



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Řízení lidských zdrojů vybranými poskytovateli zdravotních služeb

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Martina Míková

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Řízení lidských zdrojů vybranými poskytovateli zdravotních služeb*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2023

.....

Bc. Martina Míková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za její profesionální a vstřícný přístup. Za její cenné rady a trpělivost. Dále děkuji všem sestrám, které mi věnovaly čas k uskutečnění rozhovorů. V neposlední řadě děkuji své rodině, za velkou podporu v časech nelehkých.

Řízení lidských zdrojů vybranými poskytovateli zdravotních služeb

Abstrakt

Současný stav: Řízení lidských zdrojů by mělo být nedílnou součástí každé organizace. Lidské zdroje jsou tím nejcennějším zdrojem, které organizace mají a jsou díky nim schopné konkurovat ostatním organizacím.

Cíl práce: Cílem výzkumné studie bylo zmapovat a vyhodnotit řízení lidských zdrojů ve vybrané nemocnici Plzeňského kraje.

Metodika: Byla použita kvalitativní metoda výzkumu formou dotazování. Rozhovory poskytlo 12 sester na vedoucích pozicích pracujících ve vybrané nemocnici Plzeňského kraje. Výzkumný vzorek tvořily staniční sestry, vrchní sestry a ředitelka ošetrovatelské péče. Velikost výzkumného souboru byla dána teoretickou saturací dat.

Výsledky práce: Z výzkumného šetření vyplývá, že řízení lidských zdrojů se ve vybrané nemocnici shoduje napříč různými odděleními. Ne všechny sestry znají platné legislativní požadavky, které jsou pro výkon jejich praxe potřebné. Z výsledků výzkumného šetření sester vyšlo, že délka adaptačního procesu je individuální. Záleží na předešlé praxi a zkušenostech nově nastupujících sester. Hodnocení sester se ve vybrané nemocnici uskutečňuje nejčastěji formou pohovoru nebo písemným testem. Z výzkumu je zřejmé, že školení BOZP se ve vybrané nemocnici provádí pravidelně jedenkrát za rok a je tak v souladu s platnou legislativou. Z výsledků šetření vyplývá, že sestry jsou při výkonu jejich povolání vystaveny riziku vzniku syndromu vyhoření.

Závěr a doporučení pro praxi: V závěru lze říci, že mezi vedoucími sestrami byly identifikovány rozdíly o znalostech a postupech v řízení lidských zdrojů v jejich nemocnici. Na základě výsledků byl vytvořen návrh motivačního programu pro sestry.

Klíčová slova: management; ošetrovatelská péče; sestra; řízení lidských zdrojů; zdravotní služby

Management of human resources by chosen health care providers

Abstract

Current State: Human resource management should be an integral part of every organization. Human resources are the most valuable resource that organizations have and they are able to compete with other organizations thanks to them.

The aim of the research study was to map and evaluate the management of human resources in a selected hospital in the Pilsen region.

Methodology: A qualitative research method was used in the form of interviews. The interviews were given by 12 nurses in leading positions working in a selected hospital in the Pilsen region. The research sample consisted of station nurses, head nurses and the director of nursing care. The size of the research set was determined by theoretical data saturation.

Results: The research shows that the management of human resources in the selected hospital coincides across different departments. Not all nurses are aware of the applicable legislative requirements that are necessary for the performance of their practice. The results of the research survey of nurses revealed that the length of the adaptation process is individual. It depends on the previous practice and experience of the new nurses. Nurses are evaluated in the selected hospital most often in the form of an interview or a written test. It is clear from the research that health and safety training is carried out in the selected hospital regularly once a year and is thus in accordance with the applicable legislation. The results of the investigation show that nurses are exposed to the risk of burnout in the performance of their profession.

Conclusion and recommendations for practice: In conclusion, it can be said that differences in knowledge and practices in human resource management in the hospital were identified among the head nurses. Based on the results, a proposal for a motivational program for nurses was created.

Keywords: management; nursing care; nurse; human resource management; health services

Obsah

Obsah	6
Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Modely řízení lidských zdrojů	10
1.2 Strategické řízení lidských zdrojů.....	11
1.3 Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví.....	13
1.3.1 Management ve zdravotnictví.....	15
1.3.2 Etika a řízení lidských zdrojů	16
1.3.3 Plánování, získávání a výběr lidských zdrojů.....	17
1.3.4 Adaptace zaměstnanců.....	21
1.3.5 Vzdělávání a rozvoj zaměstnanců.....	22
1.3.6 Hodnocení a odměňování zaměstnanců, péče o zaměstnance	25
1.3.7 Motivace zaměstnanců.....	27
1.3.8 Hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví	30
1.4 Řízení rizik a akreditační standardy	32
1.4.1 Nežádoucí události.....	35
2 Cíle.....	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
2.3 Operacionalizace základních pojmů	37
3 Metodika	39
3.1 Použitá metodika.....	39
3.2 Použitá technika sběru dat.....	39
3.3 Výzkumný vzorek	40
4 Výsledky	41
4.1 Seznam kategorizačních skupin	41
4.2 Kategorie 1 Identifikační údaje probandů	41
4.3 Kategorie 2 Personální zabezpečení.....	42
4.3.1 Stanovení počtu ošetrovatelského personálu	42
4.3.2 Náplň práce a kompetence sester	43
4.3.3 Osobní spis sestry	44
4.4 Kategorie 3 Vzdělávání sester.....	45
4.4.1 Kontinuální vzdělávání sester.....	45

4.4.2	Motivace ke vzdělávání sester	45
4.5	Kategorie 4 Adaptační proces pro sestry	46
4.5.1	Průběh adaptačního procesu	46
4.6	Kategorie 5 Hodnocení pracovního výkonu sester	47
4.6.1	Forma a frekvence hodnocení sester	47
4.7	Kategorie 6 Rizika při výkonu práce sester	48
4.7.1	Nejčastější rizika při výkonu povolání	48
4.7.2	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	49
5	Diskuse.....	51
6	Závěr	60
6.1	Doporučení pro praxi	60
7	Seznam použitých zdrojů	62
8	Seznam zkratk	73
9	Seznam příloh	74

Úvod

Řízení lidských zdrojů je důležitou součástí každé organizace a můžeme jej chápat jako oblast procesů v organizaci, který se zabývá rozvojem a řízením lidských zdrojů. Řízení lidských zdrojů obsahuje mnoho různých metod, postupů a činností pro práci s lidmi v organizacích. Konkrétněji se jedná například o nábor a výběr nových pracovníků, jejich vzdělávání, rozvoj, odměňování ale i řešením konfliktů. Řízení lidských zdrojů slouží k tomu, aby měla organizace dostatečný počet kvalifikovaných, zdatných a motivovaných zaměstnanců, jenž jsou schopni naplňovat předem stanovené cíle a úkoly organizace.

Téma zaměřené na řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví jsem si vybrala z důvodů aktuálnosti a důležitosti. Často slyšíme, že je zdravotnických pracovníků nedostatek, že nových a mladých absolventů nenastupuje do praxe dostatek, nebo že být zdravotníkem je poslání a jako by vše ostatní bylo vedlejší. Proto se domnívám, že je důležité snažit se využít všechny možné prostředky a možnosti k získání a udržení lidských zdrojů. Myslím si, že toho můžeme docílit právě prostřednictvím kvalitního řízení lidských zdrojů. Jde o to potencionální spolupracovníky správně oslovit. Nabídnout jim vyhovující a přijatelné pracovní podmínky. Z mého pohledu nejde pouze o finanční odměny ale především o vhodné prostředí, dobrý kolektiv, spravedlivého vedoucího pracovníka, dostatek pomůcek pro výkon praxe, adekvátní volno atd. Řekla bych, že tyto faktory jsou mnohdy důvodem fluktuace sester. Také se všechny výše jmenované body potom odrážejí na samotném pracovním výkonu a motivaci. Motivace hraje v celém procesu velkou roli. Pro každou sestru je motivací něco jiného, ale všechny nás žene dopředu a posouvá blíž k cíli. Koneckonců ovlivňuje i výsledný pracovní výkon jednotlivých sester, který by měl být nejen v oboru zdravotnictví profesionální a produktivní. A právě proto na samotné motivaci z mého pohledu velmi záleží. Být sestrou je někdy fyzicky i psychicky náročné, a tak může být motivace klíčová k udržení lidských zdrojů.

Cílem této práce je zmapovat řízení lidských zdrojů ve vybrané nemocnici Plzeňského kraje se zaměřením mimo jiné na hodnocení sester, rizika sester při výkonu jejich povolání, adaptační proces či kompetence sester. Výstupem této práce je návrh motivačního programu, který by měl sloužit ke zvýšené pracovní spokojenosti sester.

