory budou provedeny s vedoucími pracovníky (vrchní sestry, staniční sestry) a zdravotními sestrami na jednotlivých odděleních.

Citace:

HAVENS, Donna Sullivan; AIKEN, Linda H. 1999. Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration*, 29.2: 14-20.

RISSER, Nancy L. 1975. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24.1: 45-51.

Magnet hospitals. 2014. Attraction and retention of professional nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. *American Nurses Association Publications, 1983(G-160), pp.i-xiv, 1-135* [online]. 1983, G-160, i-160), [cit. 2014-12-08]. DOI: 6551146.

Zákon č.96/2004 sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

[Online:]

<http://www.nursecredentialing.org/magnet/programoverview/historyofthemagnetprogram>

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/magnet+hospital>

Literatura k DP:

1. Byers, JF, & White, SV 2004, Patient Safety : Principles and Practice, Springer Publishing Company, New York, NY, USA. Available from: ProQuest ebrary
2. Committee, OTRWJ 2011, Future of Nursing : Leading Change, Advancing Health, National Academies Press, Washington, DC, USA. Available from: ProQuest ebrary.
3. Feldman, H 2003, Nursing Shortage : Strategies for Recruitment and Retention in Clinical Practice and Education, Springer Publishing Company, New York, NY, USA. Available from: ProQuest ebrary.
4. Griffith, JR, & White, KR 2010, Reaching Excellence in Healthcare, Health Administration Press, Chicago, IL, USA. Available from: ProQuest ebrary.
5. GUANCI, Gen. Feel the Pull: Creating a Culture of Nursing Excellence. Creative Health Care Management, 2011.
6. HAVENS, Donna Sullivan; AIKEN, Linda H. Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration*, 1999, 29.2: 14-20.
7. Hospodářová, Ivana. Kreativní management v praxi. Grada Publishing as, 2008
8. Kohn, LT, Corrigan, JM, & Donaldson, MS 2000, To Err Is Human : Building a Safer Health System, National Academies Press, Washington, DC, USA. Available from: ProQuest ebrary.
9. Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. Task Force on Nursing Practice in Hospitals. American Academy of Nursing. *American Nurses Association Publications*, 1983(G-160), pp.i-xiv, 1-135 [online]. 1983, G-160, i-160), [cit. 2014-12-08]. DOI: 6551146.
10. Nyberg, JJ 2010, Caring Approach in Nursing Administration, University Press of Colorado, Boulder, CO, USA. Available from: ProQuest ebrary.
11. Poe, S, & White, KM 2010, Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice : Implementation and Translation, Sigma Theta Tau International, Indianapolis, IN, USA. Available from: ProQuest ebrary.
12. RISSER, Nancy L. 1975. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24.1: 45-51.

13. Ross, Thomas K.. 2013. Health Care Quality Management : Tools and Applications. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons, Incorporated, ProQuest ebrary.
14. The American Nurses Credentialing Centre: 2013. Getting started: An overview of the ANCC Magnet Recognition Program® and Pathway to Excellence®Program, ACNN
15. Weeks, S. K., Smith, B. C. , Hubbart, E. 2006, Magnet Recognition for Nursing Excellence—Is Your Organization There Yet?. Rehabilitation Nursing, 31: 48–51. doi: 10.1002/j.2048

