

SOUKROMÁ VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ ZNOJMO s.r.o.

Bakalářský studijní program: **Ekonomika a management**

Studijní obor: **Marketing a management**

**VÝZKUM PRACOVNÍCH ČINNOSTÍ
VRCHNÍCH SESTER VE FAKULTNÍ
NEMOCNICI OSTRAVA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: **Miroslav ČERNÝ**

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Tomáš KOTRBA, Ph.D.**

Znojmo, 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma Výzkum pracovních činností vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava vypracoval samostatně, za použití literatury a ostatních zdrojů, které uvádím v seznamu literatury.

Ve Znojmě dne 30. 4. 2011

.....

Podpis

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu mé bakalářské práce Ing. Tomáši Kotrbovi, Ph.D. za ochotu, odborné rady a cenné připomínky, které mi poskytl při vypracování bakalářské práce.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor **Miroslav ČERNÝ**
Bakalářský studijní program Ekonomika a management
Obor Marketing a management

Název: **Výzkum pracovních činností vrchních sester ve
Fakultní nemocnici Ostrava**

Název (v angličtině): The research of working activities of head nurses in the Faculty hospital
Ostrava

Zásady pro vypracování:

1. V teoretické části vymezit základní a související pojmy managementu ve zdravotnictví a pracovní činnosti a role vrchních sester.
2. Cílem práce je na základě statistického vyhodnocení výsledků autosnímkování práce vrchních sester ve FN Ostrava zhodnotit současný stav struktury vykonávaných pracovních činností a navrhnout možná doporučení ke změně.
3. V bakalářské práci využít metodiky autosnímkování a dotazníkového šetření.
4. Periodicky konzultovat postup zpracovávání bakalářské práce s vedoucím práce.

Rozsah práce: 40

Seznam odborné literatury:

1. GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
3. KOTRBA, T. Struktura pracovních činností zdravotních sester v manažerských funkcích. *Acta Universitatis agriculturae et silviculturae Mendelianae Brunensis : Acta of Mendel University of agriculture and forestry Brno = Acta Mendelovy zemědělské a lesnické univerzity v Brně*. 2010. sv. 9, s. 91-98. LVIII, ISSN 1211-8516.
2. KRONTORÁD, F.; TRČKA, M. *Manažerské standardy ve veřejné správě*. 1. vyd. Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2005. 89 s. ISBN 80-02-01769-2
4. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 353 s. ISBN 80-7172-841-1.

Datum zadání bakalářské práce: květen 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: duben 2011




Miroslav ČERNÝ
autor


Ing. Tomáš KOTRBA, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce


Prof. PhDr. Kamil FUCHS, CSc.
rektor SVSE Znojmo

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá strukturou pracovních a manažerských činností vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava. Vrchní sestra zastupuje do jisté míry pozici manažerky, protože se podílí svojí činností na řízení a chodu ošetrovatelství v nemocnici. Způsob řízení se pak odráží na kvalitě poskytovaných zdravotnických služeb. Cílem práce bylo, na základě statistického vyhodnocení výsledků autosnímkování pracovních činností vrchních sester a dotazníkového šetření, zhodnotit současnou strukturu vykonávaných činností a navrhnout možná doporučení ke změně. Cílem také bylo zjistit, zda existují závislosti mezi vybranými proměnnými pomocí Pearsonova koeficientu korelace. Vrchní sestry byly podrobeny dotazníkovému šetření a poté musely vyplnit autosnímkový dotazník, kde zapisovaly své každodenní pracovní činnosti. Díky nim byla vyhodnocena jejich pracovní struktura z časového hlediska. Pracovní činnosti vrchních sester byly rozděleny na jednotlivé kategorie, které tvoří administrativní činnosti, manažerské a personální činnosti, odborně ošetrovatelské činnosti a ostatní činnosti. Práce je také zaměřena na delegování a postoj samotných vrchních sester k této problematice. Z dotazníků bylo zjištěno, že většina vrchních sester má ukončené vysokoškolské vzdělání zakončené bakalářským titulem. Dále bylo zjištěno, že nejvíc času během dne tráví vrchní sestry manažerskou a personální činností, v průměru je to 202 minut denně. Poté následuje činnost administrativní a to v průměru 112 minut denně. Z toho lze jednoznačně vyčíst, že zdravotní sestry opravdu zastupují v nemocnici spíše funkci manažera než odborné zdravotní sestry.

Klíčová slova

Zdravotnictví, vrchní sestra, autosnímkování, analýza práce, pracovní činnosti

Abstract

This thesis deals with the structure of management and business operations for head nurses in a teaching hospital in Ostrava. The head nurse, to some extent represents the position of manager, because its an activity that is involved in the management and operation of nursing in the hospital. Corporate governance is also largely a reflection of the quality of health services. Here, Nurses are subjected to a questionnaire survey and auto-photography in their day-to-day activities. They get assessed for their employment structure over regular period of time. The main objective of this thesis was to evaluate the working structure of head nurses and their respective functions with Pearsnova correlation coefficient. Work activities of nurses have been divided into the categories of administrative, managerial, personal activities, professional activities and other technical activities. It also focuses on the delegation and the position of Nurses themselves on this issue. From the questionnaires it was found that the majority of head nurses have completed a university level education with a bachelor's degree. It was found that most of top managerial nurses have spent time in the personnel activities, average 202 minuts per day,the second is the administrative activities, average 112 minuts per day and very professional nursing activities at the third place. It concludes to indicate that the nurses really represent the hospital as manager rather than a professional nurse.

Keywords

Health service, head nurse, auto screening, working analyse, work activity

Obsah

1	Úvod	9
2	Cíl práce a metodika	10
3	Přehled literatury	12
3. 1	Zdravotnictví	12
3. 1. 1	Zdravotnické systémy	12
3. 1. 2	Zdravotnictví v ČR	15
3. 2	Nemocnice	17
3. 3	Zdravotnický management	19
3. 3. 1	Ošetrovatelství	22
3. 3. 2	Zdravotní sestra jako manažer	23
3. 4	Časové studie.....	25
3. 4. 1	Snímkování pracovního dne.....	27
4	Vlastní práce	30
4. 1	Fakultní nemocnice Ostrava	30
4. 1. 1	Historie nemocnice	30
4. 1. 2	Současnost nemocnice	31
4. 2	Analýza dotazníkového šetření a autosnímkování	31
4. 2. 1	Vyhodnocení výsledků dotazníků	32
4. 2. 2	Vyhodnocení výsledků autosnímků	39
4. 2. 3	Statistická analýza závislostí	42
4. 3	Návrh řešení současného stavu	44
5	Závěr	47
6	Seznam použité literatury	49
6. 1. 1	Literatura	49
6. 1. 2	Internetové zdroje	51
7	Seznam tabulek a grafů	52
8	Seznam příloh	53
	Přílohy	54

1 Úvod

Zdravotnictví je jednou z důležitých složek národního hospodářství. Patří do veřejného sektoru a je tedy financováno ze státních peněžních prostředků. Zdravotnických služeb využil snad někdy každý občan České republiky a tvoří jednu z nejdůležitějších součástí lidského života. Do těchto služeb spadají i pracovníci v tomto sektoru a to konkrétně vrchní zdravotní sestry, staniční zdravotní sestry, směnové zdravotní sestry, doktoři a ostatní zdravotnický personál.

Tato práce je zaměřena na práci vrchních sester, které jsou nedílnou součástí zdravotnictví. Jejich funkce se řadí na úroveň středního managementu. Vrchní sestry by měly vynikat manažerskými schopnostmi a to především řízením a vynikající organizací práce, jelikož často musí řešit velmi složité případy, u kterých je nutné rychlé a neukvapené rozhodování.

Stát se dobrou zdravotní sestrou je v dnešní době velmi náročné. Na sestry jsou kladeny velmi vysoké nároky, jak z hlediska vzdělání, tak i ze strany odborných znalostí a také na již zmiňované manažerské schopnosti.

Bakalářská práce se věnuje jednotlivým činnostem a časovému vytížení vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava. Vrchní sestry by se měly více zajímat o manažerskou činnost, která je nedílnou součástí každé organizace. Tato práce se také dále věnuje jednotlivým závislostem, které mohou existovat mezi identifikačními údaji a tím, jak vrchní sestry tráví čas u jednotlivých pracovních činnostech.

2 Cíl práce a metodika

Hlavním cílem této bakalářské práce je na základě statistického zpracování a vyhodnocení autosnímkování pracovních činností zhodnotit současný stav struktury vykonávaných pracovních a manažerských činností vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava a navrhnout možná doporučení ke změně struktury pracovních činností. Pro dosažení hlavního cíle práce je nutné také splnit dílčí cíle práce.

Dílčím cílem práce je zjistit jednotlivé odchylky mezi dotazníkovým šetřením (odhady) a skutečnou časovou strukturou (autosnímky) jednotlivých pracovních činností.

Dalším cílem bakalářské práce je zjistit závislosti mezi identifikačními údaji a jednotlivými pracovními činnostmi vrchních sester.

K úspěšnému splnění hlavního cíle a dílčích cílů bylo provedeno několik metodických kroků. Nejdříve byly statisticky vyhodnoceny dotazníky a autosnímky od vrchních sester z Fakultní nemocnice Ostrava. Před samotným výzkumem byly vrchní sestry požádány o vyplnění dotazníku (viz příloha č. 1), který byl vytvořen Ing. Tomášem Kotrbou, Ph. D. Tento dotazník odevzdalo celkem 32 vrchních sester. U porovnání však byl využit počet dotazovaných pouze 26, protože 26 vrchních sester vyplnilo, jak dotazník, tak i vlastní autosnímek pracovního dne (viz příloha č. 2). Dotazované vrchní sestry byly z Fakultní nemocnice Ostrava, konkrétně z chirurgického, interního, dětského a SVLS (společně vyšetřovací a léčebné složky) oddělení.

Autosnímkování se uskutečnilo v termínu od 22. 11. 2010 do 7. 12. 2010. Termín byl vybrán záměrně, aby zde byl zaznamenán přechod mezi jednotlivými měsíci. Na konci měsíce vrchní sestry mají více administrativních činností, oproti začátku měsíce, kdy je struktura jejich činností odlišná. Autosnímky byly k dispozici od 31 vrchních sester po dobu 10 dní, ale do zpracování bylo zahrnuto pouze 29 vrchních sester, protože 2 nesprávně vyplnily vlastní autosnímek. Další 3 vrchní sestry nevyplnily celkový počet 10 dnů a tak konečný počet vyplněných autosnímků pracovního dne byl 282. Návratnost¹ tedy činila 88,13 %. Pro porovnání však bylo opět použito pouze 26 vrchních sester. Jednotlivé dílčí výsledky poté každá vrchní sestra ve Fakultní nemocnici Ostrava obdržela. Činnosti uvedené v autosnímku byly rozděleny do následujících 4 kategorií:

Administrativní činnosti (AD).

Manažerské činnosti (MAN).

¹ Včetně 2 vrchních sester, které nesprávně vyplnily autosnímek vlastního pracovního dne

Odborně ošetrovatelské činnosti (OD).

Ostatní činnosti (OT).

Konkrétní pracovní činnosti, které jsou zahrnuty do určité kategorie, jsou uvedeny v kapitole, věnující se vyhodnocením výsledků autosnímků.

Na základě prostudování odborné literatury, byla vytvořena literární rešerše, která souvisí s tématem bakalářské práce. Tyto poznatky jsou uvedeny ve třetí kapitole této práce.

Dále byl použit Pearsonův koeficient korelace, pomocí kterého byly zjišťovány závislosti jednotlivých proměnných. Výsledkem bylo zjištění závislostí, které mezi sebou vykazují silnou či slabší korelaci. Před samotným výpočtem Pearsonova koeficientu byly nejprve vypočítány čtvercové kontingence (neboli chíkvadrát), jak uvádí Minařík (2006).

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Vzorec pro samotný výpočet Pearsonova koeficientu korelace je dle Minaříka (2006) následující.

$$P = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

Jednotlivé závislosti byly zjišťovány u proměnných:

- objem vykonávaných manažerských činností – na počtu podřízených pracovníků
- objem vykonávaných odborně ošetrovatelských činností – na počtu podřízených pracovníků
- objem vykonávaných ostatních činností – na objemu vykonávaných manažerských činností
- objem vykonávaných odborně ošetrovatelských činností – na objemu vykonávaných manažerských činností

Všechny tyto hodnoty a také celý výzkum byly zpracovány a vypočteny v programu MS Excel.

Posledním krokem bylo celkové shrnutí zjištěných statistických výsledků a navržení vhodných změn pro zlepšení struktury pracovních činností vrchních sester, které by vedlo nejen ke zlepšení chodu jednotlivých oddělení, ale také celého chodu Fakultní nemocnice Ostrava.

3 Přehled literatury

3.1 Zdravotnictví

Zdravotnictví je ve vyspělých zemích velmi důležitou součástí života všech obyvatel. Kvalitní zdravotní péče působí pozitivně na celou společnost. Jedná se o rozsáhlý specifický sektor ekonomiky, který vyžaduje neustálé korekce, regulace a reformy, jak uvádí Ochrana a kol. (2010).

Podle Papeše a Ulricha (2002) je zdravotnictví součástí národního hospodářství institucionálně i ekonomicky. Skutečnost, že v něm pracuje kolem čtvrt milionu pracovníků, z něj činí významnou součást národního hospodářství, podobně jako to, že svou činností neprospívá jenom jednotlivě lidem, ale i národnímu hospodářství, protože národní hospodářství bez zdravých a uzdravených lidí by mohlo pečovat o životní úroveň svých obyvatel jen málo.

Janečková a Hnilicová (2009) píší, že veřejné zdravotnictví je charakteristické svojí multidisciplinarností. Jeho základ tvoří řada medicínských a společenských oborů, které přispívají k chápání zdraví jako hodnoty nejen individuální, ale i společenské, jako veřejného statku, který hraje významnou stabilizující roli v rámci celého socioekonomického systému.

Dle Holčíka, Káňové a Prudila (2005) je zdravotnictví resortní systém zahrnující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí. Tato soustava vznikla s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby a rovněž oprávněné požadavky lidí. Zdravotnictví považuje za subsystémem široce pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a resortně pojímanou část. Cílem zdravotnictví je zlepšování lidského zdraví a zajištění dobře fungujícího systému, který poskytuje zdravotnické služby.

Je to soustava, která má poskytovat dobré služby kterémukoliv občanovi, a proto současně má být v zájmu lidí i společnosti dobře programově rozvíjena jako celek. Jde vlastně o složitou síť zdravotnických institucí, které jsou z velké části soukromé (hlavně v ambulantní sféře) i státní (hlavně v nemocniční sféře), jak uvádí Papeš a Ulrich (2002).