1 Současný stav

Řízení lidských zdrojů, z anglického *human resource management* (Šikýř, 2016), lze v souladu s původním pojetím definovat jako integrovaný, strategický a ucelený přístup k zaměstnávání, rozvoji a blahobytu lidí pracujících v organizacích (Horváthová a Čopíková, 2017). V současné době jsou lidské zdroje považovány za nejcennější kapitál každé organizace, protože úspěch organizací závisí na znalostech, schopnostech a zkušenostech všech zaměstnanců (Hampelová a Hajduová, 2023). Je to právě kvalifikovaný personál, který může organizaci pomoci překonat ekonomicky slabší období a přispět tak k růstu v oblasti hospodářství (Maršíková a Myslivcová, 2016). Řízení lidských zdrojů se věnuje všemu, co souvisí s řízením lidí v organizacích a zaměstnáváním. Zahrnuje aktivity, které se týkají řízení lidského kapitálu, řízení znalostí, strategického řízení lidských zdrojů apod. Dále se zabývá zabezpečováním lidských zdrojů, jako je výběr zaměstnanců a jejich získávání, plánování pracovních činností, kariérního rozvoje a řízení talentů (Armstrong a Taylor, 2015). Samotný obor řízení lidských zdrojů je širší vědní disciplína přesahující užší zaměření obecné personalistiky. Hlavním podnětem rozvoje řízení lidských zdrojů byl konkurenční tlak mezi organizacemi. Vedení organizací si uvědomovalo, že nahrazení spolupracovníka je drahé a neefektivní a tím byli nuceni rozvíjet strategickou péči o zaměstnance (Zitková et al., 2015). Lze říci, že řízení lidských zdrojů je souborem manažerských přístupů, které slouží k získání a udržení zaměstnanců v organizaci a k zajištění jejich vysoké výkonnosti, která přispívá k dosahování cílů organizace (Horváthová a Čopíková, 2017).

Mezi personálním řízením a řízením lidských zdrojů jsou zásadní rozdíly a nelze je zaměňovat. Horváthová a Čopíková (2017) charakterizují personální řízení jako systém převážně administrativních činností, jehož cílem je zajistit dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků v organizaci. Personální řízení je řídicí a rozhodovací proces, jehož cíle jsou vyhrazeny personální a firemní strategií (Barták, 2023). Řízení lidských zdrojů je oproti personálnímu managementu charakterizováno hlubším zaměřením na sociální rozvoj zaměstnanců (Klímová a Brabcová, 2019). Pokud chtějí být manažeři v personálním řízení úspěšní, musejí chápat význam lidských zdrojů. Současně s tím o zdroje pečovat a rozvíjet jejich potenciál (Váchal a Vochozka, 2013). O řízení lidských zdrojů se mluví v širším slova smyslu než o personálním řízení a zahrnuje a rozvíjí dovednosti personálního řízení. Právě řízení lidských zdrojů rozvíjí tým zaměstnanců

dané organizace (Horváthová et al., 2017). Personální řízení má za úkol zajistit, aby byla organizace schopna úspěšně plnit své cíle prostřednictvím vhodných lidí na správném místě (Barták, 2023). Personální řízení má za úkol vést zaměstnance k tomu, aby se, co v největší míře podíleli na zvyšování produktivity dané organizace (Váchal a Vochozka, 2013). Personální řízení využívá k plnění svých úkolů funkce plánování, organizování, motivování, regulaci a kontrolu (Barták, 2023). Aby byly dané pracovní úkoly a výkony zaměstnanců produktivní, stimulující, výnosné a přínosné je třeba mít správné zaměstnance ve správný čas na správném místě (Bejtkovský, 2017).

S rychlým rozvojem společnosti a ekonomiky se konkurence mezi organizace zintenzivnila. Pokud se chce organizace přizpůsobit společenskému rozvoji, je nutné posílit vnitřní řízení organizace. Vnitřní management se také musí spolehnout na řízení lidských zdrojů (Yang, 2022). Způsobitý zaměstnanec je zdrojem konkurenceschopnosti a ekonomického růstu. Ovšem jen spokojený zaměstnanec může dosáhnout kvalitního pracovního výkonu (Palíšková et al., 2021). Moderní řízení lidských zdrojů má své charakteristické znaky, mezi které řadíme například soulad podnikové strategie se sladěním strategie řízení lidských zdrojů, využití potenciálu jednotlivců i celého kolektivu organizace, zaměření na kvalitu pracovního života a spokojenost všech zaměstnanců a péče o kvalifikační růst zaměstnanců (Váchal a Vochozka, 2013).

1.1 Modely řízení lidských zdrojů

V polovině 80. let 20. století se na amerických univerzitách formovaly modely řízení lidských zdrojů, ze kterých vychází dnešní pojetí řízení lidských zdrojů. Tehdy průmysl v Americe bojoval s klesající produktivitou práce a mírou inovace (Šikýř, 2016).

Mezi první modely řízení lidských zdrojů patří Michiganský model, který bývá nazýván též jako „model shody“ (Šikýř, 2016). Podstatou modelu je dosažení shody mezi strategií, strukturou a systémem řízení lidských zdrojů, což je podmínkou dosažení předpokládaných výsledků podnikání a hospodaření. Michiganský model zdůrazňuje význam řízení lidských zdrojů pro zdar organizace. Model se zaměřuje na vztah mezi výkonem organizace a řízením lidských zdrojů. Dále se snaží rozvinout strategii, která maximalizuje výkon organizace a současně zlepšuje kvalitu pracovního života zaměstnanců (Armstrong a Taylor, 2015).

Harvardský model vznikl roku 1984 a spolu s Michiganským modelem patří k prvním existujícím modelům. Vyzdvihuje úlohu manažerů v řízení lidských zdrojů a zachycuje důležité determinanty a rozhodující důsledky v řízení lidských zdrojů. Harvardský model řízení lidských zdrojů představuje pro vedoucí pracovníky návod, jak formulovat a uskutečňovat strategii lidských zdrojů (Šikýř, 2016). Tento model kladl důraz na řízení lidských zdrojů jako obecnou řídicí funkci, nikoli pouze na personální funkci (Pattanyak, 2020).

Kontextový model bere ohled na působení okolních faktorů, jako jsou například politické a sociální. V jiných modelech byly vlivy těchto faktorů podceňovány. Kontextový model spojuje systém řízení lidských zdrojů s okolím, kde se utvářejí a rozvíjí (Armstrong a Taylor, 2015). Evropský model řízení lidských zdrojů vymezil roku 1993 Chris Brewster. Rozšiřováním amerických modelů po Evropě docházelo ke kritizování těchto modelů na základě všeobecných odlišných podmínek (Armstrong a Taylor, 2015). Proto vznikl Evropský model, který je postaven na teorii, že postupy řízení lidí je potřeba přizpůsobit daným podmínkám organizace a nelze je aplikovat univerzálně (Šikýř, 2016).

5–P model řízení lidských zdrojů formuloval Schuler roku 1992. Model je založen na pěti základních prvcích, kterými jsou: pojetí lidských zdrojů, procesy lidských zdrojů, politiky lidských zdrojů, programy lidských zdrojů a praxe lidských zdrojů (Armstrong a Taylor, 2015). 5–P model řízení lidských zdrojů se skládá z pěti systémů včetně systému hodnocení kvality a analýzy práce, systému nábory a výběru, systému konfigurace a používání, systému školení a rozvoje a systému hodnocení a platů (Jiaping, 2022).

1.2 Strategické řízení lidských zdrojů

Všechny organizace se během své existence neustále vyvíjejí. Mezi faktory, které v posledních letech přispěly k dynamickým změnám organizací, patří častá změna zaměstnání, nové komunikační metody, globalizace pracovní síly a technologický pokrok (Sharif a Ghodoosi, 2022). Cílem řízení lidských zdrojů je uskutečňovat veškeré personální činnosti tak, aby v co největší míře přispívaly k navyšování hodnoty organizace (Palíšková et al., 2021). Hlavním cílem je strategické řízení lidských zdrojů, kdy organizace prostřednictvím svých zaměstnanců úspěšně plní své cíle. Dalším cílem je přispívání k rozvoji kultury zaměřené na dosahování vysokého výkonu a také zabezpečování organizaci talentované a kvalifikované lidi. Usilovat o vytváření

pozitivních pracovních vztahů a navozování důvěry mezi zaměstnanci a vedením a v neposlední řadě podporovat uplatnění etického přístupu k řízení lidí (Armstrong a Taylor, 2015).

Strategické řízení lidských zdrojů je systém, proces nebo opatření skládající se z řady časových činností prováděných tak, aby odpovídaly strategii organizace a dlouhodobým cílům rozvoje a tím si udržely konkurenční výhodu (Yu et al., 2022). Dosáhnout však cílů organizace je možné pouze společným úsilím všech zaměstnanců, a proto je nezbytné, aby pracovní místa v organizaci byla obsazena dostatečně kvalifikovanými a schopnými pracovníky, kteří budou tuto práci vykonávat (Váchal a Vochozka, 2013).

Pokud chce být organizace úspěšná, měla by mít jasně definované čeho chce dosáhnout, jaké má krátkodobé i dlouhodobé cíle. Měla by mít stanovenou vizi, misi a strategii. Vize vystihuje, čím se chce organizace stát, jaký má konečný cíl. Mise vyjadřuje, z jakého důvodu instituce existuje, co dělá. Strategie je souhrnem strategických cílů organizace. Zahrnuje definování daných cílů, v jakém časovém období a jakými prostředky chce organizace těchto cílů dosáhnout. Je nezbytné, aby tyto strategické cíle byly formulovány jasně a srozumitelně pro všechny zaměstnance, aby byly tzv. SMART (Palíšková, 2021). Cíle by tedy měly být specifické (specific), měřitelné (measurable), akceptovatelné (agreed), realistické (realistic) a časově stanovené (time-related) (Slouka, 2017). Strategickým řízením lidských zdrojů se rozumí využívání postupů řízení lidských zdrojů k opětovnému získání nebo udržení konkurenční výhody. Získávání talentů, jejich rozmísťování, rozvoj talentů a odměňování talentů jsou strategické přístupy k řízení lidských zdrojů, které mohou ovlivnit schopnost organizace dosáhnout svých strategických cílů (Horváthová a Čopíková, 2018).