PŘÍLOHA č.2

Dotazník

1- souhlasí, 2- spíše souhlasí, 3- spíše nesouhlasí, 4- nesouhlasí

	Souhlasí	Spíše souhlasí	Spíše nesouhlasí	Nesouhlasí
1. Na našem pracovišti máme dostatečně zajištěné podpůrné služby, které mi umožňují trávit více času s mými pacienty.	1	2	3	4
2. Lékaři a zdravotní sestry mají u nás dobré pracovní vztahy.	1	2	3	4
3. Funguje u nás dobrý způsob zaškolování/zaučování nových zdravotních sester (orientační programy).	1	2	3	4
4. Nadřízený pracovník (staniční sestra) je oporou pro zdravotní sestry.	1	2	3	4
5. Mám uspokojivý plat.	1	2	3	4
6. Zdravotní sestry mohou samostatně rozhodovat a koordinovat ošetrovatelskou péči.	1	2	3	4
7. Na našem pracovišti jsou pořádány kontinuální vzdělávací programy pro zdravotní sestry. (např. certifikované semináře, školení, konference)	1	2	3	4
8. Máme možnost profesního růstu a postupu.	1	2	3	4
9. Je zde příležitost pro zdravotní sestry participovat/podílet se na rozhodování o politice zdravotnického zařízení (změny, směřování organizace, nové postupy aj.)	1	2	3	4
10. Nové a inovativní myšlenky v péči o pacienty jsou u nás podporovány.	1	2	3	4
11. Mám dostatek času a příležitostí projednat problémy v péči o pacienta s ostatními sestrami.	1	2	3	4
12. Na našem oddělení je dostatek zdravotních sester k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.	1	2	3	4
13. Naše staniční sestra je dobrý manažer a lídr.	1	2	3	4
14. Náměstkyně ošetrovatelské péče je v naší organizaci nepřehlédnutelnou osobností a je dostupná pro personál.	1	2	3	4
15. Mohu si směny pružně plánovat a měnit.	1	2	3	4
16. Provoz oddělení je zajištěn dostatkem personálu.	1	2	3	4
17. Mohu se svobodně rozhodovat v otázkách ošetrovatelské péče o pacienta a své práce.	1	2	3	4
18. Dobře vykonaná práce je v naší organizaci oceněna a uznána.	1	2	3	4
19. V případě nejasnosti/bezradnosti mohu konzultovat ošetrovatelskou péči se sestrou specialistkou (např. stomickou sestrou, laktiční poradkyní, ergoterapeutkou aj.)	1	2	3	4
20. Péče na našem oddělení je poskytována u všech pacientů týmem nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří vzájemně spolupracují při provádění ošetrovatelské péče a ordinací lékaře/ů dle svých kompetencí.	1	2	3	4
21. Ošetrovatelská péče je u nás poskytována formou skupinové péče (zdravotní sestra odpovídá za poskytování ošetrovatelské péče u určené skupiny pacientů).	1	2	3	4
22. Ošetrovatelská péče na oddělení je poskytována formou primární ošetrovatelské péče.	1	2	3	4
23. Máme dobré vztahy s ostatními odděleními/úseky (např. úklid, údržba, dietní sestry aj.)	1	2	3	4
24. Nejsem postaven/a do situace, kdy musím vykonávat činnosti, které jsou proti mému profesnímu přesvědčení.	1	2	3	4
25. Ze strany našeho vedení je očekáván vysoký standard ošetrovatelské péče.	1	2	3	4
26. Náměstkyně ošetrovatelské péče (hlavní sestra) má pravomoci a autoritu jako ostatní členové vrcholového	1	2	3	4