3.1.1 Zdravotnický systém

Podle Seiferta a Beneše (2005) je základním článkem zdravotnického systému primární péče, a to jak z hlediska odborného, tak organizačního i ekonomického. V rámci

primární péče je vymezen segment péče, poskytovaný rodinnými lékaři, v české republice praktickými lékaři pro dospělé – obor praktické dětské lékařství. Primární péče není tvořena jen praktickými lékaři, patří sem také ambulantní gynekologie, stomatologie a další obory. Praktičtí lékaři jsou však klíčoví a výrazně rozhodují o kvalitě a charakteru primární péče.

Gladkij a Strnad (2002) píší, že zdravotnický systém je odvětvím produkujícím zdravotnické služby, je představován soustavou zdravotnických institucí a je subsystémem systému péče o zdraví.

Dle Ochrany a kol. (2010) zdravotní systém tvoří skupina institucí, v jejichž rámci se vykonávají služby zdravotní péče. Účelem a smyslem zdravotnických institucí je zlepšovat zdravotní stav občanů, ať už formou prevence nebo okamžitým lékařským zásahem. Zdravotní systém je jednou z částí národního hospodářství podle klasifikace ekonomických činností.

Durdisová (2005) definuje zdravotnický systém také jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financující subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.

Janečková a Hnilicová (2009) pokračují a píší, že péče o zdraví představuje v moderní společnosti komplexní sociální systém, v rámci kterého jsou poskytovány zdravotnické služby, zajišťována ochrana zdraví občanů a prevence vzniku nemocí. Pro efektivní fungování zdravotnického systému je nezbytná jistá míra předvídatelnosti, stability a vnitřního řádu.

Drbal (2008) uvádí, že podoba jednotlivých systémů péče o zdraví je a musí být v různých zemích taková, aby odpovídala daným podmínkám a okolnostem. Právě proto cíle zdravotních politik různých zemí, obdobně jako hlavní strategické záměry Světové zdravotnické organizace by měly být ve své obecné poloze totožné: zlepšovat zdravotní stav obyvatelstva a zdravím podmíněnou kvalitu života občanů a tím přispívat k obohacování a rozvoji lidského kapitálu.

Podle Mareše a kol. (1994) v Prymula, Beran, Šplího a Antoš (1995) je i přes smíšenost různorodých prvků v jednotlivých systémech možné rozdělit tyto systémy do následujících skupin.

1. Liberalistický model poskytování zdravotní péče.

Zdravotnické služby jsou chápány jako druh zboží, pacient je v modelu tohoto typu zákazníkem a lékař vystupuje jako podnikatel. Úloha státu je minimální.

2. Model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva.

Zdravotní péče je hrazena z fondů zdravotního pojištění vytvářených z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a států. Obyvatelé jsou pojištěni u pojišťovny, ve které se registrovali. Ambulantní zdravotnické služby vykonávají soukromí lékaři na základě smluvních vztahů s pojišťovnami.

3. Model národní zdravotnické služby.

Rysem modelu je zajištění zdravotní péče všem občanům bez ohledu na jejich platební schopnosti. Financování hlavně z daní prostřednictvím státního rozpočtu, více než 90 % je hrazeno z veřejných prostředků. Stát významně zasahuje do řízení zdravotní péče.

4. Model socialistického zdravotnictví.

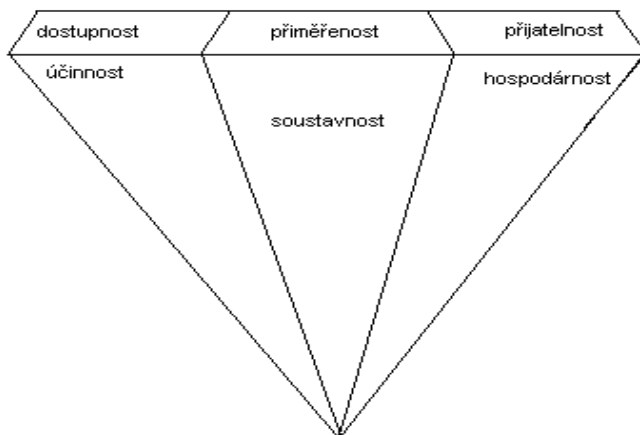
Většina zdravotnických zařízení je ve vlastnictví státu. Zdravotnictví je financováno prostřednictvím státního rozpočtu, zdravotnické služby jsou tedy velmi často bezplatné. Zdravotnictví je chápáno jako neproduktivní sektor.

5. Zdravotnické systémy v rozvojových zemích.

V rozvojových zemích neexistuje ucelený systém zdravotní péče. Zdravotní stav obyvatel je většinou špatný, s čímž úzce souvisí nevykonná ekonomika, nestabilní politika a kulturní zaostalost.

Vrcholem samotného zdravotnického systému by měla být dosažená kvalita zdravotní péče.

Gladkij, Heger a Strnad (1999) píší, že kvalita péče je dynamický pojem s mnoha rozměry. Její definice závisí jak na pohledu osoby, která ji definuje, tak na kontextu společenského a organizačního prostředí. Definice se také mění při vzniku a přijetí nových poznatků.



Obr. 1: Hlediska kvality zdravotní péče

Zdroj: Gladkij, Heger a Strnad (1999)

Kvalita zdravotní péče se velmi těžko posuzuje, proto můžeme použít následující hlediska. Účinností péče se rozumí dosažení předmětných cílů péče, tj. zbavení utrpení, prodloužení aktivního života a dosažení dobré kvality života pacienta. Ekonomičnost péče je definována jako nejlepší způsob využití vložených prostředků. Pod pojmem spravedlnost péče se rozumí, že hlavním určujícím momentem rozsahu a druhu péče je konkrétní zdravotní stav pacienta, dodávají Gladkij, Heger a Strand (1999).

Již Maxwelova definice kvality z roku 1984 zahrnovala následujících 6 parametrů, jak uvádí Gladkij, Heger a Strnad (1999):

1. Dostupnost péče.
2. Relevance potřebám z hlediska celé komunity.
3. Účinnost z hlediska pacienta.
4. Spravedlnost péče.
5. Společenská přijatelnost.
6. Hospodárnost.

Škrla a Škrlová (2003) souhlasí a dodávají, že definovat kvalitu jako takovou není lehké. Možná proto, že kvalita nepředstavuje pouze soubor metod, technik a pracovních postupů, ale je v moderním kontextu vnímána jako filozofie, která je úzce spojena s organizační kulturou. Kvalita závisí tedy také na faktorech, jakou jsou hodnoty, chování a postoje zaměstnanců.

3. 1. 2 České zdravotnictví

V roce 1918, po skončení 1. světové války, byla založena samostatná Československá republika. Zdravotnický systém této doby byl založen na povinném zdravotním pojištění (Bismarckovský systém), píše Gladkij a Strnad (2002).

Janečková a Hnilicová (2009) uvádějí, že podstatou bismarckovského modelu jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven – veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru – bez ohledu na rozsah své budoucí spotřeby zdravotní péče (princip sociální solidarity). Pojišťovny pak z takto vytvořeného fondu proplácejí lékařům a nemocnicím, se kterými mají uzavřené smlouvy, poskytnutou péči.

V roce 1951 byl převzat model sovětského zdravotnictví, pojišťovací systém byl zrušen a zdravotní péče byla převzata plně do rukou státu. Úhrady za péči začaly být financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu, jak uvádí Gladkij a Strand (2002).

Prymula, Antoš a Beran (1995) uvádějí, že systém řízení českého zdravotnictví v současné době je dvoustupňový. Optimální síť zdravotnických zařízení je pod státní správou prostřednictvím zdravotních referátů okresních úřadů. Referáty jsou odborně řízeny ministerstvem zdravotnictví – vrcholným řídicím orgánem.

Dále však doplňují Prymula, Antoš a Beran (1999), že funkce Ministerstva zdravotnictví České republiky jako řídicího orgánu se postupně zmenšuje, začíná převládat pouze funkce koncepční, legislativní a kontrolní.

Hroboň, Macháček a Julínek (2005) píší, že cílem státu je bezpochyby zajistit kvalitu poskytované zdravotní péče a bezpečnost pacienta, a to bez ohledu na to, zda je daná zdravotní péče poskytovaná na základ zdravotního pojištění, nebo za přímou úhradu.

Poskytování zdravotní péče se opírá o systém povinného zdravotního pojištění realizovaného prostřednictvím všeobecné zdravotní a další oborových závodních pojišťoven. Pojištění je založeno na principu solidarity, kdy všichni zainteresovaní přispívají určitým procentem příjmů bez ohledu na to, zda služby čerpají či ne. Výše pojistného činí v současné době 13, 5 % hrubé mzdy, z čehož 4,5 % hradí zaměstnanec, 9% zaměstnavatel. Za nevýdělečně činné (dětí, nezaměstnaní, důchodci, studenti, matky na mateřské, vězni) hradí tuto částku stát ze státního rozpočtu. Do fondů na činnost zdravotnictví dále přispívají místní orgány, charitativní orgány, různé instituce i fyzické osoby, čímž se částečně realizuje systém vícezdrojového financování zdravotnických služeb.

Garanci za zdravotní péči poskytuje stát. Stát je také zřizovatelem veřejnoprávní Všeobecné zdravotní pojišťovny, která má výsadní postavení a hradí více než 60 % péče, jak píše Gladkij a Strnad (2002).

Podle Svazu zdravotních pojišťoven ČR (2011) vedle VZP existuje 8 dalších zdravotních pojišťoven, jsou to: Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance a Média zdravotní pojišťovna.

Podle Zlámala (2006) je organizační struktura českého zdravotnictví dána existencí těchto institucí:

- nemocnice (včetně ambulantních částí),
- samostatné ambulance,

- lékárny,
- hygienické stanice,
- zvláštní zdravotnická zařízení,
- lázeňské léčebny,
- střediska záchranné služby,
- homecare (domácí péče).

Bakalářská práce se věnuje pracovním činnostem vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava. Proto se dále budu věnovat jen nemocnicím a ostatní instituce, které tvoří organizační strukturu českého zdravotnictví, pomínu a nebudu je dále ve své práci zmiňovat.

3.2 Nemocnice

Podle Seiferta a Beneše (2005) probíhá poskytování zdravotní péče na úrovni péče primární, sekundární a terciární. Tyto úrovně jsou charakterizovány různou dostupností pro občany (přímou nebo zprostředkovanou), skladbou pacientů, mírou specializace pracovišť, jejich personálním a technickým vybavením, způsobem poskytování péče a hodnocením výstupů.

Gladkij (2003) uvádí, že nemocnice je zpravidla definována jako „lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby.“ Základní funkcí nemocnic je poskytování léčebné péče těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Jádrem činnosti všech nemocnic jsou činnosti diagnostické, léčebné a činnosti spadající do oblasti sekundární a terciární péče.

Podle Dubka (2000) jsou poskytovateli nemocniční péče všude na světě převážně neziskové organizace (státní nebo veřejné). V řadě zemí však prosperují i komerčně zaměřené a orientované nemocnice. Nemocnice se však odlišuje od běžné firmy zejména v oblasti jejího řízení (managementu). Rozhodovací kompetence v jednotlivých nemocnicích nejsou jen v rukou příslušných ředitelů (ekonomických manažerů), ale do řízení zasahují i odborní pracovníci – lékaři a zdravotní sestry. Přitom každý subjekt, který se zúčastňuje řízení organizace, může sledovat zcela odlišné cíle.

Gladkij (2003) uvádí, že z pohledu třídícího hlediska žádná typologie zdravotnických institucí nemůže být rigidní, protože jejím účelem je napomáhat řešit praktické problémy. Musí proto v čase akceptovat nové skutečnosti a nové úkoly společnosti. Každá typologie je proto účelová. Jako příklad uvádí jednoduché typologie:

- Ambulantní a lůžkové instituce
- Preventivní, kurativní a rehabilitační instituce
- Instituce pro akutní a chronickou léčbu
- Instituce vzniklé na bázi medicínských oborů
- Instituce pro primární, sekundární a terciární léčbu

Každý z těchto pohledů je užitečný v jistých situacích, při řešení vždy odlišných úloh (např. v uvedeném pořadí pro posouzení účinnosti vazeb mezi nosnými institucemi v regionech, příp. ve státě, pro analýzu komplexnosti zdravotnické soustavy, pro rozdělení lůžkových hlavně nemocničních kapacit, pro zvýšení využití lůžkových kapacit, pro posouzení souladu medicínského vývoje a přizpůsobování zdravotnické soustavy.

Základní struktura nemocnic

Dle Gladkije (2003) se bez ohledu na rozdíly v organizačním uspořádání jednotlivých nemocnic každá nemocnice člení v podstatě na tři relativně samostatné subsystémy.

1. Subsystém zahrnující pracoviště léčebně preventivní péče; ten zahrnuje:
 - Jednotlivá specializovaná oddělení či kliniky členěné podle lékařských oborů; tato pracoviště se dále dělí na část ambulantní, lůžkovou, pracoviště přístrojová a laboratorní podílející se zejména na diagnostické činnosti příslušného oddělení.
 - Pracoviště společných vyšetřovacích složek; jedná se o laboratorní a přístrojová pracoviště, která poskytují specializované služby všem oddělením (jde převážně o podporu diagnostiky).
2. Subsystém zahrnující pracoviště logistického typu, vykonávající nejrůznější podpůrné činnosti související se zajištěním léčebné péče a plynulým chodem nemocnice; náleží sem takové útvary, jakými jsou stravovací provoz, dopravní služba, energetika, nejrůznější technické služby atp.

3. Subsystem manažerský a ekonomicko-správní. Ten zahrnuje vrcholový management nemocnice (ředitel a vrcholoví vedoucí pracovníci nemocnice), management střední úrovně (vedoucí oddělení, vrchní sestry), manažery na prvním stupni řízení (vedoucí stanic, staniční sestry). Ekonomicko-správní pracovníci mají důležitou podpůrnou úlohu při ekonomickém řízení nemocnice.

3.3 Zdravotnický management

Prymula, Beran a Antoš (1999) uvádějí, že pojem zdravotnický management je již zažitý, ačkoliv ještě před pěti lety nebyl zcela známý. Nejen změna názvu, ale také současně používané principy řízení se výrazně změnily.