Pojem obecné strategie lidských zdrojů označuje celkový systém navzájem doplňujících se postupů v řízení lidských zdrojů, jenž organizace zamýšlí uplatňovat s cílem vylepšovat výkon organizace. Pod obecnými strategiemi lze definovat tři možné směry k řízení lidských zdrojů. Jde o řízení zaměřené na výkon, řízení orientované na vysokou míru oddanosti a řízení cílené na vysokou míru zapojení (Armstrong a Taylor, 2015). Specifické strategie lidských zdrojů vystihují úmysly organizace v individuálních oblastech (Wroblowská, 2016). Do těchto oblastí řadíme například řízení lidského kapitálu, rozvoj organizace, řízení talentů, odměňování, spokojenost zaměstnanců apod (Armstrong a Taylor, 2015).

1.3 Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví

Řízení lidí (*management*) je spojován převážně s operativní činností a získáváním krátkodobých cílů. Řadíme sem plánování a výběr zaměstnanců, jejich kontrolu a sledování získaných cílů. Je to v podstatě řízení co, kdy a jak mají zaměstnanci udělat (Palíšková et al., 2021). Management je proces organizování, plánování, rozhodování, komunikování, motivování a kontroly, jehož cílem účelem je dosažení cílů daného podniku (Klímová a Brabcová, 2019). Manažeři by měli mít schopnost zplnomocňovat a rozvíjet lidi (Armstrong a Taylor, 2015). Manažer má spíše reaktivní přístup. Plní cíle a úkoly, je orientován na výsledek a nese odpovědnost za rizika provozu (Slouka, 2017). Také musí být schopen chápat a uplatňovat proces dosahování daných výsledků za pomoci ostatních. Dále řídit výkon i ostatní lidi, pracovat jako člen týmu a spolupracovat s ostatními, rozvíjet vztahy, nacházet rovnováhu mezi obecnými a odbornými schopnostmi apod. (Armstrong a Taylor, 2015). Do kompetencí manažera spadá především řízení lidí a jejich každodenní činnosti (Slouka, 2017). Manažer by měl být mimo jiné silnou osobností, umět jednat s přesvědčením a sebedůvěrou (Klímová a Brabcová, 2019).

Vedení lidí (*leadership*) se zaměřuje na plnění vize a strategie instituce. Lídr by měl být proto schopen zaměstnancům tuto strategii vysvětlit a přesvědčit je o tom, že je tato strategie správná. Vedení lidí můžeme nazvat i jako rozvoj lidí k samostatnosti (Palíšková et al., 2021). Lídr jedná proaktivně a je orientován na změnu a nové přístupy (Slouka, 2017). Vést lidi zahrnuje schopnost inspirovat ostatní a přesvědčit je, co je třeba udělat a proč. Dále také schopnost přimět ostatní k činnosti, aby došlo ke splnění cíle (Armstrong a Taylor, 2015). Slouka (2017) uvádí, že lídr by měl být zaměřen více strategickým směrem než direktivním. Měl by být také pro ostatní pracovníky inspirací a motivací.

Styly vedení lze rozdělit na čtyři typy: přikazování, směřování, podporování a delegování. Teorie situačního vedení říká, že všechny lidi nelze vést stejně. Je třeba respektovat odlišnost a umět s ní pracovat, protože lidé budou mít ve stejných podmínkách různorodé výsledky (Madlíková, 2021). Prvním typem je vedení spíše jednosměrné, formou instrukcí a dohledu. Druhý typ je vedení orientované na úkol, ale i na vztah s podřízenými. Předposlední typ vedení je orientované na vztah. V posledním typu je lídr pouze součástí rozhodování. Sekce je tedy ve své podstatě vedena nezávisle manažerem (Slouka, 2017).

Vedoucí pracovníci (sestry) mohou zvolit další stylů vedení. Autokratický styl je založen především na výlučném rozhodování manažera. Racionálně-empirický styl vedení je charakteristický tím, že vedoucí sestra předpokládá, že většina zaměstnanců jedná na základě racionálního myšlení a předpokládá rozhodování na podkladě relevantních objektivních faktů. Demokratický styl vedení je založen na kolektivním rozhodování, kdy k rozhodnutí dochází na základě kompromisu, který byl dosažen na základě diskuse celého pracovního týmu. Participační styl je kompromisem mezi autokratickým a demokratickým stylem vedení. Laissez-faire je dalším možným stylem vedení, který lze vysvětlit jako styl volné ruky a manažer nechává událostem volný průběh. De facto kolektiv neřídí a nekontroluje. Tento styl vedení je vysoce rizikový. Zvyšuje pravděpodobnost pochybení zdravotnických pracovníků, z důvodu nedostatečného odborného a organizačního vedení. Mocensko-nátlakový styl je metoda vydávání instrukcí, které jsou sestřím nařizeny vedoucím pracovníkem. Normativně-reedukační styl vedení pak můžeme prezentovat jako opak mocensko-nátlakového stylu (Slouka, 2017).

Společně se zdravotnickými systémy se vyvíjí i role vedoucích pracovníků a manažerů ve zdravotnictví. Strategické řízení, které reaguje na politické, technologické, společenské a ekonomické změny, je nezbytné pro posílení zdravotnického systému (Figuerola et al., 2019). Výkonnost zdravotnických pracovníků je v dnešní době pro zdravotnické organizace důležitým aspektem vzhledem k rostoucí konkurenci, neboť v tomto odvětví je zaměstnáno tisíce osob. Vzhledem k turbulentním společenským změnám čelí zdravotnické organizace konkurenci v oblasti poskytování kvalitních služeb pacientům. Úlohou poskytovatelů zdravotních služeb je zajistit pro chod zdravotnické organizace dostatečný počet vysoce kompetentních odborníků, kteří svým pracovním výkonem a nasazením získají organizaci konkurenční výhodu oproti ostatním (Bibi, 2021).

Zdravotní péče je založena především na lidech, bez kterých by nemohla existovat. Z toho důvodu je výběr a udržení kvalifikovaných zaměstnanců prioritní a velmi podstatná personální činnost (Bejtkovský, 2017). Zdravotnické organizace jsou sociální systémy, ve kterých jsou lidské zdroje nejdůležitějším faktorem. Vedení hraje klíčovou roli a ovlivňuje výsledky pro odborníky, pacienty a pracovní prostředí (Specchia et al., 2021).

1.3.1 Management ve zdravotnictví

Zdravotnictví a také management ve zdravotnictví jsou vystavovány čím dál tím vyšším požadavkům ze stran pacientů, zřizovatelů, zdravotních pojišťoven a v neposlední řadě ze strany rychle a neustále se rozvíjející vědy (Ondriová a Fertařová, 2021). Efektivní vedení je komplexní a vysoce ceněnou složkou zdravotnického vzdělávání, která je stále více uznávána jako nezbytná pro zajištění vysokých standardů vzdělávání, výzkumu a klinické praxe (Diggele et al., 2020). Existuje stále více důkazů o důležitosti řízení lidských zdrojů pro poskytování kvalitních služeb zdravotnickými pracovníky (Uduma et al., 2017). Pro naplnění potřeb zdravotní péče v jednadvacátém století budou kompetentní vedoucí pracovníci stále důležitější ve všech zdravotnických profesích, včetně příbuzných zdravotnických oborů, ošetrovatelství, farmacie, zubního lékařství a medicíny. Součástí studijních programů všech zdravotnických profesí by proto mělo být vzdělávání a rozvoj vedoucích pracovníků. Vzniká nový typ vedoucího pracovníka: takový, který je vzorem rovnováhy mezi samostatností a odpovědností, klade důraz na týmovou práci a zaměřuje se na zlepšování výsledků u pacientů. Od vedoucích pracovníků v oblasti vzdělávání ve zdravotnictví se vyžaduje, aby efektivně pracovali a spolupracovali napříč obory a organizacemi, kde tituly nejsou vždy spojeny s vedoucími funkcemi (Diggele et al., 2020). V ošetrovatelství jsou za manažery považovány sestry, jež vykonávají řídicí funkce na třech základních úrovních řízení: náměstkyně pro ošetrovatelství – hlavní sestra, vedoucí sestra oddělení – vrchní sestra a manažerka denní směny – staniční sestra (Ondriová a Fertařová, 2021).

Hlavním cílem vedoucích sester ošetrovatelské péče je utváření podmínek pro získání požadované kvality ošetrovatelské péče, a to jak v primární, sekundární i terciární oblasti (Ondriová a Fertařová, 2021). Konflikty na pracovišti v multidisciplinárním zdravotnickém týmu lze očekávat. Dokázat jim předcházet, případně minimalizovat jejich důsledky je nezbytnou povinností vedoucích sester. Nevhodnému zvládnutí konfliktů v pracovním kolektivu se připisuje snížení produktivity, špatná morálka a finanční ztráty pro organizaci. Vedoucí sestry zastávají klíčovou roli v řízení a řešení konfliktů na pracovišti (Moeta et al., 2019). Neefektivní týmová komunikace představuje rizikový faktor zvyšující pravděpodobnost pochybení a omylů zdravotnických pracovníků (Klímová a Brabcová, 2019). Právě asertivní komunikace nám může pomoci zlepšit a zefektivnit komunikaci. V asertivní komunikaci je člověk upřímný a otevřeně vyjadřuje

své myšlenky, emoce, názory a postoje, a to pozitivní i negativní. Zároveň ale neporušuje práva svá ani práva ostatních (Ondriová a Fertařová, 2021). Lošťáková (2020) zmiňuje asertivní práva, která jsou: mám právo na posouzení vlastního chování, myšlenek, emocí být za ně a jejich důsledky zodpovědný. Mám právo nenabízet žádné výmluvy a omluvy omlouvající mé chování. Mám právo posoudit, zda a nakolik jsem odpovědný za řešení problémů ostatních lidí. Mám právo změnit svůj názor a dělat chyby, za které nesu zodpovědnost. Mám právo říct „Já nevím, já ti nerozumím či je mi to jedno“. Mám právo dělat nelogické rozhodnutí a ne být závislí na dobré vůli ostatních. A také mám právo se sám rozhodnout, zda budu jednat asertivně, nebo nikoli. Díky asertivitě lze zdokonalit schopnost vnímat věci s nadhledem, řešit problémy bez rozhořčení a chybujícím dát prostor pro nápravu chyby a také mírnit hněv takovým způsobem, že jej nebudeme brát jako podporu, bez které nedovedeme prosadit své názory (Klímová a Brabcová, 2019).