managementu nemocnice.				
27. Je u nás týmová spolupráce sester a lékařů.	1	2	3	4
28. Lékaři v naší nemocnici poskytují lékařskou péči na vysoké úrovni.	1	2	3	4
29. Máme příležitosti k profesnímu rozvoji.	1	2	3	4
30. Organizace podporuje zdravotní sestry ve vysokoškolském vzdělávání v ošetrovatelství.	1	2	3	4
31. Jasná filosofie ošetrovatelství naší nemocnice se promítá do způsobu poskytování ošetrovatelské péče.	1	2	3	4
32. Zdravotní sestry se aktivně podílejí na snižování nákladů.	1	2	3	4
33. Pracuji se zdravotními sestrami, které jsou vzdělané a kompetentní ve svém oboru.	1	2	3	4
34. Ošetřující personál se podílí na výběru nového vybavení/zařízení.	1	2	3	4
35. Staniční sestra podporuje naše rozhodnutí, i v případě konfliktu s lékařem.	1	2	3	4
36. Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na znepokojení nás pracovníků.	1	2	3	4
37. V organizaci máme účinný program k zajištění kvality péče.	1	2	3	4
38. Zdravotní sestry jsou zapojeny do interního způsobu vedení naší nemocnice (např. v pracovních skupinách, komisích, naše návrhy a doporučení s pozitivním důsledkem na kvalitu péče jsou realizovány aj.).	1	2	3	4
39. Je zde fungující spolupráce mezi zdravotními sestrami a lékaři.	1	2	3	4
40. Na našem oddělení je určený školitel/ka pro nové zdravotní sestry.	1	2	3	4
41. Ošetrovatelská péče je zde založena spíše na ošetrovatelském než medicínském modelu péče.	1	2	3	4
42. My, zdravotní sestry, máme příležitost být členy ošetrovatelských a nemocničních komisí (např. etická komise, pracovní komise/skupiny)	1	2	3	4
43. Přínos námi poskytované ošetrovatelské péče je veřejně uznán.	1	2	3	4
44. Vedoucí pracovníci (staniční sestry, vrchní sestry) řeší s personálem na oddělení vzniklé problémy a způsob jakým budou řešeny.	1	2	3	4
45. Naše pracovní prostředí je hezké, příjemné a atraktivní.	1	2	3	4
46. Mám příležitost pracovat na vysoce specializovaných odděleních.	1	2	3	4
47. Denní plány ošetrovatelské péče jsou u všech našich pacientů písemně vypracované a aktualizované.	1	2	3	4
48. Pacient má zajištěnou návaznost při poskytování ošetrovatelské péče na našem oddělení (ode dne přijetí se o pacienta stará během stará stejná zdravotní sestry).	1	2	3	4
49. Zdravotní sestry slouží pouze na svých odděleních.	1	2	3	4
50. Mohu se aktivně podílet na vytváření svého rozpisu služeb (dny kdy budou v práci, dny volna apod.)	1	2	3	4
51. Činnosti na oddělení jsou prováděny dle standardních postupů a metodik.	1	2	3	4
52. Na oddělení využíváme ošetrovatelské diagnózy.	1	2	3	4
53. Personál „cirkuluje“ po odděleních z důvodu personálního pokrytí služeb na jednotlivých odděleních.	1	2	3	4
54. Každé ošetrovatelské jednotka (oddělení) si určuje svá vlastní pravidla a postupy.	1	2	3	4
55. Naše zdravotnická dokumentace (její vedení a obsah) je soustředěna na řešení problémů pacienta.	1	2	3	4
56. Pracuji se zkušenými zdravotními sestrami, které opravdu dobře znají nemocnici.	1	2	3	4
57. Plány ošetrovatelské péče si zdravotní sestry ústně předávají.	1	2	3	4

1- souhlasí, 2- spíše souhlasí, 3- spíše nesouhlasí 4 - nesouhlasí

58. Na jakém typu oddělení pracujete?

59. Jak dlouho pracujete v této nemocnici?

60. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

61. Uvedla byste prosím rok Vašeho narození?

PŘÍLOHA č. 3

Nurse Work Index Revised, Aiken (1997)

For each item in this section, please indicate the extent to which you agree that the following items are present in your current job. Indicate your degree of agreement by circling the appropriate number.

Present In Current Job	Strongly Agree	Somewhat Agree	Somewhat Disagree	Strongly Disagree
1. Adequate support services allow me to spend time with my patients.	1	2	3	4
2. Physicians and nurses have good working relationships.	1	2	3	4
3. A good orientation program for newly employed nurses.	1	2	3	4
4. A supervisory staff that is supportive of nurses.	1	2	3	4
5. A satisfactory salary.	1	2	3	4
6. Nursing controls its own practice.	1	2	3	4
7. Active inservice/continuing education programs for nurses.	1	2	3	4
8. Career development/clinical ladder opportunity.	1	2	3	4
9. Opportunity for staff nurses to participate in policy decisions.	1	2	3	4
10. Support for new and innovative ideas about patient care.	1	2	3	4
11. Enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses.	1	2	3	4
12. Enough registered nurses on staff to provide quality patient care.	1	2	3	4
13. A nurse manager who is a good manager and leader.	1	2	3	4
14. A chief nursing officer is highly visible and accessible to staff.	1	2	3	4
15. Flexible or modified work schedules are available.	1	2	3	4
16. Enough staff to get the work done.	1	2	3	4
17. Freedom to make important patient care and work decisions.	1	2	3	4
18. Praise and recognition for a job well done.	1	2	3	4
19. Clinical nurse specialists who provide patient care consultation.	1	2	3	4
20. Team nursing as the nursing delivery system.	1	2	3	4
21. Total patient care as the nursing delivery system.	1	2	3	4
22. Primary nursing as the nursing delivery system.	1	2	3	4
23. Good relationships with other departments such as housekeeping and dietary.	1	2	3	4
24. Not being placed in a position of having to do things that are against my nursing judgment.	1	2	3	4
25. High standards of nursing care are expected by the administration.	1	2	3	4
26. A chief nursing executive is equal in power and authority to other top-level hospital executives.	1	2	3	4
27. Much teamwork between nurses and doctors.	1	2	3	4
28. Physicians give high-quality medical care.	1	2	3	4
29. Opportunities for advancement.	1	2	3	4
30. Nursing staff is supported in pursuing degrees in nursing.	1	2	3	4
31. A clear philosophy of nursing pervades the patient care environment.	1	2	3	4
32. Nurses actively participate in efforts to control costs.	1	2	3	4
33. Working with nurses who are clinically competent.	1	2	3	4
34. The nursing staff participate in selecting new equipment.	1	2	3	4
35. A nurse manager backs up the nursing staff in decision making, even if the conflict is with a physician.	1	2	3	4
36. An administration that listens and responds to employee concerns.	1	2	3	4
37. An active quality-assurance program.	1	2	3	4
38. Staff nurses are involved in the internal governance of the hospital (e.g., practice and policy committees).	1	2	3	4
39. Collaboration (joint practice) between nurses and physicians.	1	2	3	4
40. A preceptor program for newly hired RNs.	1	2	3	4