V oblasti zdravotní péče je management úzce spjat s odbornou zdravotnickou činností a je výrazně podmíněn aktuálními zdravotními problémy, omezeností zdrojů, výběrem, způsobem poskytování i úhradou a hodnocením zdravotnických služeb. Z medicínského hlediska znamená dobrý zdravotnický management především dobrou zdravotní péči, jak popisují Holčík, Kaňová a Prudil (2005).

Prymula, Beran a Antoš (1999) dále píší, že management ve zdravotnictví zahrnuje činnosti jako plánování, řízení, regulaci a evaluaci (vyhodnocení) zdravotnické péče. Evaluace slouží jako zpětná vazba. Kvalitní řízení personálu je vědeckým hledáním nejefektivnější cesty, jak poskytnout nejlepší péči pacientům. Posílení by mělo dojít na úrovni středního managementu v nemocnicích.

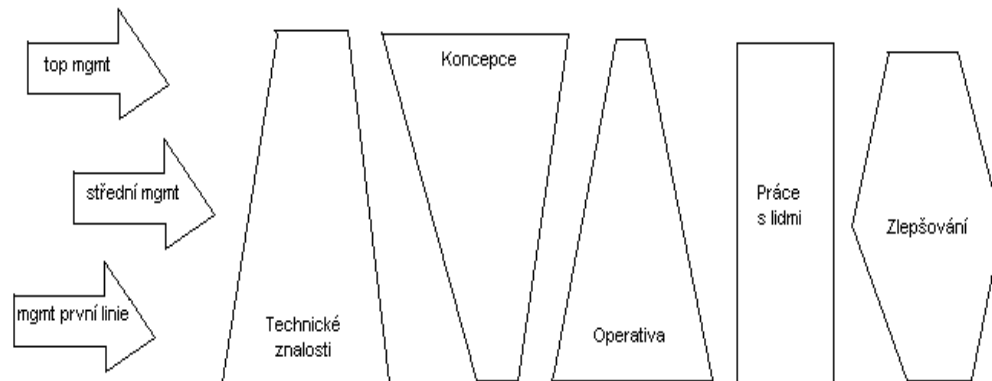
Dle Škrála a Škrlové (2003) má ošetrovatelský management tři důležité dimenze: ekonomiku, kvalitu a lidský faktor.

Drucker ve Veber a kol. (2005) zastává názor, že management není v pravém slova smyslu vědou, je to spíše praktická činnost a přirovnává management k medicíně, kterou připomíná v řadě aspektů.

Gladkij (2003) dále uvádí, že management by měl vystihovat, že nejde jen o realizaci vyšších příkazů a dohlížení nad předpisy, ale že jeho kritériem je relativně svobodná řídicí činnost s vyšším cílem.

Dále Veber a kol. (2005) doplňují, že čím více se podnikatelské subjekty a neziskové organizace stávaly rozsáhlejšími a členitějšími, rozšiřovaly předmět své činnosti atd., tak se zvyšovaly nároky na jejich řízení a členění managementu. V současné době se manažeři rozdělují obvykle do tří úrovní:

- manažeři první linie,
- střední manažeři,
- vrcholoví manažeři.



Obr. 2: Typické manažerské činnosti na jednotlivých úrovních řízení

Zdroj: Veber a kol. (2005)

Gladkij (2003) dodává, že u vrcholového managementu se očekávají převládající koncepční dovednosti, u manažerů liniových (nejnižší řídicí stupeň) zase dovednosti technické a odborné. Schopnost jednat s lidmi je požadována na všech řídicích úrovních ve stejné míře.

Krontorád a Trčka (2005) popisují základní sadu, která je tvořena popisy manažerských standardů pro:

- vrcholový management,
- střední management,
- nižší management I,
- nižší management II.

Dále Krontorád a Trčka (2005) přibližují jednotlivé skupiny takto:

Vrcholoví manažeři

Úkolem lídrů je „pouze“ vytvoření a následný „prodej“ strategického rámce dovnitř organizace. Činí tak prostřednictvím získávání a analýzy informací, vytváření myšlenek, rozhodování a přesvědčování. Stanovují také základní pravidla, která budou v organizaci platit, protože jejich myšlenky mají vést organizaci. Zda bude v organizaci manažer

v postavení lídra pouze jeden nebo více, rozhoduje právě organizační struktura. Tato kategorie zahrnuje ředitele nemocnice a jeho náměstky a hlavní sestru.

Střední management

Manažeři střední úrovně jsou odpovědní za výklad a zavádění strategického rámce. Jde o jeho transformaci do provozních cílů a úkolů, které jsou zpravidla předány manažerům první linie (úroveň Nižší management I). Střední úroveň manažerů zpravidla neodpovídá za strategické řízení organizace. Důležitou součástí role středních manažerů je řízení jiných manažerů. Řídí pracovní proces a vedou lidi k plnění úkolů a dosahování cílů. Iniciují změny a zlepšování systému, pravidel a postupů. Velmi často plní roli koordinátorů uvnitř systém. Manažeři na této úrovni řízení musí disponovat kompetencemi, umožňující používání různých složitých technik v širokém okruhu podmínek. Do této kategorie patří primáři, vrchní sestry a vedoucí jednotlivých oddělení.

Nižší management I – prvolinioví manažeři

Prvolinioví manažeři nesou odpovědnost na určitou oblast činností organizace. Jsou proaktivní v této oblasti a reaktivní ve vazbě na celkové směřování organizace. Dále jsou také odpovědní za řízení a kontrolu práce jiných, dosahování cílů a výkonů a efektivní využití zdrojů. Rozsah činností a kontroly tohoto manažera je užší než u středního managementu. Do této kategorie patří staniční sestry, vedoucí lékaři a vedoucí úseků.

Nižší management II – auditori, inspektoři

Role auditora nebo inspektora obsahuje významnou část manažerských aktivit, nicméně do řízení spíše přispívá, než že by činnosti plně řídil a měl za ně plnou odpovědnost. Pracuje v omezeném okruhu a podílí se na řízení, za které ovšem plně odpovídá prvoliniový manažer. Jeho role je tedy menší. Do této kategorie patří některé zdravotní sestry a někteří lékaři.

Pro úplnost nejnižší úroveň je úroveň – vykonavatele, tedy osoby, které přímo mění vstupy ve výstupy. Tato skupina pracovníků není však na pozici manažerské, doplňují Krontorád a Trčka (2005).

Krontorád a Trčka (2005) ještě dodávají, že role manažerů v praxi se vlastně nikdy neobjevuje v čisté podobě, ale jedna osoba může v rámci pracovní pozice, při plnění různých úkolů vystupovat v obou rolích. Nejnázorněji se to projevuje právě v případě úrovně nižšího management II (auditor, inspektor), kdy se vlastně jedná o vykonavatele, zčásti zapojené do procesu řízení.

3. 3. 1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým, uvádí Pavlíková (2006).

Pavlíková (2006) dále uvádí, že od poloviny 20. století nastal ve zdravotnictví tzv. kult technologie a mezi sestru, lékaře a pacienta vstoupila technika. Zdravotní péče se orientovala především na nemoc a zaměřila se hlavně na nemocniční péči. Ošetřovatelství se soustředilo na techniku výkonu a spolu s medicínou se koncentrovalo na biologickou stránku lidského těla. Psychické, sociální a duševní souvislosti se zanedbávaly.

Ministerstvo zdravotnictví (2004) uvádí, že ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetřovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.

Jarošová in Hnilíčková (2010) píše, že management v ošetřovatelství se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filozofií služeb. Ošetřovatelství nese sociální odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců a rodin, a proto je třeba jedinečný přístup. Specifické pro management ošetřovatelství jsou dva cíle: kvalita služeb a kvalitní personál.

Pavlíková (2006) popisuje metaparadigmatické koncepce, které determinují ošetřovatelství a jeho praxi, jsou ve všeobecné rovině:

- osoba jako příjemce ošetřovatelského výkonu (jednotlivec, skupina, rodina),
- prostředí je významné vnější a vnitřní okolí příjemce i okolnosti, za kterých k ošetřovatelským úkonům dochází,
- zdraví je stav blaha či osobní pohody, nejen absence nemoci příjemce,
- ošetřovatelství jsou činnosti, které vykonává sestra ve spolupráci s příjemcem nebo v jeho zájmu.

Jedním z cílů ošetřovatelství je pomoc osobám dosáhnout, udržet, či znovu získat schopnost sebezpěče. Znaménko rovnosti se klade mezi zdraví a schopnost postarat se sám o sebe. Ošetřovatelský proces v jednotlivých modelech zdůrazňuje zhodnocení zdravotního stavu jedince, vytčení cílů a plánů, realizaci intervencí a zhodnocení zdravotního stavu jedince po ošetřovatelských intervencích, jak uvádí Pavlíková (2006).

Ministerstvo zdravotnictví (2004) píše, že hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.

3. 3. 2 Zdravotní sestra jako manažer

Dle výzkumu Markové a Eislerové in Kotrba (2010c) staniční sestry věnují nejvíce času (207 minut) ze své pracovní doby participaci na ošetřovatelské péči. Podílí se na realizaci ošetřovatelské péče, edukují pacienty a jejich rodiny. Organizace péče zaujímá téměř 2 hodiny času z pracovní doby. Hodinu času věnuje staniční sestra zajištění materiálu, zásobování a přístrojovému vybavení. Hotelové služby zaberou více jak půl hodiny. 26,5 minut zaujímá komunikování a informovanost personálu. Vzdělávání věnují 11,25 minut. Řízení personálu zaujímá téměř nejmenší část pracovní doby (7,00 minut).

Nerudová in Kotrba (2010d) píše, že kvůli neustále se zvyšujícím nárokům administrativy se nelze plně věnovat pacientům. Dalším problémem je vážnoucí spolupráce sester s lékaři a špatná organizace na pracovišti. Navíc zdravotní sestry často přebírají povinnosti mimo své specializace, například za sanitářky. Hlavní podstatou ošetřovatelského středního managementu jsou vrchní sestry, které spolupracují s přednosty a primáři klinik a oddělení. Záleží na nich kvalita týmové práce sester a lékařů.

Slovo manažer znamená v britské angličtině „člověk, který něco řídí“, v americké angličtině „člověk, který řídí a rozděluje zdroje a vydaje v domácnosti“; v němčině „vedoucí osobnost velkého podniku, vybavená dalekosáhlými správními pravomocemi a rozhodujícími pověřeními, hospodářsko-správní vedoucí umělců nebo sportovců“; v češtině „ředitel, obchodní vedoucí“, uvádí Gladkij (2003).

Gladkij (2003) dále píše, že každý manažer z kterékoliv řídicí úrovně vykonává ve své řídicí práci pět základních manažerských funkcí. Hlavní manažerské funkce se často vyjadřují kruhem, který se nazývá manažerským cyklem. Komponentami manažerského cyklu jsou:

1. Plánování
2. Organizování
3. Personální zajištění
4. Vedení
5. Kontrolování

Vodáček a Vodáčková (2006) souhlasí a upřesňují, že pojmem manažerské funkce se chápou typické činnosti, které by měl vedoucí pracovník (manažer) účelně a účinně vykonávat k zajištění úspěchu své manažerské práce.

Swansburg (1996) dodává, že zdravotnický management se týká také výkonu řízení, funkce plánování, organizování, personálního obsazení vedoucích a řídicích činností organizace. Sestra manažerka by měla vykonávat všechny tyto funkce společně a se zdravotní péčí o pacienty. Vrchní sestry vykonávají také administrativní činnost na všech možných úrovních. Spravují také organizační prostředí, které poskytuje optimální podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče.

V managementu platí, že dosažení cílů organizace a tím vlastně naplnění hlavního smyslu manažerské práce předpokládají vzájemný soulad (harmonizaci, vyváženost) při vykonávání manažerských funkcí. Toto platí i o nezbytné vyváženosti struktury prací v rámci každé z jednotlivých manažerských funkcí, dále uvádějí Vodáček a Vodáčková (2006).

Škrla a Škrlová (2003) píše, že v současné době existuje řada dobrých manažerských technik a nástrojů, které s úspěchem využívají manažeři hlavně v průmyslu. Většinu z těchto manažerských technik lze s úspěchem použít také ve zdravotnictví, a byla by proto opravdu škoda rozvoj moderních manažerských nástrojů a technik nesledovat a nevyužívat.

Dále však Škrla a Škrlová (2003) upozorňují, že během posledních několika desetiletí se zdravotnictví stalo natolik komplexním a specializovaným, že většina zaměstnanců zdravotnických zařízení je dnes orientována na vykonávání jednotlivých, úzce vymezených činností nebo funkcí. V rámci zdravotnického zařízení tak existuje řada oddělení s pracně promyšlenými hierarchiemi.

Úlehla (2005) in Janečková a Hnilicová (2009) píše, že zdravotnické profese, ať už hovoříme o lékařích, sestrách, sociálních pracovnících nebo jiných profesích ve zdravotnictví, lze bez rozpaků zařadit do kategorie tzv. pomáhajících profesí.

Zdravotní sestry patří k nejpočetnější profesní skupině ve zdravotnictví a řadí se k tzv. nelékařským zdravotnickým povoláním, píše Janečková a Hnilicová (2009) pomocí zákona č 96/2004 Sb.).

Podle Kepler (1980) in Kotrba (2010a) zdravotní sestra v manažerské funkci čelí dvěma navzájem soupeřícím potřebám: potřebě růstu pracovníků, efektivnosti, motivace, etiky, pracovního výkonu a potřebě zaměstnavatele v podobě produktivity, kvality a nákladové efektivity.

Role zdravotní sestry se během 19. a 20. století rozvíjela především jako role komplementární k roli lékaře. Činnost sestry byla závislá na instrukcích lékaře, a sestra se tedy dostávala do postavení závislého na lékaři, uvádí dále Janečková a Hnilicová (2009).

Byres (1997) in Kotrba (2010a) uvádí, že kritická pro vrchní sestru je vysoká úroveň dovedností systémového myšlení, komunikace, managementu vztahů a organizace kreativní týmové práce a vytváření seskupení. Vrchní sestra by se měla aktivně účastnit rozhodování na nejvyšší administrativní úrovni, které se týká ošetrovatelské péče.

Janečková a Hnilicová (2009) upozorňují, že stejně jako role lékařů, také role sester v sobě nese řadu vnitřních rozporů, například:

- pracují pod časovým tlakem a zároveň mají rozpoznávat a uspokojovat veškeré potřeby pacientů,
- jsou účastníky střetů zájmů, které se jim nedaří řešit (přání rodiny, pacientů, lékařů),
- pomáhají druhým, často čelí násilí a špatnému zacházení (agresi, zneužití),
- jsou nuceny odpovídat pacientům na jejich dotazy ohledně diagnózy a léčby, ačkoliv o těchto záležitostech by měl pacienta informovat pouze lékař,
- musí volat lékaře v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu pacienta, ale nemohou lékaře volat zbytečně.