Vedení jako manažerská kompetence přímo zasahuje do profesní spokojenosti sester a ostatního personálu, s cílem podpořit zdravé pracovní prostředí. Vzhledem k tomu, že vedení je ústředním aspektem procesu řízení péče, je k dosažení cílů v oblasti podpory kvalitní péče, efektivity práce a zajištění odpovídajících fyzických a materiálních zdrojů zapotřebí kvalifikovaných odborníků (Ferreira et al., 2020). Rozpoznáním příčin problémů zdravotnických pracovníků mohou manažeři a vedoucí pracovníci ve zdravotnictví cíleně řešit tyto problémy a poskytnout zdravotnickým pracovníkům specifickou podporu (Poortaghi et al., 2021).

Existují čtyři oblasti vedení pokročilé ošetrovatelské praxe: klinické vedení, odborné vedení, vedení zdravotnického systému a vedení zdravotní politiky, přičemž každá z nich vyžaduje specifický soubor dovedností, ale v některých ohledech se překrývají. Všechny sestry by měly prokázat své vůdčí schopnosti. Kolektivně v rámci profese i individuálně ve všech prostředích, kde vykonávají praxi (Wood, 2021). V minulosti většina vedoucích pracovníků a manažerů ve zdravotnictví byli zdravotničtí pracovníci (lékaři, sestry, ostatní kliničtí pracovníci nebo lékárníci), bez manažerského a ekonomického vzdělání (Mutale et al., 2017).

1.3.2 Etika a řízení lidských zdrojů

Samotný pojem etika pochází ze staré řečtiny a je znám již mnoho desítek let. Dnes je etika vědeckou disciplínou s filozofickým směrem. Etika se zaměřuje na lidskost a měla

by člověka vést k dobru. Každý manažer by měl mít alespoň základní etické vlastnosti, mezi které můžeme zařadit například čestné jednání, empatii k problémům ostatních lidí anebo schopnost integrity a autonomie v jednání a rozhodování (Ondriová a Fertařová, 2021).

V posledních letech se pozornost výzkumníků i odborníků z praxe, kteří se zajímají o organizační procesy, zaměřila na psychologickou vazbu mezi zaměstnanci a jejich organizacemi. Porozumění síle takové vazby je zásadní pro vývoj a implementaci efektivních strategií a postupů v oblasti lidských zdrojů (Barattucci et al., 2021). Manažerská etika je poměrně novou disciplínou v oblasti teorie řízení, zároveň je ale také chápána jako aplikovaná věda (Ondriová a Fertařová, 2021). Řízení lidských zdrojů se musí včas a kreativně vypořádat s novými provozními a organizačními scénáři, které se v poslední době rozvíjejí (Barattucci et al., 2021). Manažerská etika je realizována v mezilidských vztazích. Chování a vystupování nejen manažera ale i ostatních pracovníků organizace v mezilidských vztazích se musí řídit etickým kodexem. Etický kodex umožňuje manažerům lépe se orientovat se v etickém prostředí a objasňuje, jaké se od manažerů očekává chování při různých situacích (Ondriová a Fertařová, 2021). Řízení lidských zdrojů se opírá o podnikatelskou etiku organizace a přispívá k ní. Příležitosti, které mají muži a ženy jako manažeři k dispozici, a role manažerů v širším slova smyslu mají zásadní význam pro utváření organizační etiky v současných zdravotnických organizacích (Cooke, 2022).

1.3.3 Plánování, získávání a výběr lidských zdrojů

Personální plánování se zaměřuje na plánování všech personálních procesů, kterým myslíme přijímání, zdělávání, rozvíjení, hodnocení, odměňování, motivaci a péči o uplatňování potřeb a zájmů zaměstnanců (Barták, 2023). Plánování lidských zdrojů je jedním ze základních procesů řízení lidských zdrojů a je nedílnou součástí strategického plánování organizace (Horváthová a Čopíková, 2017). Plánování lidských zdrojů je takový proces rozhodování, který v sobě ukrývá a spojuje tři důležité činnosti, a to: rozeznávat a získávat správný počet lidí se správnými dovednostmi; motivovat lidi pro odvádění vysokého výkonu; tvořit interaktivní vazby mezi cíli organizace a činnostmi, které se týkají plánování zaměstnanců (Magerčiaková a Kober, 2023). Předním úkolem získávání pracovníků je upoutat dostatečný počet zájemců o pracovní místo. Pohovor je

mnohdy prvním kontaktem mezi uchazečem a vedením organizace, proto je důležité dbát na vytvoření pozitivního prvního dojmu (Horváthová a Čopíková, 2017).

Výběr zaměstnance je soubor specifických technik a metod, které vedou k uspokojování potřeb organizace (Barták, 2023). Cílem celého procesu vybírání zaměstnanců je najít nejvhodnějšího uchazeče (Palíšková et al., 2021). Při plánování a stanovování potřebného počtu zaměstnanců je důležité myslet na vnitřní a vnější faktory. Mezi vnitřní řadíme například používané technologie, stupeň automatizace, dosahovanou produktivitu práce apod. Do vnějších faktorů patří aktuální situace na trhu práce, úroveň kvalifikace pracovníků, ekonomická omezení jako je například odstupné, minimální mzda, sociální a zdravotní pojištění atd. (Váchal a Vochozka, 2013). Získat v dnešní době kvalifikovaného a zkušeného zdravotnického pracovníka může být těžké. Pouze objevení potencionálního zaměstnance na pracovním trhu může trvat až osm měsíců. Z toho plyne, že je zapotřebí vynaložit veškeré úsilí, aby jeho první den v organizaci nebyl i posledním (Horáková, © 2018). Vyhledávání nových pracovníků se odehrává za pomoci pracovního náboru (Barták, 2023). Cílem celého náboru nových pracovníků je získat vhodného pracovníka na předem danou pracovní pozici. Získání by mělo být účelné a mělo by vycházet z předem zjištěných potřeb (Váchal a Vochozka, 2013). Nábor se odvíjí od přesných potřeb jednotlivých pracovišť (Barták, 2023). Výběr zaměstnance lze provést za pomoci těchto kroků: prvotní přijetí, testy pro přijetí do zaměstnání, přijímací pohovor, osobní či zaměstnanecké doporučení, posouzení zdravotního hlediska uchazeče, pohovor s budoucím nadřízeným, předvedení práce v reálném čase, a nakonec dohodnutí o přijetí či nepřijetí (Klímová a Brabcová, 2019).

Získat nového zaměstnance lze na základě interních či externích zdrojů a za pomoci různých metod (Zítková et al., 2015). Vyhledávání pracovníků z vnějších zdrojů má své výhody i nevýhody. Výhodou může být možnost výběru z širšího okruhu uchazečů, snazší adaptace nového pracovníka nebo také snaha nového pracovníka o vybudování pozitivního image (Barták, 2023). Na druhou stranu má vyhledávání z vnějších zdrojů i své nevýhody, ze kterých můžeme uvést odlišné očekávání, kritičnost stávajících zaměstnanců k nováčkovi, riziko narušení zavedených návyků a stylu chování apod. Vyhledávání pracovníků z interních zdrojů má výhody v tom, že organizace pracovníka již zná a pracovník zná organizaci a své spolupracovníky (Váchal a Vochozka, 2013; Barták, 2023). Vyhledávání pracovníků z vnitřních zdrojů může mít výhodu i v ekonomické nenáročnosti či uplatnění kariérního růstu (Barták, 2023). Další výhodou je,

že danou pracovní pozici se podaří obsadit rychleji, než kdyby šlo o vyhledávání ze zdrojů externích (Váchal a Vochozka, 2013). Barták (2023) uvádí i nevýhody výběru zaměstnance z vnitřních zdrojů jako je psychologická bariéra, kdy je složité spojit se s vedením bývalých kolegů nebo převaha rivality nad spoluprací u méně úspěšných jedinců.

Mezi metody získání pracovníků můžeme zařadit inzerce v tisku, veletrhy pracovních příležitostí, spolupráce s úřady, přímé oslovení potenciálního spolupracovníka, získávání nových zaměstnanců ze vzdělávacích zařízení apod. (Zítková et al., 2015). Všechny výše jmenované metody řadíme do offline recruitmentu (Bejtkovský, 2018). Samotný recruitment je široký pojem a můžeme jej vnímat jako proces oslovování a nalézání nových kandidátů na volné pracovní pozice.

Další pohled na proces recruitmentu může být, že celý proces představuje souhrn činností, které organizace využívá za účelem získání nových zaměstnanců, kteří jsou vybaveni potřebnými znalostmi, dovednostmi a postoji (Bejtkovský, 2018). Wroblowska (2016) a Bejtkovský (2017) uvádějí, že v posledních letech se E-recruitment neboli online nábor stává po celém světě převládající praxí v oblasti řízení lidských zdrojů. Výhodou E-recruitmentu je především rychlost, kterou lze oslovit potenciální zaměstnance. Mezi samotné metody a nástroje E-recruitmentu můžeme zařadit nabídku pracovních pozic na webových stránkách, sociálních sítích, pracovních portálů a jiných pracovních serverů (Bejtkovský, 2018).