Continues

<i>Present In Current Job</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>Somewhat Agree</i>	<i>Somewhat Disagree</i>	<i>Strongly Disagree</i>
41. Nursing care is based on a nursing rather than a medical model.	1	2	3	4
42. Staff nurses have the opportunity to serve on hospital and nursing committees.	1	2	3	4
43. The contributions that nurses make to patient care are publicly acknowledged.	1	2	3	4
44. Nurse managers consult with staff on daily problems and procedures.	1	2	3	4
45. The work environment is pleasant, attractive, and comfortable.	1	2	3	4
46. Opportunity to work on a highly specialized unit.	1	2	3	4
47. Written, up-to-date nursing care plans for all patients.	1	2	3	4
48. Patient assignments foster continuity of care (i.e., the same nurse cares for the patient from one day to the next).	1	2	3	4
49. Regular, permanently assigned staff nurses never have to float to another unit.	1	2	3	4
50. Staff nurses actively participate in developing their work schedules (i.e., what days they work; days off, etc.).	1	2	3	4
51. Standardized policies, procedures, and ways of doing things.	1	2	3	4
52. Use of nursing diagnoses.	1	2	3	4
53. Floating, so that staffing is equalized among units.	1	2	3	4
54. Each nursing unit determines its own policies and procedures.	1	2	3	4
55. Use of a problem-oriented medical record.	1	2	3	4
56. Working with experienced nurses who "know" the hospital.	1	2	3	4
57. Nursing care plans are verbally transmitted from nurse to nurse.	1	2	3	4

Note. The autonomy subscale includes items 4, 6, 17, 24, and 35.

The control over the practice setting subscale includes items 1, 11, 12, 13, 16, 46, and 48.

The nurse-physician relationship subscale includes items 2, 27, and 39.

The organizational support subscale includes items 1, 2, 6, 11, 12, 13, 17, 24, 27, and 48.

Copyright © 1997 Linda H. Aiken. (Reproduction of this instrument for noncommercial use does not require permission from the authors).

PŘÍLOHA č. 4

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu diplomové práce

Magnetické nemocnice

(předběžný název)

Výzkum probíhá pro účely zpracování diplomové práce vedené na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze na katedře Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Diplomová práce je psána Bc. Šárkou Klokočkovou.

Cílem tohoto výzkumu je zjistit a analyzovat jaká je situace ve vybraných zdravotnických organizacích z hlediska počtu nelékařských zdravotnických pracovníků, fluktuace personálu. Jakým způsobem je řízena, organizována a sledována kvalita ošetrovatelská péče v ČR.

Pro účely analýzy nejsou důležité a nebudou použity údaje: jméno informátorky a organizace, ve které je zaměstnána. Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny přístupné výstupy z výzkumu a analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez možné vazby na Vaši osobu a organizaci, ve které pracujete.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Šárce Klokočkové pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V Praze

Dne _____

Podpis:

Podpis výzkumníka: Šárka Klokočková

777132462

Sarka.Klocockova@gmail.com