Jarošová in Hnilíčková (2010) definuje vrchní sestru jako členku vedení kliniky nebo oddělení. Je zodpovědná řediteli (náměstkovi) ošetrovatelské péče za celkovou činnost ošetrovatelského personálu na klinice (oddělení). Podílí se na plánování rozpočtu, personálním zabezpečení, odborném růstu pracovníků a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Je manažerkou ošetrovatelské péče, určité kompetence deleguje na nižší články – staniční nebo úsekové sestry. Jejím úkolem je současně vzdělávat podřízené a pomáhat jim v komplexní zodpovědnosti za péči o pacienta.

3.4 Časové studie

Neproduktivní využití času ve zdravotnických zařízeních je jedním z hlavních důvodů současného trendu v globálním ošetrovatelství – snaze po restrukturalizaci jednotlivých pracovišť a oddělení. České sestry manažerky vnímají nedostatek času zvláště citlivě, píše Škrla a Škrlová (2003).

Čas je základním a přirozeným měřítkem množství spotřebované práce. Ve spotřebě času (v její velikosti) je syntetizována řada různých faktorů, ať již subjektivních nebo objektivních, píše Navrátil a kol. (1981).

Pošvář (1986) uvádí, že měření spotřeby času při práci, které jsou založeny na nepřetržitém pozorování pracovníka, se označují jako snímkování práce. Písemný záznam z tohoto pozorování včetně vyhodnocení zjištěných údajů se nazývá časový snímek nebo časová studie. Základními druhy časových studií jsou snímek pracovní operace a snímek pracovního dne.

Koubek (2007) dále uvádí, že časové studie se provádějí pomocí pozorování, které má za úkol zjistit, jak se práce vykonává, aby bylo možno hledat nejlepší způsob vykonávání práce z hlediska potřeb organizace, ale také potřeb samotného pracovníka.

Časovými studiemi se rozumí systematické měření spotřeby času živé práce u jednotlivých pracovních činností s cílem zjistit spotřebu času a na jejím základě stanovit normální spotřebu času při vyloučení odhalení časových rezerv. Dále také časové studie zajišťují důležité údaje pro účelné organizace pracovních procesů, popisuje Navrátil a kol. (1981).

Pořízení časových studií vyžaduje záznam pozorovaných dějů včetně měření spotřeby času. Záznam dějů a spotřeby času se obvykle nazývá snímkování práce. Formuláře používané k záznamu a měření nazýváme běžně časovými snímky. Z hlediska počtu objektů sledování třídíme snímky na:

- individuální snímky (plynulé nepřetržité záznamy jednotlivého objektu pozorování),
- hromadné snímky (hromadné záznamy), uvádí Vrba (1981).

Pošvář (1986) dělí postup používaný při vypracování časových studií na tři etapy: přípravu časové studie; pozorování činností pracovníka a měření spotřeby času; rozbor a vyhodnocení zjištěných údajů.

Podle Ginsburga (1957) probíhá pracovní proces v čase a tudíž měřítkem práce je doba práce. Pro výzkum pracovního času se používá:

- snímek pracovního času,
- časoměření,
- snímková chronometráž.

Vrba (1981) dále uvádí, že pracovní proces obsahuje celou řadu pracovních dějů.

A členění pracovní proces na:

- operace,
- úkony,
- pohyby.

Vrba (1981) také píše, že operace jsou základními složkami pracovního procesu. Operací rozumíme dílčí, souvislou a ucelenou část pracovního procesu vykonávanou jedním nebo několika pracovníky obvykle na témže pracovišti.

Filipcová a kol. (1970) argumentuje, že informace získané zpracováním časového snímku, mají převážně deskriptivní charakter. O časovém snímku se mluví jako o specifické technice zkoumání časového rozpočtu, používané především v sociologii práce a sociologii volného času. Časový snímek je v podstatě autosnímek, kdy respondent sám zapisuje činnosti, které realizuje a čas, který jim věnoval. Uvádí také formy časového snímku:

- technika popisu činností,
- technika vyjmenování aktivit,
- technika rozvrhu hodin.

Při zpracování a studiu materiálů získaných technikou časového snímku si musíme uvědomit, jaký druh informací nám může časový snímek poskytnout. Můžeme získat informace o množství času věnovaného určité aktivitě, případně časovou strukturu sledovaného období na základě časových údajů o jednotlivých aktivitách. Nic se však nedozvíme o kvalitě, intenzitě a hodnotě, kterou sledovaná aktivita pro zkoumané osoby má. Oproti tomu, však informace získané pomocí časového snímku jsou přece jen objektivnější, než informace získané pomocí interview, popisuje Filipcová a kol. (1970).

3. 4. 1 Snímkování pracovního dne

Dle Ginsburga (1957) patří údaje získané statistickým sledováním pracovního času k takzvanému statisticko-empirickému normování. Snímkem pracovního času se nazývá způsob, při němž se bez výjimky pozorují všechny prvky spotřeby pracovního času, a to

chronologicky v pořadí, jak se skutečně tento čas spotřebovává. Snímek pracovního času obsahuje pozorování a měření pracovního času, zápis (záznam), zpracování získaných údajů, jejich další rozbor.

Vaněček, Benáčová a Štípek (2001) píší, že autosnímek je časový snímek, který si vytváří sám o sobě pracovník, aby zjistil vlastní časové rezervy. Respondent sám soustavně po celou pracovní dobu zapisuje jednotlivé činnosti, které realizuje, měří a zapisuje čas, který jim věnoval.

Řezníček (1970) in Kotrba (2009a) souhlasí a píše, že vlastní snímek pracovního dne je tzv. autosnímek. Pracovník sám měří a zapisuje soustavně po celou dobu pracovní doby, popřípadě během kalendářního dne (týdne, měsíce), všechny své pracovní operace, postoje bez přerušení a bez třídění ve sledu, jak jdou za sebou. Jde tedy o tzv. plynulou chronometráž. Získává tím věrný obraz jak obsahu svého pracovního dne, tak postupu a přerušování práce, četnosti a délky trvání jednotlivých činností (operací). Indexování, sumarizaci a další matematicko-statistické zpracování takto získaného číselného materiálu může provádět druhá osoba. Předpokladem správného použití metody autosnímků je dobrovolnost pramenící z osobního zájmu pracovníka na šetření, disciplína v soustavnosti záznamů a přesnost posilující objektivnost záznamů. Nejčastějším nedostatkem autosnímků je tendenční zkreslování údajů ve snaze přikrášlit skutečnost a dále opožděné záznamy prováděné hrubým odhadem.

Vrba (1981) popisuje, že z hlediska rozsahu sledovaných činností a spotřebovaného času třídíme časové snímky na:

- snímky pracovní operace,
- snímky pracovního dne.

Filipcová a kol. (1970) uvádí, že časový snímek nám může poskytnout pouze kvantitativní informace, které však jsou proti informacím získaným některými jinými technikami, objektivnější. S tímto vědomím je také nutno k získanému materiálu přistupovat.

Kotrba (2009a) píše, že autosnímků by měly odpovídat základním předpokladům:

- měl by být co nejjednodušší, aby byl pro respondenta lehce pochopitelný,
- neměl by respondentovi přidělovat příliš práce a zabírat mu čas (například vyplňováním prázdných formulářů),
- měl by být statisticky zpracovatelný, navzájem porovnatelný s ostatními respondenty a vyhodnotitelný,

- měl by také zamezit přílišnému vymýšlení a uvádění chybných údajů.

Kotrba (2010b) doporučuje pro tvorbu formuláře snímku a dotazníku ve fázi předvýzkumu provést řízené rozhovory s vybranými pracovníky organizace přímo na pracovišti. Jde o kvalitativní výzkum, kterým lze získat velice cenné informace pro tvorbu finálního formuláře snímku a dotazníku.

Dále Kotrba (2010b) uvádí, že při výběru respondentů (pokud budeme analyzovat práci více pracovníků) by měl mít soubor přibližně stejné pracovní podmínky. Pracovníci musí pracovat ve stejných pozicích (úrovni řízení), aby výsledky byly porovnatelné. Rovněž je důležitá správná volba termínu snímkování.

Podle Ginsburga (1957) se snímek pracovního času může provádět v libovolném časovém úseku, avšak zpravidla nejcennější materiál poskytují snímky, které obsahují delší a ukončený časový úsek. Počet snímků prováděných u jednoho objektu závisí na účelu pozorování. Čím významnější je účel pozorování, tím větší počet snímků je třeba u téhož analogického objektu. Snímek pracovního času obsahuje čtyři za sebou následující etapy:

1. Přípravu k provedení snímku,
2. Zapsání údajů o pozorování,
3. Zpracování pozorování,
4. Rozbor výsledků pozorování.

4 Vlastní práce

4. 1 Fakultní nemocnice Ostrava

4. 1. 1 Historie nemocnice

Historie nemocnice se datuje do roku 1922, kdy byla otevřena Epidemická nemocnice pro Vítkovice-Zábřeh nad Odrou v katastru obce Zábřeh nad Odrou, která se stala základem dnešní Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava. V letech 1929 – 39 byla nemocnice rozšířena výstavbou řady moderních nemocničních pavilonů. V roce 1933 bylo např. otevřeno gynekologicko-porodnické oddělení, kdy byl zároveň instalován první rentgenový přístroj v nemocnici. V roce 1935 byl otevřen interní pavilon, který měl jako první k dispozici EKG pracoviště. Obnova nemocnice po druhé světové válce proběhla až v průběhu padesátých let dvacátého století. V roce 1992 nemocnice získala status fakultní nemocnice. Založení nemocnice fakultního typu ve třetím největším městě České republiky bylo výsledkem mnohaletého úsilí zdravotnických pracovníků a Ostravské univerzity. V roce 1994 byl v nemocnici otevřen nový lůžkový monoblok v Porubském areálu a dále v roce 2001 byl uveden do provozu pavilon porodnicko-gynekologické kliniky. Rok 2006 znamenal pro nemocnici přijetí názvu Fakultní nemocnice Ostrava a novou podobu znaku nemocnice. (Fakultní nemocnice Ostrava, 2011)

Na obrázku číslo 1, můžeme vidět logo, které nemocnice Ostrava používá.

Obr. 1 Logo Nemocnice Ostrava



Zdroj: www.fno.cz

Kotrba (2010e) vytvořil na základě výročních zpráv 2005-2008 Fakultní nemocnice Ostrava vývoj vybraných ukazatelů Fakultní nemocnice Ostrava v letech 2005-2008. Na základě Výroční zprávy Fakultní nemocnice Ostrava doplňuji ke sledovanému období rok 2009.

Tab. 1: Vývoj vybraných ukazatelů Fakultní nemocnice Ostrava v letech 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Počet lůžek	1 552	1 552	1 552	1 552	1 386
Přepočtený počet lékařů celkem	436	440	446	447	462
Přepočtený počet zdr. pracovníků nelékař. oborů celkem	2 041	2 028	2 045	2 056	2 099
Přepočtený počet pracovníků celkem	3 275	3 179	3 018	3 024	3 095
Počet hospitalizovaných pacientů	46 458	45 169	45 239	43 280	43 951
Počet ošetřovacích dnů (v tis.)	380,29	357,94	342,07	318,04	309,01
Průměrná délka ošetřovací doby	8,2	7,9	7,6	7,3	7,0
Využití lůžek (%)	84,9	82,7	81,4	77,0	76,0
Průměrné náklady na 1 hospitalizaci (v Kč) ²
Počet operací na centrálních OS	16 557	16 331	17 847	17 950	18 636
Počet ambulantních vyšetření (v tis.)	647,57	635,19	617,75	567,91	585,54

Zdroj: Kotrba (2010e) a Výroční zpráva Fakultní nemocnice Ostrava 2009

4. 1. 2 Současnost nemocnice

Fakultní nemocnice Ostrava je největším státním zdravotnickým zařízením na severní Moravě. Zajišťuje zdravotní péči pro 1,2 mil. obyvatel. Ročně je na 1 218 lůžkách hospitalizováno průměrně 42 000 pacientů, přičemž více než 50 % tvoří pacienti se závažnou či komplikovanou diagnózou. Ambulantně je v nemocnici provedeno ročně téměř 600 000 ambulantních ošetření. Významným rysem nemocnice je její maximální komplexnost, spočívající v šíři a hloubce postupu od primární diagnostiky přes léčbu až k následné ambulantní či doléčovací péči. Fakultní nemocnice Ostrava zajišťuje základní, specializovanou i vysoce specializovanou zdravotní péči. Vše zajišťuje 40 klinik, oddělení, center, laboratoří, ústavů a nemocniční lékárna.

4. 2 Analýza dotazníkového šetření a autosnímkování

Dotazníky a autosnímky byly vypracovány Ing. Tomášem Kotrbou, Ph. D. Ve Fakultní nemocnici Ostrava byly dotazovány a autosnímkovány jak vrchní, tak staniční sestry. Tato bakalářská práce se věnuje zpracování výsledků pouze u vrchních sester.

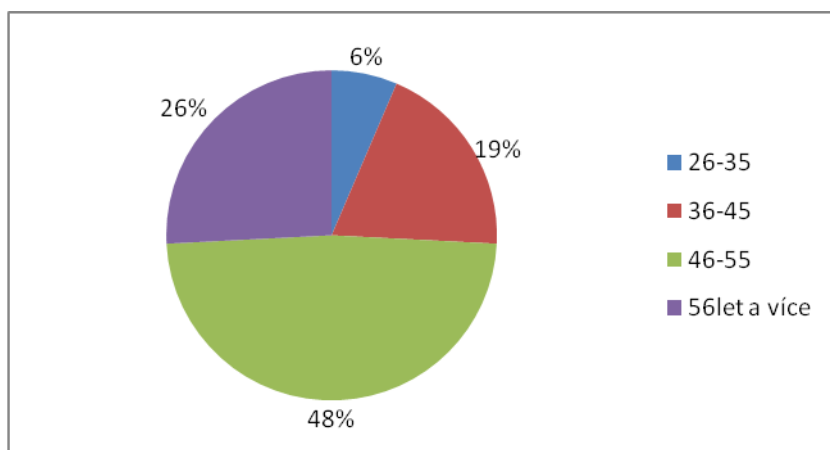
² Data nejsou evidována, nelze je dohledat

4. 2. 1 Vyhodnocení výsledků dotazníků

Pro tuto bakalářskou práci bylo zvoleno kvantitativní průzkumné šetření prostřednictvím dotazníkového výzkumu. Dotazníkové šetření bylo vyhodnoceno na základě odpovědí 32 vrchních sester Fakultní nemocnice Ostrava.³ Zaměřilo se na zjištění počtu podřízených, nejvyšší dokončené vzdělání a věkovou kategorizaci vrchních sester Fakultní nemocnice Ostrava. Počet podřízených u vrchních sester se dělí na staniční sestry, všeobecné sestry, zdravotnické asistenty a pomocný personál (sanitárky). Dotazníkové šetření dále zkoumalo vlastní časové odhady vrchních sester u jednotlivých pracovních činností.