Každému poskytovateli zdravotních služeb by mělo jít především o to, aby získal kvalifikované specialisty a odborníky. Ve zdravotnictví je výběr vhodného uchazeče dán legislativními požadavky ohledně kvalifikace a s tím spojené kompetence (Marsová, 2019). Nejen ve zdravotnictví v České republice nynější trh práce zastupují čtyři generace zaměstnanců. Mluvíme o generaci Baby Boomers, Generaci X, Generaci Y a Generaci Z. Každá z těchto generací potřebuje odlišný přístup, protože vyrůstala v rozdílných historických, a především technologických podmínkách. Rovněž nemůžeme srovnávat různé země, kontinenty a společnosti (Bejtkovský, 2018). Organizace obecně zaměstnávají generace X a Y a také novodobou generaci, která se nazývá generace Z a generace Baby Boomers. Zaměstnanci Generace X a generace Y jsou v organizacích nejvíce zastoupeni (Weerarathne et al., 2022).

Za zaměstnance Generace Baby boomers či tzv. sendvičovou generaci (Medlíková, 2021) označujeme osoby, které se narodily v letech 1946 až 1964. Tato generace představuje velkou část celosvětové populace, a to zejména ve vyspělých zemích (Sadbury-Riley et al., 2017). Tuto generaci lze popsat jako osoby, kteří ještě sami pracují, a přitom se starají o své rodiče a děti. Jsou opatrní a významnou veličinou je pro ně finanční zajištění (Medlíková, 2021).

Generace X jsou lidi narození v letech 1965 až 1982 a v České republice nazývané též jako "Husákovy děti" (Bejtkovský, 2018) nebo individualistickou generací (Medlíková, 2021). Pro tuto generaci je typická nižší míra loajality ve vztahu k zaměstnavateli a nemají rádi formality. Ve srovnání s generací Baby Boomers mají ovšem větší odvalu a podnikatelské rysy (Bejtkovský, 2018). Podle Medlíkové (2021) je generace X nezávislá a někdy vystupují až jako rebelové. Jsou ale dobrými pracovníky, umí se přizpůsobit a jsou vynalézaví.

Generace Y je též známá jako mileniálové (Weerarathne et al., 2022) nebo tzv. technologická generace (Medlíková, 2021) a označuje lidi narozené mezi lety 1980 až 1995. Jsou sebevědomí, nezávislí a cílevědomí. Kladou důraz na kariérní růst (Weerarathne et al., 2022). Upřednostňují multitasking, jsou rychlí, nedočkaví a nezávislí. Peníze vnímají jen jako prostředek sloužící k dosažení cíle. Čas chtějí využít pro sebe i svůj osobní růst a zábavu (Medlíková, 2021). Charakterizuje je také loajalita, ambicióznost a multikulturalismus. Dokážou tedy respektovat kterékoliv etnikum a spolupracovat s lidmi jiných kultur a etnik. Generaci Y také vystihuje týmová spolupráce (Barták, 2023).

Generace Z je generace narozená od poloviny 90. let 20. století až do začátku roku 2010. Nejčastěji se jedná o roky 1995 až 2010 (Bejtkovský, 2018; Benítez-Márquez et al., 2022). Tato generace nazývaná též jako tzv. aktivistická generace je společensky zodpovědná. Zajímají se o ekologii, politiku apod. (Medlíková, 2021). Generace Z je označována za první skutečně "digitálně přirozenou" generaci, neboť se narodila a vyrůstala v digitálním a technologickém prostředí (Bejtkovský, 2018; Benítez-Márquez et al., 2022). Digitální svět vnímají jako samozřejmost, z toho důvodu, že se do něj narodili. Jsou neustále online, často komunikují pomocí obrázku, emoji a velmi snadno se adaptují (Medlíková, 2021). Již odmala se učí používat technologie a komunikovat na sociálních sítích. Někdy bývá dokonce považována za generaci závislou na technologiích

(Bejtkovský, 2018; Benítez-Márquez et al., 2022). Na druhou stranu mohou mít obavy z klimatických změn nebo finanční nejistoty (Medlíková, 2021). Generace Z, lidé narození v době internetu, vstupují na trh práce a brzy budou zodpovědní za veřejnou správu. Taková situace vytváří potřebu studovat jejich profesní motivace a kompetence (Dobrowolski et al., 2022). Problémy mohou nastat, když se střetnou pracovní hodnoty a očekávání spolupracovníků s generací Z, což může vést ke konfliktům, nedůvěře a nižší produktivitě (Dömeová, 2018).

1.3.4 Adaptace zaměstnanců

Adaptace nových zaměstnanců nebo také zapracování má za úkol uvést nové pracovníky do organizace a pracovní funkce či pozice (Váchal a Vochozka, 2013). Adaptace navazuje na proces přijímání (Palíšková et al., 2021). Adaptace nového zaměstnance se odehrává v přesně časově vymezeném období, většinou je to zkušební doba trvající první tři měsíce anebo také podle délky adaptačního procesu (Barták, 2023). Hlavním úkolem adaptace je začlenit nového pracovníka nejen do pracovního, ale také sociálního a kulturního prostředí organizace, a to co nejlépe a s co nejmenší časovou ztrátou (Palíšková et al., 2021). Pokud má nový pracovník plnit svoji funkci dobře, je potřeba aby porozuměl organizační struktuře nemocnice a rovněž svému zapojení v ní. Toho lze docílit správným seznámením s pracovištěm a náplní práce (Marx a Vlček, 2013). Proces adaptace se zaměřuje hlavně na to, aby nový pracovník zvládl rychle úkoly své funkce, získal kladný vztah k organizaci, kolektivu a dané pracovní pozici a aby dosáhl motivace pro práci ve prospěch organizace a pro svůj osobní růst (Váchal a Vochozka, 2013). Adaptační program pro nového zaměstnance zahrnuje seznámení s kulturou organizace, styl práce, pracovní podmínky, zajištění patrona, zajišťování průběžné podpory nového zaměstnance, zpracování adaptačního plánu a jeho realizaci, sledování postupu adaptace a jeho průběžné hodnocení, a nakonec i závěrečné hodnocení celého adaptačního procesu (Barták, 2023). Pro účelné začlenění do pracovního kolektivu vytváří nadřízený pracovník novému zaměstnanci adaptační plán, který obsahuje adaptační program časového rozhraní adaptačního procesu a kritéria jeho splnění. Zapracován by měl být každý nový pracovník nemocnice. Délka, rozsah i náplň zapracování odpovídá vybrané pracovní pozici. Všichni zaměstnanci by měly být zapracovány také v oblastech, které vyžaduje platná legislativa (Marx a Vlček, 2013). Adaptační proces je výhodný pro zaměstnance i zaměstnavatele (Eisel, 2021). Daný plán by měl brát ohled na náročnost pracovního místa, věku nového zaměstnance a k jeho dosavadním zkušenostem (Váchal

a Vochozka, 2013). Právě díky němu se bude nový pracovník cítit jistější a organizace tímto podnítí u nového pracovníka kladný pohled pracoviště (Eisel, 2021).

Cílem adaptačního procesu je udělat vše pro to, aby byl nový pracovník co nejdříve v souladu s nastavenými standardy dané organizace. (Eisel, 2021). První dny jsou jen zřídka produktivní a první dny až týdny jsou pro nového zaměstnance zásadní (Laloux, 2020). Adaptační proces je charakterizován čtyřmi fázemi. První fáze je přípravná a zobrazuje období před samotnou změnou pracovních podmínek. Následuje fáze globální orientace, která nastává při seznamování s novými podmínkami. Na ni navazuje fáze uvědomělé orientace, kdy si člověk začíná vědomě měnit svůj vztah k obměněným podmínkám a je tedy schopný využít svůj vnitřní potenciál. Poslední fáze je proniknutí do nových podmínek a tedy adaptace, nebo naopak rezignace a opuštění podmínek v případě selhání v předchozích fázích (Váchal a Vochozka, 2013). V adaptačním procesu se můžeme setkat s pojmem mentorství, které představuje metodu pomáhání učení s cílem rychlejšího a efektivnějšího plnění úkolů. V ošetrovatelské praxi může být mentorem například sestra-školitelka, která doprovází nového pracovníka v průběhu celého procesu adaptace (Zítková et al., 2015).

Adaptační proces můžeme rozdělit dle orientace na nově příchozí zaměstnance, zaměstnance, kteří se vrací na své prvotní pracoviště či pozici po delší době a na zaměstnance, kteří mění v rámci organizace své pracovní zařízení. Pracovníci, kteří se vrací na své prvotní pracoviště, patří například příchod z mateřské dovolené či dlouhodobější nemoci (Váchal a Vochozka, 2013).

1.3.5 Vzdelávání a rozvoj zaměstnanců

Management lidských zdrojů (personalisté) se nezaměřují jen na dosahování požadovaných standardů, ale také se snaží u svých pracovníků identifikovat a rozvíjet jejich schopnosti, ve kterých vynikají (Barták, 2023). Vzdelávání a rozvoj zaměstnanců v dnešní době patří ke strategickým personálním činnostem organizace (Palíšková et al., 2021). Vzdelávání zaměstnanců se zaměřuje na rozvoj odborných, ale i sociálních způsobilostí, a to na úrovni skupinové, individuální i celooorganizační (Barták, 2023). Mezi dosaženou mírou vzdělání a produktivitou práce existuje přímý vztah. Vzdelávání je nástrojem adaptace nově příchozích zaměstnanců, nástrojem, který zvyšuje adaptabilitu zaměstnanců a v neposlední řadě nástrojem jejich dalšího rozvoje (Palíšková

et al., 2021). Pro rozvoj talentů je důležitý především samotný výběr. Jednotlivé talenty bychom měli rozmístit tak, aby mohly co nejefektivněji využít své znalosti schopnosti. Vzájemné propojování talentů umožňuje vytváření kladných vztahů ve skupinách vedoucích pracovníků, a to vede ke stabilizaci talentů (Barták, 2023).