Protože je dotazník anonymní, byly vrchní sestry označovány dle metodiky V 1 až V 32. Všech 32 vrchních sester odpovědělo v dotazníku, jak na údaje týkající se identifikace, tak na údaje, které se týkají odhadů pracovních činností. Vrchní sestry, které vyplňovaly dotazník, jsou z chirurgického, interního, dětského a SVLS (společné vyšetřovací a léčebné složky) oddělení.

Základní informace o respondentech

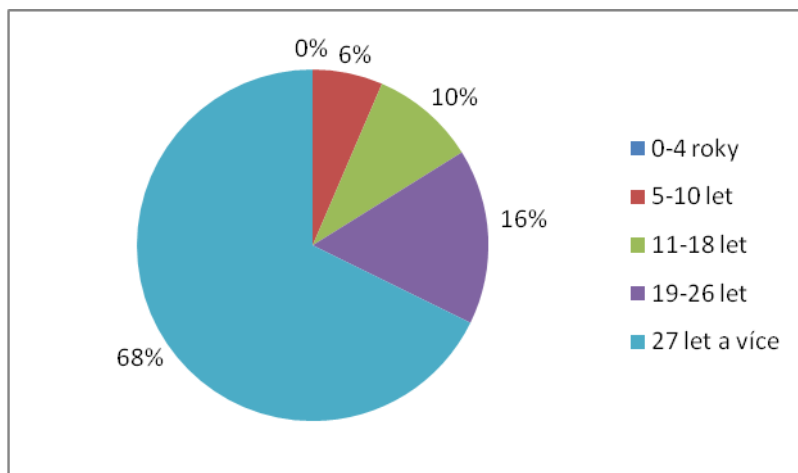


Graf 1 Věkové kategorie vrchních sester

Zdroj: *Vlastní práce*

³ Pouze u srovnání odhadů se skutečným stráveným časem jsou zpracovány data od 26 vrchních sester, které odevzdaly dotazník a zároveň i vlastní autosnímek.

Na následujícím grafu číslo 1 je patrné, že ve Fakultní nemocnici Ostrava pracuje 48 % (15 vrchních sester) ve věku 46 – 55. Kategorie 56 let a více je tvořena 26 % (8 vrchních sester), 19 % (6 vrchních sester) tvoří kategorii ve věku 36 – 45 a zbylých 6 % (pouhé 2 vrchní sestry) tvoří kategorii 26 – 35 let.⁴ Jedna vrchní sestra na tuto otázku neodpověděla.

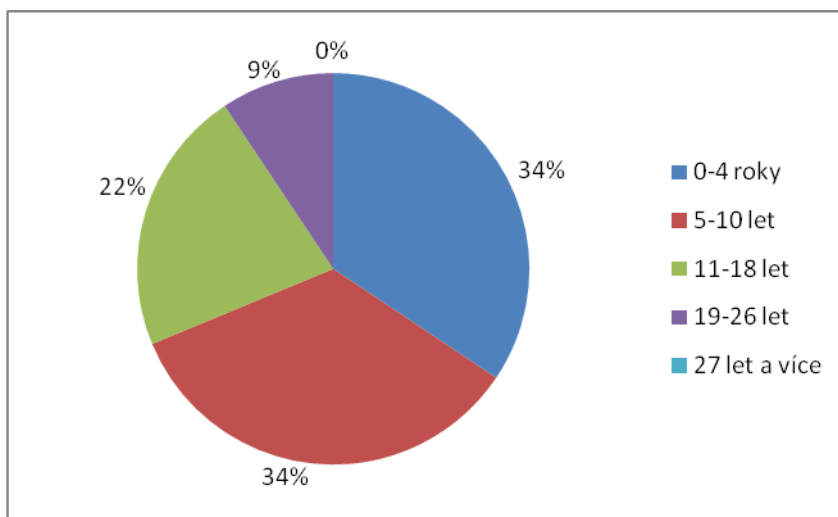


Graf 2 Celková doba praxe vrchní sestry na pozici všeobecné zdravotní sestry

Zdroj: Vlastní práce

Tento graf nám znázorňuje celkovou dobu praxe vrchních sester na pozici všeobecné zdravotní sestry. Jako všeobecná zdravotní sestra pracuje již 27 let a více 68 % (21 vrchních sester), 16 % (5 vrchních sester) pracuje na této pozici 19 -26 let. 10 % (3 vrchní sestry) pracují jako všeobecná zdravotní sestra 11 – 18 let a 6 % (tedy další 2) jsou na této pozici 5 – 10 let. Ani jedna vrchní sestra není na pozici méně než 5 let. Jedna vrchní sestra (V 16) na tuto otázku neodpověděla.

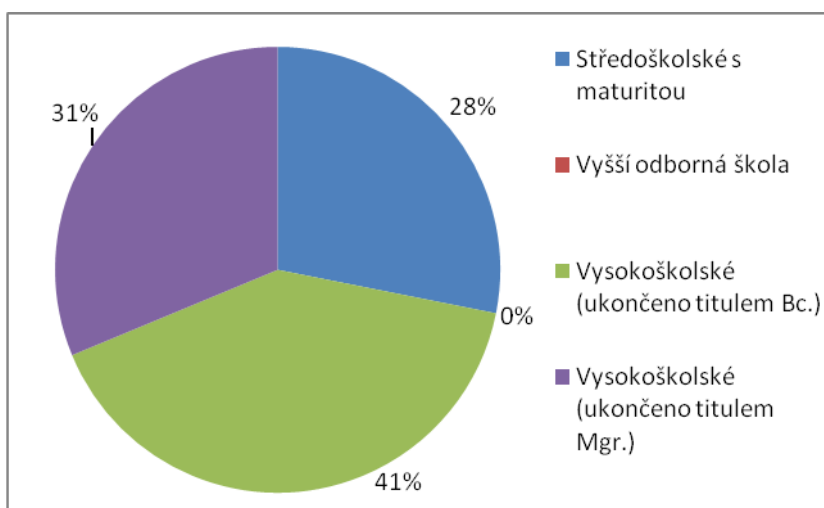
⁴ Je možné, že některé vrchní sestry dotazník nevyplnily nebo se dotazníkového šetření nezúčastnily např. z důvodů nemoci nebo čerpání dovolené.



Graf 3 Doba strávených let na pozici vrchní sestra

Zdroj: Vlastní práce

Z grafu vyplývá, že na pozici vrchní sestry pracuje celkem 9 % (3 vrchní sestry) 19 – 26 let a 22 % (7 vrchních) 11 – 18 let. Shodně jsou na tom kategorie 5 – 10 let a 0 – 4 roky, kde hodnoty dosahují 34 % (tedy 11 vrchních z celkového počtu). 27 let a více nestrávila doposud žádná vrchní sestra. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti.



Graf 4 Struktura dosaženého vzdělání respondentů

Zdroj: Vlastní práce

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání u vrchních sester převládá vysokoškolské vzdělání (ukončené titulem Bc.), což tvoří 41 %. Dále je nejvíce zastoupeno vysokoškolské vzdělání (ukončené titulem Mgr.) a to u 31 % respondentů. Nelze však opomenout také vysoké procento u skupiny se středoškolským vzděláním (28 %). Tento stav lze hodnotit

z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání jako neuspokojivý, kdy u řídicích funkcí staničních a vrchní sester by měly v budoucnu pracovat pouze vysokoškolsky vzdělané osoby, na což již upozorňoval Kotrba (2010e).

Tab. 2: Představuje práce v současné nemocnici vaše první pracovní místo?

	Odpovědi vrchních sester	
	Absolutní vyjádření	Relativní vyjádření (%)
Ano	18	56,25
Ne	14	43,75
Celkem	32	100,00

Zdroj: Vlastní práce

Z tabulky číslo 2 je zřetelné, že pro necelých 57 % (18 vrchních sester) práce v současné nemocnici (Fakultní nemocnice Ostrava) představuje první pracovní místo, na které nastoupili po ukončení svého vzdělání. Naopak pro necelých 44 % (14 vrchních z celku) není toto pracovní místo první zkušeností.

Pracovní činnosti respondentů (odhady)

Tab. 3: Časový odhad pracovních činností⁵

Pracovní činnosti	Skutečnost stráveného času za každou činnost (v průměru na 1 sestru) ⁶	Dotazníkový odhad každé činnosti (v průměru na 1 sestru)	Odchylka %
Kontrola ekonomická, odborná, administrativy, personálu	38,99	47,14	20,92%
Kontrola vlastních pracovních úkolů (PC, diář)	22,71	25,71	13,25%
Vizita (malá, velká)	33,04	39,05	18,20%
Administrativa veškerá (ekonomická, odborná, personální)	55,28	50,48	-8,69%
Porada	42,96	32,86	-23,51%
Objednávání jakéhokoliv materiálu ⁷	20,46	0,00	-
Telefonické pracovní hovory, korespondence	37,10	44,76	20,64%
Organizace personální, chodu kliniky	37,10	50,48	36,04%
Komunikace s firmami, dealery, dodavateli, příbuznými pacientů	15,06	22,86	51,78%
Plánování ekonomické, personální	16,79	24,29	44,68%
Personální činnosti	26,72	22,38	-16,25%
Řešení interpersonálních konfliktů (na pracovišti, s pacienty)	8,02	19,52	143,56%
Vlastní vzdělávání, studium, absolvování seminářů a kurzů	22,42	19,52	-12,92%
Zaškolení nových zaměstnanců (přidělení školitele, hodnocení)	8,91	13,81	55,01%
Odborná ošetrovatelská činnost na oddělení	33,73	32,86	-2,59%
Odborné konzultace, jednání, konzultace s lékaři, personálem	23,35	23,81	1,95%
Přednášení, výuka, státnice, maturitní komise	7,68	13,33	73,64%
Pomocné práce, neodborná ošetrovatelská činnost ⁸	1,43	0,00	-
Nezbytný ztrátový čas (oběd, přestávky, WC, apod.)	33,95	30,95	-8,83%
Ostatní ztrátový čas (kafe, soukromé telefony) ⁹	4,92	0,00	-
Další neuvedené činnosti ¹⁰	22,45	12,38	-44,86%
Práce přesčas ¹¹	13,81	0,00	-

Zdroj: Vlastní práce

⁵ V tabulce jsou uvedeny data pouze od 26 vrchních sester, protože pouze těchto 26 vrchních sester odevzdalo jak dotazník, tak i vlastní autosnímek.

⁶ Hodnoty získané z vlastní autosnímků pracovního dne

⁷ Objednávání materiálu nebylo v odhadech zařazeno

⁸ Pomocné práce a neodborná ošet. činnost nebyla v odhadech zařazena

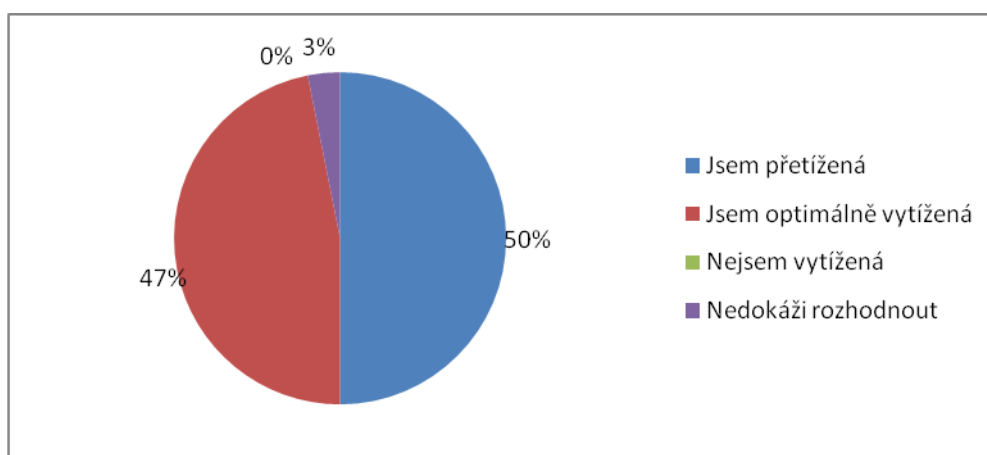
⁹ Nezbytný ztrátový čas nebyl opět zařazen do odhadů

¹⁰ Neuvedené činnosti zahrnují činnosti, které nebyly v autosnímku uvedeny, tvoří je neodborná ošetrovatelská činnost a činnost pomocná.

¹¹ Práce přesčas nebyla v odhadech také uvedena

Tabulka číslo 3 znázorňuje skutečnost stráveného času u každé činnosti (v průměru na 1 vrchní sestru) v minutách. Dále zahrnuje dotazníkový odhad a výslednou odchylku každé činnosti (v %), dochází tedy k porovnání dotazníků se skutečným stráveným časem u každé pracovní činnosti. Skutečnost stráveného času byla získána pomocí autosnímků, které jsou vyhodnoceny v další kapitole. Poté se tato skutečnost použila ke srovnání s odhady, aby mohla být zjištěna odchylka odhadů vzhledem ke skutečnosti.

Odchylka udává, které pracovní činnosti vrchní sestry podcenily a které naopak nadhodnotily. Nejlépe odhadnutý čas byl zaznamenán u odborných konzultací, jednání a konzultací s lékaři, kdy byla zjištěna téměř 2 % kladná odchylka. U odborné ošetrovatelské činnosti na oddělení sestry mírně podcenily tuto pracovní činnost a odchylka je záporná pouze necelé 3 %. Naopak největší odchylka, a to kladná což znamená, že vrchní sestry nadhodnotily danou pracovní činnost (řešení interpersonálních konfliktů), byla zjištěna ve výši 143,56 %.



Graf 5 Vytížení vrchních sester Fakultní nemocnice Ostrava z hlediska administrativních činností

Zdroj: Vlastní práce

Polovina (50 %) odpovídajících vrchních sester se domnívá, že z hlediska administrativních činností jsou přetíženy. Dalších (47 %) vrchních sester si myslí, že jsou vytíženy optimálně, tedy nejsou přetíženy administrativní činností. A pouze vrchní sestra V 3 nedokáže rozhodnout jakým způsobem je vytížena, jak můžeme vidět v grafu číslo 5.