Odborné vzdělávání v organizaci zahrnuje mimo jiné zaškolování, doškolování, přeškolování a rozvoj (Šikýř, 2016). Vzdělávání zaměstnanců a náklady na něj by měly pro organizaci představovat návratnou investici (Barták, 2023). Cyklus systematického vzdělávání je iniciován identifikací potřeb, na který poté navazuje vzdělávací plán, který vymezuje mimo jiné cíl, cílovou skupinu, metody vzdělávání apod. (Šikýř, 2016). Cyklus vzdělávání lze rozdělit do několika fází. Jedná se o identifikaci potřeb a následné plánování vybraných forem vzdělávání. Další fází je samotná realizace formy vzdělávání a konečnou fází je zpětná vazba (Klímová a Brabcová, 2019). Identifikace potřeb rozvoje a vzdělávání plyne z prvotní analýzy požadovaných způsobilostí (Barták, 2023). Celý proces vzdělávání je ukončen vyhodnocováním výsledků (Šikýř, 2016).

Metody vzdělávání můžeme rozdělit na sebevzdělávání, interní metody vzdělávání a externí metody vzdělávání. Sebevzdělávání dává jedinci nejen nové dovednosti ale také pocit uspokojení, neboť je založeno na vytvoření potřeby. Jedná se o nejúčinnější způsob manažerského vzdělávání, protože manažer tímto rozvíjí svoji osobnost. Interní metody zahrnují techniky jako koučování, mentoring, odborné semináře, e-learning atd. Externí metody vzdělávání jsou například odborné semináře, školení, outdoorový trénink, přednáška případové studie či simulace (Klímová a Brabcová, 2019). Formální programy vzdělávání jsou například přednášky, projekty, workshopy, semináře, případové studie či on-line vzdělávání. Instruktaž, stanovení mentora, porady týmů, e-learning a další (Barták, 2023). To vše jsou formy vzdělávání, které můžeme aplikovat prostřednictvím vlastních možností organizace nebo za pomoci jiných subjektů (Zítková et al., 2015). V České republice je mnoho společností, které nabízejí školení v oblasti personalistiky, mezd, marketingu, managementu, zdravotnickém právu apod. (Brabcová a Bártlová, 2015). Pro povolání sestry je velmi důležité soustavné vzdělávání, které je vzhledem k dynamickému rozvoji oboru nezbytné (Magerčíaková a Kober, 2023).

Rozvíjení lidského potenciálu a příprava pracovníků na změny je v podstatě zrcadlením triády: *chtít – umět – moci*. První pojem *chtít* předvídá akceptaci organizační filozofie a hodnot, motivaci. Zaměstnanec tedy přijímá změnu jako možnost, kterou chce využít

(Barták, 2023). Realizaci změn lze v ošetrovatelské praxi provést třemi způsoby. První je formou příkazu, jenž je považován za donucovací postup. Druhou možností je vysvětlení změny nadřízeným, kdy se předpokládá, že změna nastane na základě vlastního rozhodnutí a zájmu sestry. Třetí možnost je dobrovolné rozhodnutí, kdy se sestry dobrovolně zapojují do procesu z takového důvodu, že změna odpovídá jejich hodnotám a cílů (Klímová a Brabcová, 2019).

Sestry jsou nejpočetnější skupinou pracovníků ve zdravotnictví a jsou stále více vystavovány vzrůstajícím požadavkům v oblasti odbornosti a odpovědnosti při péči o pacienty. Aby bylo možné těmto požadavkům vyhovět, je důležité nezapomínat na kvalitní vzdělávání. S narůstajícím vzděláním se zlepšují výsledky péče. Proto by mělo být bakalářské studium pro sestry standardním vzděláním, aby mohly čelit komplexnímu systému zdravotní péče (Bartoničková et al., 2017). Sestra má ve zdravotnickém systému nezastupitelné místo a společně s ostatními zdravotnickými pracovníky se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné či dispenzární péči, a to u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Zákon č. 96/2004 Sb. definuje odbornou způsobilost také k výkonu povolání všeobecné sestry. Odbornou způsobilost k vykonávání povolání Praktická sestra lze získat po absolvování střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra (Koncepte ošetrovatelství, 2021). Další způsoby, jak je možné způsobilosti dosáhnout jsou uvedeny v zákonu č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění.

Všeobecná sestra získává svou odbornou způsobilost k výkonu povolání studiem akreditovaného tříletého bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství nebo studijního oboru Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole zdravotnické (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění). V rámci postgraduálního vzdělávání je možné navazující specializační vysokoškolské magisterské studium, kterým sestra získá specializační způsobilost (Koncepte ošetrovatelství, 2021). Dle dosaženého vzdělání má sestra jasně stanovené kompetence a činnosti, které smí vykonávat bez nebo s odborným dohledem (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění). Tyto činnosti se také odvíjejí od toho, zda se jedná o základní ošetrovatelskou péči, specializovanou ošetrovatelskou péči nebo vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči (Koncepte ošetrovatelství, 2021).

Činnosti, které členové ošetrovatelského týmu v praxi vykonávají jsou stanoveny ve vyhlášce č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Vzdělání je základním prvkem pro poskytování profesionálního ošetrovatelství. K zachování kompetentnosti sester v průběhu celé profesní kariéry přispívá celoživotní vzdělávání sester. Zahrnuje školení a vzdělávání v rozvoji řídicích schopností, v klinické praxi, v rozvoji výzkumných dovedností, v praxi založené na důkazech, v edukaci a mentorství. Do možností celoživotního vzdělávání můžeme zařadit například absolvování certifikovaných kurzů, odborných stáží, účast na kongresech a konferencích v akreditovaných zařízeních apod. Do celoživotního vzdělávání řadíme také další studium bakalářských, magisterských a doktorských studijních programů (Koncepce ošetrovatelství, 2021). V České republice nabízí specializační, certifikované, inovační či odborné vzdělání Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Nekudová, 2022). Mezi formy celoživotního vzdělání můžeme zařadit specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy a odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školících konferencích, kongresech, e-learningový kurz ale i samostudium odborné a vědecké literatury (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

1.3.6 Hodnocení a odměňování zaměstnanců, péče o zaměstnance

Nejdůležitějšími zdroji každé zdravotnické organizace jsou zaměstnanci (Magerčiaková a Kober, 2023). Hodnocení či zpětná vazba je důležitá nejen pro plnění úkolů, ale také pro motivaci zaměstnanců (Urban, 2017a). Hodnocení pracovníků je nedílnou součástí každého vedoucího pracovníka (Váchal a Vochozka, 2013). Pravidelné hodnocení má za cíl shrnout všechna průběžná hodnocení, probrat také dlouhodobější výkon pracovníka a podpořit jeho motivaci. Dává možnost odhalit všechny možné příčiny nespokojenosti zaměstnance a určit si cíle pro následující období (Urban, 2017). Hodnocení také dává organizaci možnost odhalit skutečný stav lidského potencialu. Správně propracovaný systém hodnocení je velmi cenným nástrojem sloužící pro rozvoj kvalifikace pracovníků, plánování jejich kariéry, motivaci a odměňování (Klímová a Brabcová, 2019). Nejobvyklejší formy hodnocení jsou cyklická hodnocení a hodnotící rozhovor (Barták, 2023). Pokud bude zpětná vazba načasovaná špatně, může být výsledkem demotivace pracovníků (Slouka, 2017). Hodnocení zaměstnanců by mělo být prováděno na základě strukturovaných pohovorů nebo dotazníků (Barták, 2023). Pokud chceme vybrané

spolupracovníky ocenit, měli bychom to udělat veřejně. Také je zapotřebí jasně vystihnout, za co konkrétně je daný zaměstnanec oceněn (Bednář, 2018). Metody hodnocení zaměstnanců mohou mít různou formu. Uvést lze metody verbální, neverbální a kombinované metody (Klímová a Brabcová, 2019).

Do oblasti péče o zaměstnance řadíme jednak povinnou péči, která plyne ze zákoníku práce a kolektivních pracovních smluv, a dále péči dobrovolnou. Dobrovolná péče je cílena zejména na poskytování zaměstnaneckých benefitů a dalších služeb. Veškerá péče o zaměstnance je jedním z významných nástrojů motivace zaměstnanců (Palíšková et al., 2021).

Péče o zaměstnance je nedílnou součástí pracovněprávních vztahů. Povinná péče o zaměstnance se zaměřuje na pracovní podmínky, odborný rozvoj a stravování zaměstnanců a zvláštní pracovní podmínky některých pracovníků. Péče o zaměstnance je ukotvena v zákonu č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění.

Pracovní smlouva a její založení bývá nejčastěji spojováno s ustanovením pracovního poměru. Každá pracovní smlouva musí být uzavřena písemně a obsahovat následující náležitosti – druh práce, na který je zaměstnanec přijímán, místo výkonu práce a den nástupu do práce. Do pracovní smlouvy lze zahrnout také další podmínky jako například kratší pracovní dobu, vysílání na pracovní cesty, individuální mzdové podmínky apod. (Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců, 2023). Každý zdravotnický pracovník má své povinnosti a pravomoci jasně definované. Tyto povinnosti a pravomoci musí odpovídat jejich skutečné činnosti a musí být definovány písemně, například jako příloha pracovní smlouvy (Marx a Vlček, 2013).

Pokud se náplň práce odvíjí od odborné kvalifikace (dosažené vzdělání, délka praxe), musí být náplň práce s těmito požadavky v souladu. Kompetence každého pracovníka by měly být průběžně hodnoceny a aktualizovány (Marx a Vlček, 2013). Jednotlivé kompetence sester se odvíjejí od dosaženého vzdělání. Vyšších kompetencí může sestra dosáhnout například absolvováním specializačního vzdělávání. Některé kompetence lze získat také na základě certifikovaných kurzů pro sestry (Koubová, 2023b). Náplň práce všeobecných sester zahrnuje ošetrovatelskou péči, diagnostické a terapeutické činnosti, psychosociální činnosti, administrativní práci, řídicí a edukační činnosti, kontrolní a výzkumné činnosti a také činnosti pedagogické (Koncepce ošetrovatelství, 2021).

Zaměstnanecké výhody (benefity) patří mezi zvláštní formu odměňování zaměstnanců. Na rozdíl od odměn, které jsou většinou poskytovány za nadstandardní výkon, jsou poskytovány plošně (Barták, 2023). Odměny můžeme rozlišit na hmotné, kam patří finanční či naturální odměny a nehmotné, kam řadíme možnost odborného růstu, projev úcty, pocit jistoty a bezpečí apod. (Klímová a Brabcová, 2019). Spokojenost zaměstnance s prací představuje soubor faktorů, které vedou k pocitu spokojenosti (Magerčiaková a Kober, 2023).

1.3.7 Motivace zaměstnanců

Pracovní motivace nám odpovídá na otázku, proč lidé pracují (Magerčiaková a Kober, 2023). Motivaci můžeme chápat jako důvod, proč věci děláme. Je to naše hnací síla, proces, který dává organismu energii (Medlíková, 2021). Také představuje soubor pohnutek, které nás podněcují k dané činnosti (Magerčiaková a Kober, 2023). Celý hodnotící a motivační systém je základem každé organizace. Není důležité jen to, jak velkou odměnu pracovník dostane, ale záleží také na způsobu (Bednář, 2018). Motivační proces patří podle Magerčiakové a Kobera (2023) k těm nejsložitějším procesům v práci manažera. Motivaci vytvářejí základní i sociální potřeby (Váchal a Vochozka, 2013). Dobře motivovat své spolupracovníky lze pomocí správně zvoleného modelu řízení (Slouka, 2017). Motivovaný člověk je totiž více cílevědomý a podává dlouhodobě kvalitnější výkony (Medlíková, 2021). Motivace je jedním ze základních předpokladů pro úspěšnost a efektivitu výkonnosti lidí v pracovním procesu (Magerčiaková a Kober, 2023). Může se ale stát, že narazíme na problematické osobnosti, jejichž slabé stránky omezují efektivitu úrovně mezilidských vztahů. V tomto případě je vhodné se zamyslet nad možnostmi osobního rozvoje pracovníků. Vedoucí pracovník má celou řadu možností a intervencí, které může pro rozvoj aplikovat. Může se jednat o koučování, vzdělávání a trénink, stínování či týmovou práci (Bělohlávek, 2016).

Ve zdravotnictví je pracovní spokojenost a motivace předmětem studií již od 30. let 20. století. V současné době se pozornost zaměřuje na vytvoření prostředí, které by omezilo fluktuaci zdravotních pracovníků (Vévoda et al., 2013). Pokud budou sestry dlouhodobě demotivované, problém nebude jen vysoký výskyt fluktuace, ale také výskyt psychických či somatických obtíží, které mohou skončit až syndromem vyhoření (Rambousková a Ratislavová, 2018).

Motivace byla popsána také jako schopnost přimět ostatní jedince, aby dělali to, co chce někdo jiný (Magerčiaková a Kober, 2023). Barták (2023) popisuje motivaci jako cílenou snahu pozitivně ovlivňovat hodnotový směr pracovníků, především vyšší potřeby těchto pracovníků: potřebu sounáležitosti, potřebu uznání a potřebu osobního rozvoje. Motivaci si lze představit jako skupinu nejrůznějších faktorů, které představují hnací síly činnosti člověka, které regulují jeho jednání (Váchal a Vochozka, 2013). Medlíková (2021) uvádí obecná motivační pravidla, ze kterých lze zmínit například tato: pracujte na sobě a umožněte to i ostatním, respektujte rozdílnost, nastavte si pevné hranice a nesnižujte se pod ně, projevujte lidem důvěru a povzbuzujte a podporujte je, sdílejte informace. Barták (2023) zmiňuje jako základní motivační zdroje potřeby, návyky, zájmy, ideály a hodnoty.

Motivační faktory rozdělujeme na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou osobní důvody nebo chuť pracovníka odvádět danou práci dobře. Vnější faktorem může být uznání, pochvala, kritika i zpětná vazba, výsledky, úspěchy apod. (Slouka, 2017; Medlíková, 2021). Kritika nám dovoluje upozornit na chybný způsob vykonávání činnosti a souběžně by měla být pobídkou k nápravě (Magerčiaková a Kober, 2023). Oba druhy motivace potřebujeme, ale pouze vnitřní motivace vydrží dlouho. Vnější motivace je potřebná, protože občas každý z nás potřebuje tzv. „nakopnout“ (Medlíková, 2021). Manažeři sester dávají přednost motivovaným zaměstnancům z toho důvodu, že se snaží najít ten nejlepší způsob, jak své povolání vykonávat (Magerčiaková a Kober, 2023). Další možné dělení motivace je na aktivní motivaci a pasivní motivaci. Aktivní motivační faktory jsou životní pojištění, služební automobil k osobním potřebám apod. Pasivní faktor je skutečnost, že pracovník dostává mzdu (Slouka, 2017). K motivaci zaměstnanců lze využít motivační nástroje, jako je například pochvala, která vede zaměstnance, aby tímto způsobem pracoval i nadále (Bělohlávek, 2016). Pochvala by měla být adresná, konkrétní a měla by být zveřejněna (Magerčiaková a Kober, 2023). Jako další motivační nástroje můžeme použít mimořádnou odměnu za nevšední výkony, hodnocení práce a zaměstnance v pracovním procesu, porovnání vlastních výsledků a výsledků ostatních apod. (Barták, 2023). K pracovní motivaci můžeme dosáhnout motivací sebe samotných tím, že nacházíme práci, která uspokojuje naše potřeby, jedná se tedy o vnitřní motivaci. V dalším případě můžeme být motivováni managementem organizace prostřednictvím pochvaly, odměňováním, povýšením apod. (Magerčiaková a Kober, 2023). Opačným nástrojem je kritika, která by měla být zaměřena na výsledky práce a říct zaměstnanci, aby danou aktivitu již neopakoval a zkusil ji provést příště jiným způsobem (Bělohlávek,

2016). Medlíková (2021) říká, že i samotná chyba může být motivátorem, pokud se na chyby díváme jako na zkušenosti a pokud k chybám dáváme a dostáváme správnou zpětnou vazbu. Urban (2017a) uvádí jako základní motivační nástroje odměny, které nejsou jen finanční a dále také sankce. Medlíková (2021) uvádí, že lze motivovat také zpětnou vazbou, která by měla být popisná a ne hodnotící. Dále by zpětná vazba měly být dávana v soukromí, s proaktivním přístupem a bezprostředně po události a zvolit k tomu vhodnou formulaci slov. Zpětná vazba měly být také co nejkonkrétnější (Urban, 2017a).

Pokud chce manažer své spolupracovníky dobře vést, měl by znát jejich hodnotou orientaci. Pro člověka je totiž typický tzv. žebříček hodnot. Manažer by měl znát také samotnou osobnost spolupracovníků. Lze říct, že cokoliv, co člověk vnímá jako hodnotu, může být motivačním faktorem (Vévoda et al., 2013).

Pracovní motivaci ovlivňuje příznivě i nepříznivě celá řada faktorů. Proto dalším možným tříděním je Maslowovo třídění motivačních faktorů, které se opírá o posloupný systém lidských potřeb, jenž představuje pět skupin potřeb (Urban, 2017a). Také Klímová a Brabcová (2019) zmiňují několik teorií motivace. Jedná se například o Maslowovu teorii hierarchie potřeb, která je jednou z nejznámějších. V praxi jde o to, že vyšší stupeň potřeb motivace lze naplnit až po uspokojení nižších potřeb. Teorie X a Y Douglase McGreogora, kde teorie X představuje lidi, kteří mají vrozený odpor k práci a je potřeba mít nad nimi stálý dozor. Teorie Y zase označuje takové lidi, kterým je duševní a fyzická námaha při práci přirozená, mají ochotu se angažovat a není potřeba mít nad nimi stálý dozor. Adamsova teorie spravedlnosti popisuje, že lidé jsou motivovanější, jeli s nimi zacházeno slušně a spravedlivě. V pracovním kontextu bereme motivaci jako soubor faktorů, které vyvolávají, udržují a usměřňují psychickou aktivitu zaměstnance v takovém směru, kterým dojde k znovuoobnovení psychické rovnováhy. Z toho vyplývá, že každé lidské chování se zaměřuje na dosažení cíle, stává se tedy chováním motivovaným (Magerčiaková a Kober, 2023).