Tab. 4: Pracovní činnosti, kterým by se vrchní sestry chtěly věnovat

Pracovní činnosti	Administrativním činnostem		Odborným ošetrovatelským činnostem		Manažerským a personálním činnostem		Neodborným ošetrovatelským činnostem	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Absolutní četnost	9	23	25	7	28	4	0	32
Relativní četnost	28%	72%	78%	22%	88%	13%	0%	100%
Celkem	32		32		32		32	

Zdroj: Vlastní práce

Na tuto otázku odpověděly všechny dotazované vrchní sestry. Nejméně oblíbenou pracovní činností je jednoznačně v této nemocnici neodborná ošetrovatelská činnost 0 % a poté hned následuje administrativní činnost, které se však chce věnovat alespoň 28 % (9 vrchních sester ze všech). Vrchní sestry se v budoucnu chtějí nejvíce věnovat personálním a manažerským činnostem 88 % (tedy 28 ze všech dotazovaných), věnovat se jim nechce jen 13 % (4 dotazované). Další činnost, které se sestry v budoucnu chtějí věnovat, je činnost odborně ošetrovatelská, které se chce věnovat 78 % (25 vrchních sester) a jen 22 % (7 z celku) má opačný názor.

Tab. 5: Možnosti delegování pracovních činností

Velká část mých pracovních úkolů:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě lze delegovat	0	0
Spíše lze delegovat	0	0
Spíše nelze delegovat	29	91%
Určitě nelze delegovat	3	9%
Nevím, nedokáži rozhodnout	0	0
Celkem	32	100%

Zdroj: Vlastní práce

Další otázka byla směřována do oblasti delegování. Vrchním sestram byla položena otázka, zda si myslí, že své pracovní úkoly mohou delegovat (pověřit vykonáváním jinou osobu) či nikoliv. Z tabulky je jednoznačně patrné, že 91 % (29 vrchních sester) si myslí,

že své pracovní úkoly spíše nelze delegovat. A dále 9 % (3 vrchní sestry) se domnívá, že úkoly určitě nelze delegovat. Ani jedna sestra neodpověděla, že její úkoly lze delegovat. Tento důsledek může být zapříčiněn nespolupracujícím kolektivem v nemocnici nebo také tím, že si sestry raději své úkoly plní samy a nemají dostatečnou důvěru ve své podřízené. Vrchní sestra (V 24) uvedla v dotazníku další možný důvod a tím je, že své podřízené nemůže delegovat, protože i oni jsou plně pracovní vytížení.

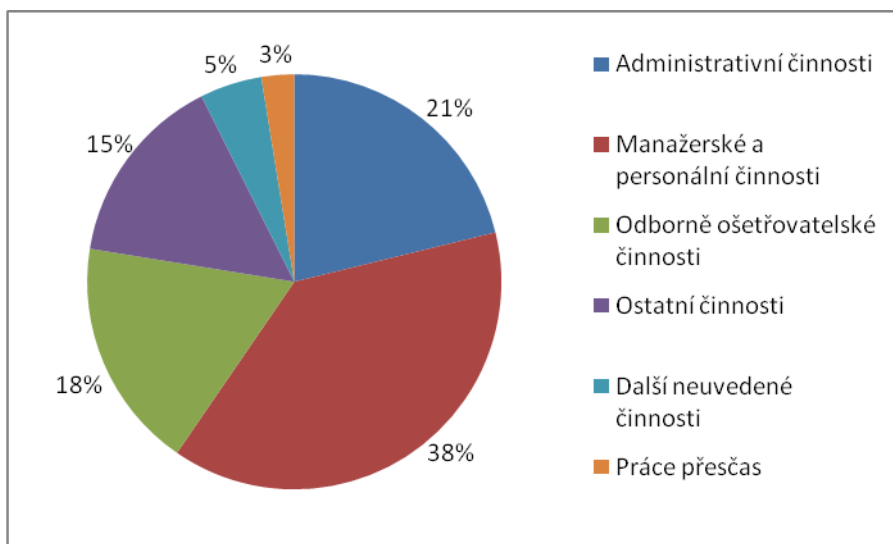
Na tuto otázku navazovala otázka následující, která se také týkala delegování. Vrchní sestry byly dotazovány, jak ve své práci využívají delegování. Naprostá většina tedy 30 vrchních sester z celku odpovědělo, že delegování ve své práci využívá občas. Vrchní sestry (V 16 a V 23) odpověděly, že delegování využívají často.

Z dotazníků bylo dále zjištěno, že každá vrchní sestra se alespoň jednou doposud setkala s kurzem zaměřeným na management. Nejdříve však tomu bylo, až při studiu na vysoké škole, kde kladně odpovědělo 18 vrchních sester. Zbylé vrchní sestry se s kurzem zaměřeným na management setkaly až pomocí jednotlivých vzdělávacích kurzů. Tato zjištěná skutečnost bude dále rozebrána v kapitole návrh řešení současného stavu.

4. 2. 2 Vyhodnocení výsledků autosnímků

Pro vyhodnocení výsledků autosnímků bylo použito 29 vrchních sester, které odevzdaly správně vyplněné autosnímky. Celkem však odevzdalo 31 vrchních sester autosnímky, ale pouze 29, jich bylo vyplněno správně a byly zahrnuty do zpracování. Autosnímkování probíhalo vždy u každé vrchní sestry 10 dní, pouze u 3 vrchních sester tomu bylo jinak. Tyto sestry nevyplnily autosnímky za 10 dní, ale jen za menší počet dní (V 3 – 7 dní, V 7 – 6 dní, V 26 – 9 dní).¹² Jako důvod nevyplnění všech 10 dnů tyto vrchní sestry uvedly, že čerpaly řádnou dovolenou. Vrchní sestry jsou dle metodiky označovány V 1 až V 29.

¹² U tabulky je vždy na tuto skutečnost upozorněno.



Graf 6 Struktura pracovních činností vrchních sester Fakultní nemocnice Ostrava

Zdroj: *Vlastní práce*

Každý autosnímek obsahoval 21 konkrétních pracovních činností a ty byly následně rozděleny do 4 kategorií, které můžeme vidět v následujícím grafu číslo 6. Tento graf také znázorňuje kromě 4 základních kategorií i další 2 kategorie (další neuvedené činnosti a práce přesčas) kvůli nezanedbatelnému podílu. Z grafu je patrné, že největší podíl u vrchních sester má jednoznačně (38 %) manažerská a personální činnost. Poté následuje činnost administrativní (21 %) a odborně ošetrovatelská, která je zastoupena 18 %.

Pro upřesnění je uveden také podíl jednotlivých pracovních činností v minutách na den. Z toho vyplývá, že vrchní sestry se průměrně 202,43 minut svého pracovního času věnují manažerským a personálním činnostem. Významnou část jim také zabírají administrativní činnosti a to průměrně 111,52 minut. Třetí podstatnou částí jejich pracovních činností jsou činnosti odborně ošetrovatelské, které tvoří 94,84 minut. U vrchních sester je podstatná i poslední hlavní kategorie, která tvoří 79,46 minut. Další neuvedené činnosti vrchní sestry vykonávají v průměru 25,44 minut a práci přesčas 13,44 minut.

Kategorie administrativních činností zahrnuje veškerou administrativu, telefonické pracovní hovory, objednávání jakéhokoliv materiálu. Manažerské a personální činnosti zahrnují kontrolu ekonomickou, odbornou, vizitu, porady, organizaci personální, plánování ekonomické, personální činnost, řešení interpersonálních konfliktů. Do odborně ošetrovatelských činností patří zaškolení nových zaměstnanců, vlastní vzdělávání, studium, odborná ošetrovatelská činnost, odborné konzultace, jednání a přednášení, výuka, státnice. Poslední kategorie je pojmenována jako ostatní činnosti a zahrnuje kontrolu vlastních

pracovních úkolů, komunikaci s firmami, dodavateli, nezbytný ztrátový čas, pomocné práce a ostatní ztrátový čas.

Tab. 6 Souhrnné výsledky autosnímků vrchních sester

Vrchní sestra	Počet podřízených	Počet let jako všeobecná zdravotní sestra	Počet let na pozici vrchní sestra	Administrativní činnosti	Manažerské a personální činnosti	Odborně ošetrovatelské činnosti	Ostatní činnosti	Celkem
V 1	16	9	1	129	153	123	82,5	487,50
V 2	63	28	3	105,5	270	61	92,5	529,00
V 3 ¹³	25	16	1	105	145	185	55,7	490,71
V 4	123	29	2	93	348	0	76,5	517,50
V 5	16	34	13	136	222	113	77	548,00
V 6	81	17	7	129	217	66	86	498,00
V 7 ¹⁴	20	25	6	130	182,5	127,5	45,8	485,83
V 8	59	26	1	91	203	78,5	65	437,50
V 9	24	27	10	99	192	72	58,5	421,50
V 10	95	43	15	99	228	67,5	115,5	510,00
V 11	92	35	15	106,5	229	66,5	95,5	497,50
V 12	94	42	19	129	240	54	87	510,00
V 13	40	35	14	90	165	150	105	510,00
V 14	56	30	19	105	228	85,5	79,5	498,00
V 15	21	29	15	80	173,4	174,5	87,5	515,40
V 16 ¹⁵	86	-	7	237,5	126	68,5	63,7	495,70
V 17	35	36	7	139	278	44	103	564,00
V 18	9	38	2	84	90	240	48	462,00
V 19	111	16	2	90	221,5	127,5	71,5	510,50
V 20	87	37	5	104,5	241	78	77	500,50
V 21	17	10	4	144	174,5	28	85,5	432,00
V 22	24	28	8	122,5	165,5	122	73	483,00
V 23	135	26	10	65	311,5	50	76,5	503,00
V 24	33	33	4	121	159,5	61	86	427,50
V 25	56	32	2	91	210	80	61	442,00
V 26 ¹⁶	12	35	21	112,8	82,2	227,8	70,6	493,33

Zdroj: Vlastní práce

V tabulce číslo 6 lze vidět počet podřízených u každé vrchní sestry, dále počet let na pozici všeobecná zdravotní sestra (praxe) a počet let na pozici vrchní sestry. Tato data jsou čerpána z dotazníkového šetření. Počet podřízených je velmi rozdílný a pohybuje se od počtu 9 až po 135 zaměstnanců, kdy tohoto počtu dosahuje vrchní sestra V 23. Počet podřízených u vrchních sester tvoří pozice staničních sester, všeobecných sester, zdravotních asistentů a pomocného personálu. Průměrný počet podřízených na jednu vrchní sestru je 55 zaměstnanců. Průměrný počet let jako všeobecná zdravotní sestra (let

¹³ Vrchní sestra V 3 odevzdala vlastní autosnímky pouze za 7 dní

¹⁴ Vrchní sestra V 7 odevzdala vlastní autosnímky pouze za 6 dní

¹⁵ Vrchní sestra V 16 neuvedla do dotazníku počet let jako všeobecná zdravotní sestra

¹⁶ Vrchní sestra V 23 odevzdala vlastní autosnímky pouze za 9 dní

praxe) je více než 29 let. Na nynější pozici vrchní sestry se počet podstatně opět liší, podobně jako počet podřízených. Průměrný počet je 8 let na pozici vrchní sestry, kdy hodnoty se pohybují od 1 roku až po 21 let, konkrétně u vrchní sestry V 26.

Při porovnání časových hodnot jednotlivých pracovních činností je patrné, že se tyto údaje velmi liší a u každé vrchní sestry nabývají různých hodnot. Lze tvrdit, že každá vrchní sestra využívá své časové možnosti během pracovní doby jiným způsobem, což do jisté míry možná ovlivňuje její odbornost a specializace.

Zajímavé je sledovat například vrchní sestru V 4, která má na starost 123 podřízených a zabývá se administrativní činností průměrně 93 minut za den. Vrchní sestra V 21 má pouze 17 podřízených zaměstnanců, ale administrativní činnosti věnuje průměrně 144 minut denně. Dále je také velmi zajímavé, že vrchní sestra V 23 se přibližuje průměrným hodnotám pouze u kategorie ostatní činnosti. V ostatních případech dosahuje velmi rozdílných hodnot. U administrativních činností se od průměru všech sester liší o 48 minut a u manažerských a personálních činností je to dokonce o 109,4 minut za den. Průměry jednotlivých pracovních činností jsou uvedeny ve shrnutí výsledků v příloze č. 3.

4. 2. 3 Statistická analýza závislostí

Tato část práce se zabývá zjišťováním jednotlivých závislostí, které mohou existovat mezi identifikačními údaji a tím, jak vrchní sestry tráví čas u jednotlivých pracovních činností. Zahrnuty jsou také i jednotlivé pracovní činnosti mezi sebou.

Pomocí Pearsonova koeficientu korelace, který vyjadřuje lineární vztah mezi dvěma množinami dat, byly vypočteny vybrané nezávislé hodnoty vzhledem k závislým hodnotám. Výsledkem bylo zjištění, zda existuje závislost u následujících proměnných. V tabulce číslo 8 jsou vypočteny všechny zvolené závislosti, mezi kterými by mohla nastat možná závislost. Pod tabulkou jsou nejvýznamnější hodnoty hodnoceny slovně.

Tab. 7 Vypočtené hodnoty Pearsonova koeficientu korelace

Činnosti	Administra- tivní činnosti	Manažerské a personální činnosti	Odborně ošetřova- telské činnosti	Ostatní činnosti
Proměnná				
Počet podřízených	-0,012	0,704	-0,532	0,295
Počet let celkové praxe	-0,063	0,153	0,092	0,278
Administrativní činnosti	X	-0,098	-0,259	0,186
Manažerské a personální činnosti	-0,098	X	-0,685	0,517
Odborně ošetřovatelské činnosti	-0,259	-0,685	X	-0,282

Zdroj: Vlastní práce

V tabulce číslo 7 byla mezi proměnnými manažerské činnosti a počet podřízených zjištěna silná kladná korelace (0,704). Z této hodnoty Pearsonova koeficientu korelace vyplývá, že s rostoucím počtem podřízených pracovníků roste i množství manažerských činností, které musí vrchní sestry vykonávat. Další významnou zjištěnou hodnotou byla závislost mezi proměnnými odborně ošetřovatelské činnosti a počet podřízených, kde byla zjištěna střední záporná korelace (-0,532). Znamená to tedy, že s rostoucím počtem podřízených pracovníků vrchní sestry vykonávají zpravidla méně odborné ošetřovatelské činnosti. To lze vysvětlit například využíváním delegování. U proměnných ostatní činnosti a manažerské činnosti dosáhl Pearsonův koeficient korelace hodnoty (0,517), což je střední kladná korelace. Tato hodnota tedy poukazuje na to, že čím více vrchní sestry vykonávají manažerských činností, tím vykonávají také více ostatních činností. Poslední vybraná závislost mezi proměnnými odborně ošetřovatelské činnosti a manažerské činnosti dosáhla hodnoty (-0,685), což je střední záporná korelace. Tato závislost tedy značí, že čím více vrchní sestry vykonávají manažerské činnosti, tím méně vykonávají odborně ošetřovatelské činnosti. Ostatní zjištěné korelace v tabulce jsou velmi slabé nebo nekorelující, proto nebyly slovně nijak okomentovány.

4.3 Návrh řešení současného stavu

Vrchní sestry zastupují v nemocnici spíše funkci manažera než odborné zdravotní sestry. To lze jednoznačně vyčíst z vyhodnocení autosnímku pracovních činností u každé sestry. Nejvíce se vrchní sestry věnují manažerským a personálním činnostem, v průměru je to 202 minut za den, dále následují administrativní činnosti 112 minut za den. Hodnota administrativních činností je vysoká, proto by měly vrchní sestry tyto činnosti omezit a delegovat je na své podřízené. Pozitivní je, že z 32 vrchních sester se jich 28 chce dále věnovat manažerským a personálním činnostem a také 25 se jich chce věnovat odborně ošetrovatelským činnostem. Aby tyto činnosti vrchní sestry mohly vykonávat, musí se naučit, přenést méně důležité pracovní úkony na své podřízené.

Z dotazníků také vyplývá, že každá vrchní sestra se alespoň jednou doposud setkala s kurzem zaměřeným na management. Nejdříve však tomu bylo, až při studiu na vysoké škole. Ostatní vrchní sestry se s kurzem setkaly pomocí jednotlivých vzdělávacích kurzů. Nejdůležitější však je otázka, jaké kvality absolvované manažerské kurzy dosahovaly. Zda jim tyto kurzy postačí k osvojení všech manažerských dovedností, které by měl plnit manažer na střední úrovni řízení, kde se právě vrchní sestry ve Fakultní nemocnici nacházejí.

Velkým problémem je pro vrchní sestry především delegování. 29 vrchních sester u otázky, která se týkala, právě delegování uvedlo, že jejich činnosti spíše nelze delegovat a 3 vrchní sestry uvedly, že určitě tyto činnosti nelze delegovat. Sestry ho téměř nevyužívají. Nedovedou také dobře rozlišovat mezi jednotlivými činnostmi a pokusit se je uspořádat od těch nejdůležitějších po ty méně významné a ty se snažit delegovat. Může to být také zapříčiněno, nespolupracujícím kolektivem v nemocnici, ale spíše je to způsobeno tím, že si sestry raději své úkoly plní samy a nemají dostatečnou důvěru ve své podřízené. Delegování je opravdu velmi významnou manažerskou činností, která může být velmi přínosná, jak pro vrchní sestry, tak také může pro podřízené, protože jim může pomoci čerpat nové zkušenosti a dále se rozvíjet a postupně se seznamovat s prací svých nadřízených.

Proto bych doporučil, aby vrchní sestry v nejbližší době absolvovaly některé manažerské kurzy, které by měly být zaměřeny především do oblasti delegování, komunikace, zvládání stresových situací a také vedení lidí. Pomocí těchto kurzů si sestry osvojí manažerské činnosti a získají více zkušeností. Dovedou lépe vést podřízené zaměstnance a zefektivní celý chod jednotlivých oddělení, ale také celé nemocnice.

Vhodné by byly kurzy zaměřené konkrétně na efektivní delegování, efektivní komunikaci, asertivitu, zvládání konfliktních situací a také konfliktní komunikace. Tyto kurzy nabízí například Akreditovaná vzdělávací instituce Konfucius, s. r. o., a také společnost AG Synerko, s. r. o. Obě tyto společnosti mají sídlo v Ostravě. Společnost AG Synerko, již v minulosti spolupracovala a vedla několik kurzů pro Fakultní nemocnici Ostrava-Poruba, konkrétně pro Dětskou kliniku.

Z nabízených manažerských kurzů, bych konkrétně doporučil kurzy, které nabízí instituce Konfucius, těmi jsou:

- efektivní delegování,
- efektivní komunikace v prostředí firmy,
- asertivita, sebemotivace a zvládání konfliktních situací.

Vhodné by bylo vrchní sestry o těchto kurzech informovat, ale přeci jen vhodnější by bylo zvolit variantu. Kdy sama Fakultní nemocnice Ostrava by iniciovala formu firemního tréninku u této instituce.

V tomto případě by byly vrchní sestry rozděleny do 2 skupin (pro 29 analyzovaných vrchních sester). První skupina např. 14 lidí a druhá 15. Manažerský kurz trvá vždy minimálně 1 den. Pokud by si sestry měly tyto kurzy hradit samy ze svých finančních prostředků, pohybuje se cena kurzů od 4.188 Kč po 8.400 Kč vč. DPH. Při využití právě formy firemního tréninku, pokud by se rozhodla sama nemocnice, by náklady na manažerský kurz Efektivní delegování (8.400 Kč/na osobu) činily 40.000 Kč vč. DPH za obě dvě skupiny vrchních sester. Pokud by vrchní sestry dostaly jako doporučení od svého zaměstnavatele absolvovat tento kurz a každá by této možností využila a sama si kurz uhradila, celkové náklady 29 vrchních sester by činily 243.600 Kč vč. DPH. Jednoznačně je vhodnějším řešením, kdyby se rozhodla sama nemocnice a dokázala na tento manažerský kurz uvolnit výše uvedené finanční prostředky. Ušetření finančních prostředků je vysoké a právě tento manažerský kurz je velmi vhodný pro vrchní sestry z Fakultní nemocnice Ostrava.

Cílem tohoto manažerského kurzu pro efektivní delegování je seznámit absolventy se samotným principem delegování, naučit je správně delegovat, nastínit výhody delegování pro jejich osobu, ale také pro celou organizaci a odstranit právě již zmiňované zábrany, kvůli kterým se vrchní sestry delegování obávají a nevyužívají jej. Financování kurzu může nemocnice pokrýt například finančními prostředky z roku 2009, kdy dosáhla zisku po zdanění 57.249 Kč.

Další možnou alternativou je, že by Fakultní nemocnice Ostrava vypsal výběrové řízení na dodavatele manažerského kurzu pro vrchní sestry. Díky tomu by určité náklady, které by nemocnice musela za tento kurz hradit, ještě klesly.

5 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo na základě statického zpracování a vyhodnocení autosnímkování pracovních činností zhodnotit současný stav struktury vykonávaných pracovních a manažerských činností vrchních sester ve Fakultní nemocnici Ostrava a navrhnout možná doporučení ke změně struktury pracovních činností. Celkem bylo získáno a analyzováno 282 autosnímků pracovního dne. Dále také bylo provedeno vyhodnocení závislostí mezi identifikačními údaji a jednotlivými pracovními činnostmi vrchních sester. Byl vyhodnocen dotazníkový výzkum v podobě dotazníkového šetření, popsány a analyzovány jednotlivé pracovní činnosti pomocí autosnímků vlastního pracovního dne.

Bylo potvrzeno, že vrchní sestry se nejvíce zabývají manažerskými a personálními činnostmi to v průměru 202 minut za den. Což jednoznačně potvrzuje, že vrchní sestry v nemocnici zastupují spíše funkci manažera než odborné zdravotní sestry. Pozitivně lze však hodnotit, že vrchní sestry si tuto skutečnost uvědomují a chtějí se dále manažerským a personálním činnostem věnovat. Nejdůležitějším úkolem pro vrchní sestry bude se naučit, seřadit své pracovní činnosti podle důležitosti a ty méně důležité umět přenést na své podřízené. Administrativní činnosti zabírají u vrchních sester v průměru 112 minut za den, což je opravdu mnoho, protože tyto činnosti lze delegovat.

Bylo potvrzeno, jak již uvádí Kotrba (2010e), že vrchní sestry si neuvědomují, kolik času věnují administrativně, neboť v časových odhadech tuto činnost podcenily. Naopak však vrchní sestry nadhodnotily výkon manažerských činností. Z hlediska struktury manažerských činností má největší podíl u vrchních sester účast na poradách a poté následuje kontrolní činnost.

Z práce dále vyplývá, že vrchní sestry mají problém s využíváním delegování. I když se administrativním činnostem nechce věnovat celých 72 %, delegování využívají pouze 2 vrchní sestry z 32 dotazovaných. Navíc vrchní sestry jsou toho názoru, že jejich činnost ani delegovat nelze.

Dále byly zjištěny mezi některými proměnnými lineární závislosti. Silná kladná korelace (0,704) byla zjištěna mezi proměnnými manažerské činnosti a počet podřízených. Kdy z této závislosti, vyplývá, že s rostoucím počtem podřízených pracovníků roste i množství manažerských činností. Střední záporná korelace (-0,532), byla zjištěna mezi odborně ošetrovatelskými činnostmi a počtem podřízených. Z této hodnoty tedy vyplývá,

že čím více mají vrchní sestry podřízených, tím méně věnují odborně ošetrovatelským činnostem. To stejné platí, pokud vykonávají manažerské a personální činnosti, opět klesá objem vykonávaných odborně ošetrovatelských činností.

Fakultní nemocnici Ostrava je doporučeno, aby navázala spolupráci s některou vzdělávací institucí. Vrchní sestry by u této instituce absolvovaly vybrané manažerské kurzy. Jednoznačně bych doporučil absolvovat manažerský kurz, který se zaměřuje na delegování. Delegování je opravdu velmi významnou manažerskou činností a dokáže velmi zefektivnit chod jednotlivých oddělení, ale i celé nemocnice. Sestry se však musí naučit, přenést jednotlivé pracovní úkoly na své podřízené a delegování správně využívat.

6 Seznam použité literatury

6. 1. 1 Literatura

- DRBAL, C. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. 1.vyd. Praha : Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008. 65 s. ISBN 80-86729-39-7.
- DUBEK, R. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha : VŠE, Jindřichův Hradec, 2000. 325 s. ISBN 80-245-0049-3.
- DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- FILIPCOVÁ, B. *Výzkum volného času 2 : Časový snímek a modely dnů*. Praha : Sociologický ústav ČSAV, 1970. 175 s. ISBN není.
- GINSBURG, V. *Snímek pracovního času v rudném průmyslu : Příručka pro časoměřiče a normovače*. Praha : Matice hornicko-hutnická, 1957. 182 s. ISBN není.
- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : Vydavatelství a nakladatelství Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- GLADKIJ, I.; STRNAD, L. *Zdravotní politika zdraví zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-224-0500-8.
- GLADKIJ, I.; HEGER, L.; STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
- HNILIČKOVÁ, B. *Struktura pracovních činností vrchních a staničních sester Vojenské nemocnice Brno*. Brno, 2010. 67 s. Bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně.
- HOLČÍK, J.; KAŇOVÁ, P.; PRUDIL, I. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví : Východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno : Národní ústav odborného vzdělávání, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- HROBOŇ, P.; MACHÁČEK, T.; JULÍNEK, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. 1. vyd. Praha : Občanské sdružení Reforma zdravotnictví, 2005. 91 s. ISBN není.
- JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- KOTRBA, T., 2009a: *Časové studie práce vrchních a staničních sester*. In *MendelNET PEF* 1. vyd. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2009, s. 72-81. ISBN 978-80-7375-351-1.

- KOTRBA, T., 2010a: *Struktura pracovních činností zdravotních sester v manažerských funkcích. Acta Universitatis agriculturae et silviculturae Mendeliana Brunensis : Acta of Mendel University of agriculture and forestry Brno = Acta Mendelovy zemědělské a lesnické univerzity v Brně*. 2010, roč. LVIII, č. 3, s. 91-98. ISSN 1211-8516.
- KOTRBA, T., 2010b: Metodické a praktické aspekty snímkování. In PIROŽEK, P. *Ekonomika a management organizací - výzkum, výuka a praxe*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 201--208. ISBN 978-80-210-5273-4.
- KOTRBA, T., 2010c: *Výzkum odhadů struktury pracovních činností v českých fakultních nemocnicích*. In *Business Culture of Enterprises within European Communication Space*. 1. vyd. Bratislava: Vydavatelství EKONÓM, 2010, s. 66-74. ISBN 978-80-225-3134-4.
- KOTRBA, T. 8211; DUDA, J., 2010d: *Odhad využití pracovního času staničních a vrchních sester*. In ŽUFAN, P. *Firma a konkurenční prostředí 2010*. Brno: Provozně ekonomická fakulta, Mendelova univerzita v Brně, 2010, s. 210-217. ISBN 978-80-7375-385-6.
- KOTRBA, T., 2010e: *Struktura pracovních a manažerských činností zdravotních sester v řídicích funkcích*. Brno, 2010. 178 s. Disertační práce. Mendelova univerzita v Brně.
- KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů*. 4. vyd. Praha : Management Press, s. r. o., 2007. 399 s. ISBN 978-80-7261-168-3.
- KRONTORÁD, F.; TRČKA, M. *Manažerské standardy ve veřejné správě*. 1. vyd. Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2005. 89 s. ISBN 80-02-01769-2.
- MINAŘÍK, B. *Statistika I. : Popisná statistika (druhá část)*. 2. vyd. Brno : Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2006. 107 s. ISBN 80-7157-929-7.
- NAVRÁTIL, M., et al. *Organizace pracovních procesů v zemědělství*. 1. vyd. Brno : Vysoká škola zemědělská v Brně, 1981. 320 s. ISBN není.
- OCHRANA, F., et al. *Veřejný sektor a veřejné finance : Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2010. 259 s. ISBN 978-80-247-3228-2.
- PAPEŠ, Z.; ULRICH, M. *Zdravotnická ekonomika (Úvod)*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. 85 s. ISBN 80-244-0567-9.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- POŠVAŘ, Z. *Organizace pracovních procesů*. 1. vyd. Brno : Vysoká škola zemědělská v Brně, 1986. 203 s. ISBN není.

- PRYMULA, R., BERAN, J., ŠPLIŇO, M., ANTOŠ, K. *Základy managementu ve zdravotnictví II. : Zdravotnické systémy*. 1. vyd. Hradec Králové : Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně, 1995. 131 s. ISBN 80-85109-99-9.
- PRYMULA, R.; ANTOŠ, K.; BERAN, J. *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 1999. 158 s. ISBN 80-7041-243-7.
- SEIFERT, B.; BENEŠ, V. *Všeobecné praktické lékařství*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Galén, 2005. 292 s. ISBN 80-7262-369-9.
- SWANBURG, C., R., *Management and Leadership for Nurse Managers*. 2. vyd. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 1996. 680 s. ISBN 0-86720-734-5.
- ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 353 s. ISBN 80-7172-841-1.
- VANĚČEK, D.; BENÁČOVÁ, D.; ŠTÍPEK, V. *Organizace výroby a práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2001. 145 s. ISBN 80-7040-480-9.
- VEBER, J., et al. *Management : Základy - prosperita - globalizace*. Praha. Praha : Management Press, s. r. o., 2005. 700 s. ISBN 80-7261-029-5.
- VODÁČEK, L.; VODÁČKOVÁ, O. *Moderní management v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha : Management Press, s. r. o., 2006. 295 s. ISBN 80-7261-143-7.
- VRBA, L. *Organizace pracovních procesů*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 180 s. ISBN není.
- ZLÁMAL, J. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

6. 1. 2 Internetové zdroje

- Svaz zdravotních pojišťoven ČR* [online]. 2011 [cit. 2011-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny>>.
- Fakultní nemocnice Ostrava* [online]. 2011 [cit. 2011-02-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.fno.cz/>>.

7 Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Vývoj vybraných ukazatelů FN Ostrava v letech 2005-2009	31
Tab. 2: Představuje práce v současné nemocnici vaše první pracovní místo?	35
Tab. 3: Časový odhad pracovních činností	36
Tab. 4: Pracovní činnosti, kterým by se vrchní sestry chtěly věnovat	38
Tab. 5: Možnosti delegování pracovních činností	38
Tab. 6: Souhrnné výsledky autosnímků vrchních sester	41
Tab. 7: Vypočtené hodnoty Pearsonova koeficientu korelace	43
Graf 1 Věkové kategorie vrchních sester	32
Graf 2 Celková doba praxe vrchní sestry na pozici všeobecné zdravotní sestry	33
Graf 3 Doba strávených let na pozici vrchní sestry	34
Graf 4 Struktura dosaženého vzdělání respondentů	34
Graf 5 Vytížení vrchních sester FN Ostrava z hlediska administrativních činností	37
Graf 6 Struktura pracovních činností vrchních sester FN Ostrava	40

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Vzor dotazníku

Příloha č. 2: Vzor autosnímku

Příloha č. 3: Tab. Porovnání odhadů s dobou trvání skutečných pracovních činností
vrchních sester Fakultní nemocnice Ostrava

Přílohy

Příloha č. 1: Vzor dotazníku

Vážení respondenti,
jmenuji se Tomáš Kotrba a jsem studentem doktorského stupně studia na Provozně ekonomické fakultě, Mendelovy univerzity v Brně. Ve své disertační práci se zabývám manažerskými činnostmi vrchních a staničních sester. Rád bych Vás poprosil o vyplnění **anonymního dotazníku**, jehož výsledky budu statisticky zpracovávat a poslouží jako podklady pro můj výzkum.

Dotazník vznikl na základě analýzy náplně pracovních pozic vrchních a staničních sester, komunikací s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči (hlavními sestrami) a pomocí dvaceti hloubkových řízených rozhovorů s vrchními a staničními sestrami v nemocnicích na Moravě (FN Ostrava, FN Brno Bohunice, FN u svaté Anny, Vojenská nemocnice Brno, Nemocnice Znojmo, Nemocnice Třebíč). Mnohokrát děkuji za ochotu a Váš čas. Se statistickými výsledky budete seznámeni prostřednictvím svých náměstků/hlavních sester.

Ing. Tomáš Kotrba, Ph.D.

Doplňte číselné hodnoty důležitosti následujících skupin činností ve Vaší pozici:

(1 – zcela nedůležitá, 2 – málo nedůležitá, 3 – nedokáži rozhodnout, 4 – málo důležitá, 5 – velmi důležitá):

	Administrativní činnosti (<u>příklad</u> : vyplňování žádank, formulářů...)
	Odborné ošetrovatelské činnosti (<u>příklad</u> : zástup za člena personálu, asistence při operacích...)
	Personální a manažerské činnosti (<u>příklad</u> : hodnocení zam., objednávání, řešení konfliktů, plánování...)
	Neodborné pomocné ošetrovatelské činnosti (<u>příklad</u> : stlaní postelí, vynášení výkalů...)

Doplňte číselné hodnoty důležitosti následujících skupin manažerských činností ve Vaší pozici:

(1 – zcela nedůležitá, 2 – málo nedůležitá, 3 – nedokáži rozhodnout, 4 – málo důležitá, 5 – velmi důležitá):

	Plánování (<u>příklad</u> : plánování investic, oprav, personálu, úklidu...)
	Organizování (<u>příklad</u> : organizace oprav, auditů, školení, porad...)
	Vedení lidí (<u>příklad</u> : personalistika, hodnocení zaměstnanců, motivace, vedení adaptačního procesu, řešení konfliktů...)
	Kontrola (<u>příklad</u> : odborná, BOZP, PO, hygiena, úklid, náklady, finance, zásoby, docházka, dovolená, deníky, spokojenost pacientů...)

Doplňte číselné hodnoty využití Vašeho pracovního času za týden.

Pracovní činnosti	Pracovní čas (v hod.) za týden (bez přestávek)
Kontrola ekonomická, odborná, administrativy, personálu	
Kontrola vlastních pracovních úkolů (PC, diář)	
Vizita (malá, velká, s vrchní)	
Administrativa veškerá (objednávky, žádanky, formuláře, plánování)	
Porady (provozní – sedánek, s vrchní, staniční, mimořádná porada)	
Telefonické pracovní hovory, vyřizování korespondence, e-mailů	
Organizace personální, chodu oddělení/kliniky	
Plánování ekonomické, personální	
Komunikace s vnějším prostředím (dodavatelé, příbuzní pacientů, ...)	
Personální činnosti týkají se zaměstnanců (hodnocení, nábor, pohovory)	
Řešení interpersonálních konfliktů (na pracovišti, s pacienty)	
Vlastní vzdělávání, studium, absolvování seminářů a kurzů	
Zaškolení nových zaměstnanců	
Odborná ošetrovatelská činnost	
Odborné konzultace, jednání (s lékaři, se sestrami)	
Neodborná ošetrovatelská činnost (stlaní postelí, vynášení výkalů, atd.)	
Přednášení, výuka, státnice, maturitní komise, PPP ARIP, edukace pacientů	
Další neuvedené činnosti	
Celkem	40 hod.

Z hlediska administrativních činností se domnívám, že:

- a) Jsem přetížena.
- b) Jsem optimálně vytížena.
- c) Nejsem vytížena.
- d) Nevím, nedokáži rozhodnout.

Ve své práci bych se chtěla více věnovat (více odpovědí):

- a) Administrativním činnostem.
- b) Odborným ošetrovatelským činnostem.
- c) Personálním a manažerským činnostem.
- d) Neodborným ošetrovatelským činnostem.

Velká část mých pracovních úkolů:

- a) Určitě lze delegovat (pověřit vykonáváním jinou osobu).
- b) Spíše lze delegovat (pověřit vykonáváním jinou osobu).
- c) Spíše nelze delegovat (musím vykonat sama).
- d) Určitě nelze delegovat (musím vykonat sama).
- e) Nevím, nedokáži rozhodnout.

Ve své práci (otázka na využití delegování)

- a) Často využívám delegování činností.
- b) Občas využívám delegování činností.
- c) Nevyužívám delegování činností.
- d) Nevím, nedokáži rozhodnout.

V budoucnu bych ráda (zakroužkujte jednu možnost):

- a) Pracovala na současné pozici vrchní sestra.
- b) Pracovala na současné pozici staniční sestra.
- c) Dosáhla pozice vrchní sestry.
- d) Dosáhla pozice náměstka pro ošetrovatelskou péči/hlavní sestry.
- e) Pracovala na nižší pozici.
- f) Nevím, nedokáži rozhodnout.

Absolvovala jste někdy kurz zaměřený na management? (možnost více odpovědí)

- a) Ano, v rámci svého studia na střední škole.
- b) Ano, v rámci svého studia na vyšší odborné škole.

- c) Ano, v rámci svého studia na vysoké škole.
- d) Ano, v rámci vzdělávacích kurzů na pracovišti i mimo něj (NCO NZO, školící agentury, apod.).
- e) Ne.
- f) Nevím, nedokáži rozhodnout.

Název nemocnice (napište prosím):.....

Identifikační číslo respondenta - uveďte prosím poslední 4 číslice Vašeho identifikačního kódu, který máte na výplatním lístku Poznámka: Dotazník je anonymní, identifikace slouží jen ke statistickému propojení dotazníků s výsledky autosnímkování. (napište prosím):.....

V současné době pracuji na pozici: a) Vrchní sestra. b) Staniční sestra.

Počet mých podřízených je (doplňte čísla):

Staničních sester:.....

Všeobecných sester, zdravotnických asistentů:.....

Pomocný personál (sanitárky):.....

Vaše nejvyšší ukončené vzdělání je (zakroužkujte jednu možnost):

- a) Středoškolské s maturitou.
- b) Vyšší odborná škola.
- c) Vysokoškolské (ukončeno titulem Bc.).
- d) Vysokoškolské (ukončeno titulem Mgr.).

Představuje práce v současné nemocnici vaše první pracovní místo? Ano Ne

Věk: 25 a méně 26-35 let 36-45 let 46-55 let 56 let a více

Jak dlouho pracujete jako všeobecná zdravotní sestra? (doplňte celá čísla v letech).....

Jak dlouho pracujete na pozici vrchní/staniční sestra? (doplňte celá čísla v letech).....

Prostor pro Váš komentář, doplnění:.....

Příloha č. 2: Vzor autosnímku

Vlastní snímek pracovního dne - vrchní sestra

Čyřiměstný kód pracovníka:

Výběrte svůj obor:

Datum snímku:

Pracovní činnost	Ot	Dn	Čas trvání (minuty)	Doplně kombinací písmen		
				I/P	S/D	N/Z
1. Kontrola ekonomická, odborná, administrativy, personálu						
2. Kontrola vlastních pracovních úkolů (PC, diář)						
3. Vizita (malá, velká)						
4. Administrativa veškerá (ekonomická, odborná, personální)						
5. Porada (provazní - sedánek, staniční, mimořádná, úseků, s ředitelem, náměstkem/hlavní sestrou)						
6. Objednávání jakéhokoli materiálu, medikamentů, nástrojů a přístrojů, oprav						
7. Telefonické pracovní hovory, vyřizování korespondence, e-mailů						
8. Organizace personální, chodu kliniky						
9. Komunikace s firmami, dealery, dodavateli, příbuznými pacientů						
10. Planování ekonomické, personální						
11. Personální činnosti						
12. Řešení interpersonálních konfliktů (na pracovišti, s pacienty)						
13. Vlastní vzdělávání, studium, absolvování seminářů a kurzů						
14. Zaskolení nových zaměstnanců (přidělení školitele, hodnocení, vedení závěr, pohovoru, tvorba zprávy)						
15. Odborná ošetrovatecká činnost na oddělení						
16. Odborné konzultace, jednání, konzultace s lékaři, personálem						
17. Přednášení, výuka, stážnice, manutní komise, PPP ARIP, edukace pacientů						
18. Pomocné práce, neodborná ošetrovatecká činnost (stlání postelí, úklid na pracovišti,...)						
19. Nezhbyný ztrátový čas (oběd, přestávky, WC, apod.)						
20. Ostatní ztrátový čas (kafe, soukromé telefony, vyřizování osobních záležitostí,...)						
21. Další neuvedené činnosti (doplnit respondent dle potřeby).....						
...						
...						
...						
Práce přesčas (doplňte pouze čísla činností a dobu trvání)						
...						
...						
Celkem						

* I - činnost z vlastní iniciativy, P - činnost na něčí pokyn, S - Práci by měl vykonat sám pracovník, D - činnost by se měla delegovat, N - činnost je nutná, Z - činnost je zbytečná.

Příloha č. 3:

Tab. Porovnání odhadů s dobou trvání skutečných pracovních činností vrchních sester Fakultní nemocnice Ostrava (průměrné trvání v minutách na den)

Sestra	Administrativní činnosti		Manažerské a personální činnosti		Odborně ošetrovatelské činnosti		Ostatní činnosti	
	Odhad	Skut.	Odhad	Skut.	Odhad	Skut.	Odhad	Skut.
V 1	72	129	228	153	96	123	78	82,5
V 2	60	105,5	312	270	72	61	66	92,5
V 3 ¹⁷	60	105	192	145	192	185	54	55,7
V 4	48	93	300	348	84	0	78	76,5
V 5	84	136	216	222	96	113	78	77
V 6	84	129	204	217	84	66	102	86
V 7 ¹⁸	96	130	216	182,5	96	127,5	102	45,8
V 8	96	91	288	203	60	78,5	66	65
V 9	84	99	216	192	96	72	66	58,5
V 10	144	99	252	228	48	67,5	66	115,5
V 11	72	106,5	300	229	48	66,5	90	95,5
V 12	108	129	264	240	60	54	78	87
V 13	120	90	192	165	120	150	54	105
V 14	180	105	192	228	48	85,5	90	79,5
V 15	72	80	264	173,4	84	174,5	90	87,5
V 16	96	237,5	264	126	60	68,5	78	63,7
V 17	120	139	216	278	84	44	78	103
V 18	48	84	168	90	228	240	59	48
V 19	108	90	228	221,5	108	127,5	66	71,5
V 20	72	104,5	216	241	132	78	66	77
V 21	144	144	192	174,5	84	28	90	85,5
V 22	132	122,5	216	165,5	84	122	78	73
V 23	96	65	216	311,5	84	50	90	76,5
V 24	108	121	216	159,5	84	61	102	86
V 25	48	91	252	210	96	80	78	61
V 26 ¹⁹	48	112,8	120	82,2	276	227,8	66	70,6
Průměr	92,3	113,0	228,5	202,1	100,2	98,1	77,3	77,9

Zdroj: Vlastní práce

¹⁷ Od vrchní sestry V 3 jsou k dispozici autosnímky pouze za 7 dní

¹⁸ Od vrchní sestry V 7 jsou k dispozici autosnímky pouze za 6 dní

¹⁹ Od vrchní sestry V 26 jsou k dispozici autosnímky pouze za 9 dní