Lze říci, že otázka přizpůsobení motivačních nástrojů různým generacím je dobře známá a existuje mnoho studií o generačních rozdílech (Dobrowolski et al., 2022). Nejvíce pracovníků je zastoupeno z generací X, Y a Z. Při motivování bychom i toto pomyslné rozdělení měli zohlednit. Generaci X zastupují lidé s věkovým rozpětím 35-50 let věku. V práci je můžeme motivovat za pomoci peněz, kariérního růstu či osobním rozvojem (Medlíková, 2021; Weerarathne et al., 2022). Generace Y jsou lidé mezi 22-35 lety

(Medlíková, 2021) a je to tzv. technologická generace (Bejtkovský, 2018). V pracovní motivaci lze nabídnout pružnou pracovní dobu, home office, zdělávání online apod. Tito lidé nemají rádi rutinu a upřednostňují práci s vysokým smyslem. Generace Z, lidé mezi 18-22 lety věku, či tzv. aktivistická generace. Motivovat v práci je lze pomocí finanční jistoty, silné a pravdivé kultury organizace. Vhodně motivovat generaci Z lze i možnostmi specifického stravování, jako je vegetariánské, veganské, bezlepkové apod. (Medlíková, 2021). Lepší pochopení jednotlivých charakteristik navíc umožní vedoucím pracovníkům lépe přizpůsobit pracoviště a řídit různé typy rizik, včetně řízení lidských zdrojů. V neposlední řadě může pomoci udržet šikovné mladé zaměstnance a rozvíjet pracoviště, která si generace Z přeje (Dobrowolski et al., 2022).

1.3.8 Hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví

Kvalitu zdravotních služeb lze charakterizovat jako stupeň dokonalosti poskytované péče k nynějším znalostem medicíny, vědy a technologického vývoje. Kvalita zdravotní péče je dynamický proces (Klímová a Brabcová, 2019). Systém řízení kvality je mechanismus, který zajišťuje, že jsou dané postupy prováděny v souladu s dohodnutými standardy za účasti všech zaměstnanců (Magri a Martín, 2021). V České republice je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb stanoveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zdravotní péče musí být bezpečná, účinná, spravedlivá, efektivní a zaměřena na lidi (Klímová a Brabcová, 2019). Po dosažení požadované úrovně kvality prostřednictvím změn v praxi je další výzvou tento standard praxe udržet. Se zavedeným funkčním systémem řízení kvality a odpovídajícími zdroji jsou základními prvky potřebnými k udržení programu trvalé nasazení a pozornost personálu (Magri a Martín, 2021).

Jen málo odvětví se vyrovná rozsahu zdravotnictví. Jedna návštěva zdravotnického zařízení vyžaduje spolupráci multidisciplinárního týmu lékařských a nelékařských pracovníků, pacientů a jejich blízkých. Koordinace a poskytování bezpečné a vysoce kvalitní péče vyžaduje spolehlivou týmovou práci a spolupráci v rámci organizačních, oborových, technických a oblastí i napříč nimi (Rosen et al., 2018). Kontroly můžeme rozdělit dle hledisek. Podle subjektu na interní či externí kontrolu, podle termínu na řádnou a mimořádnou a podle časového charakteru na předběžnou, průběžnou a následnou. Kontrola by také měla být manažery prováděna kontinuálně s procesem plánování (Klímová a Brabcová, 2019). K hodnocení a zvyšování kvality a bezpečí

zdravotních služeb je určen jako účelná zpětná vazba audit (Pokorná et al., 2019). Audit představuje zobrazení a vyhodnocení důkazů o informaci za účelem určit a vykázat stupeň shody mezi získanými informacemi a stanovenými kritérii (Klímová a Brabcová, 2019). Jsou to dané postupy, které slouží ke zkvalitňování odborné praxe a zlepšení profesní úrovně dovedností či znalostí zdravotnických pracovníků (Pokorná et al., 2019). Audit by měl být vykonán nezávislou a kompetentní osobou (Klímová a Brabcová, 2019).

Personální audit umožňuje posuzovat například výkonové charakteristiky zaměstnance a zároveň umožňuje jejich samotné zlepšování v souladu se záměry organizace (Barták, 2023). Rozdíl mezi interním a externím auditem je ten, že externí auditor je osoba, která je zapsána v seznamu auditorů a je nezávislá ke státním orgánům i k vedení auditované organizaci (Klímová a Brabcová, 2019). Proces interního auditu začíná plánováním, který probíhá dle předem stanoveného harmonogramu. Dalším krokem je samotná realizace auditu, v kterém je základním pracovním dokumentem checklist a poté zpráva z interního auditu, jenž obsahuje vyjádřená a plán k řešení neshod. Posledním bodem je hodnocení procesu interních auditů (Pokorná et al., 2019). Rozdíly můžeme najít také mezi controllingem a interním auditem. Controllingu nenáleží, oproti internímu auditorovi, samotná kontrola organizačních činností, ale je něj z části přeneseno jejich plánování a koordinace (Klímová a Brabcová, 2019).

Klinický audit hraje zásadní roli při zlepšování kvality péče o pacienty, a proto je považován za základní kámen klinického řízení (Alyacoubi et al., 2021). Správný manažer každého zdravotnického zařízení musí mít schopnost posoudit, na kolik procent plní organizace své cíle a funkce a identifikovat tak problémové oblasti, které by se v budoucnu mohly stát pro organizaci hrozbou ve smyslu stability a požadovaných výsledků (Klímová a Brabcová, 2019). Zdravotnická zařízení mohou poskytovat kvalitní služby pouze tehdy, pokud je jejich fyzická infrastruktura vybavena odpovídajícím a funkčním materiálem a zásobami, pokud mají dostatečný počet vzdělaných pracovníků, kteří poskytují zdravotní služby v souladu s doporučenými postupy péče a pokud je jejich cílová skupina pacientů se službami spokojena a nadále je využívá (Fisseha et al., 2017).

Indikátory kvality můžeme definovat jako měřitelná kritéria či proměnné, jenž v porovnání s určitou normou, standardem a interním předpisem označují, jak hodně bylo daného standardu dosaženo (Klímová a Brabcová, 2019).

1.4 Řízení rizik a akreditační standardy

Řízení rizik je systematickým modelem identifikace, hodnocení a konání aktivit, které vedou k prevenci či řízení klinických, administrativních, zaměstnaneckých či provozních rizik v dané organizaci (Šupšáková, 2017). Neustálé hledání toho nejlepšího pro zdravotnické pracovníky, spojené s tím nejlepším pro pacienty, vedlo k výraznému zrychlení směrem k neustálému zlepšování kvality péče (Dionisi et al., 2021). Cílem řízení rizik je v co nejjednodušším podání eliminovat a minimalizovat ztrátu (Šupšáková, 2017). Řízení rizik ve zdravotnictví slouží k reaktivnímu i proaktivnímu zajištění bezpečnosti pacientů a zároveň pomáhá chránit hodnotu zdravotnických organizací (Schweikart a Eng, 2020). Pro risk management každé organizace jsou důležité, aby řízení rizik bylo zaměřeno na veškeré sféry činnosti, nejen na ošetrovatelskou a léčebnou péči. Důležité také je, aby řízení rizik bylo postaveno na určení klíčových elementů struktury risk managementu, fungujícím kontrolním systémem a systémem zpětné vazby, jenž pokrývá souhrnně všechna rizika, předpisy, směrnice. K řízení rizik organizace používá model v pěti krocích rozhodovacího procesu. Celý program řízení rizik totiž chrání hodnoty organizace (Šupšáková, 2017).

Rizika jsou nedílnou součástí světa a patří k jeho charakteristikám, proto není možné, aby se jim subjekty zcela vyhnuly. Přestože se rizika mohou v různých oblastech podnikání lišit, existují takové hrozby, které se týkají všech společností. Za těchto podmínek by se k ošetření rizik nebo ke snížení jejich úrovně měly používat konkrétní postupy, techniky nebo nejlépe celý systém. Takový systém označovaný obecně jako řízení rizik se skládá z celé řady kroků a metod (Žwáková, 2018). Riziko je matematický pojem vztahující se k možnosti utrpět újmu ve vztahu k více či méně předvídatelným okolnostem. Tento pojem, který je vlastní každé lidské činnosti, lze převést do zdravotnictví v podobě klinického, pracovního, environmentálního a pojistného rizika (Dionisi et al., 2021).

Existuje mnoho modelů a teorií vzniku rizik, avšak pro účely poskytování zdravotní péče se stal nejjednodušším a přijatelným modelem „*model švýcarského sýra*“. Model vychází z představy, že na počátku stojí rizika a hrozby, které by mohly proniknout bariérami (vrstvami), jenž by byly v ideálním případě z homogenního materiálu. V praxi ale tyto vrstvy obsahují „díry v sýru“, které zobrazují možná selhání. Záleží tedy na kombinaci všech těchto okolností, zda ke konečnému negativní chybě nebo ztrátě, dojde (Šupšáková, 2017). Existuje několik důvodů, proč je důležité identifikovat díry na každé

úrovni systému nebo je alespoň hledat při každém bezpečnostním šetření. Čím více děr identifikujeme, tím více příležitostí máme ke zlepšení bezpečnosti systému (Wiegmann et al., 2022). Tento model uvádí, že na různých úrovních organizace dochází ke kombinaci chyb a nedbalostí, a pokud se všechny tyto chyby seřadí do jedné linie, dojde k nehodám. Některé z těchto faktorů jsou chyby v lidských činnostech nebo v situacích na pracovišti a jiné souvisejí se slabým řízením nebo špatným návrhem systému. Pokud se tedy na kterékoli z úrovní zohlední potřebné ohledy, pravděpodobnost nehody se výrazně sníží. V tomto modelu se hodnotí vedoucí ukazatele, preventivní bariéry, zaostávající ukazatele a stav bariér. Kromě toho se v modelu zohledňuje také stav působení pracovních rizik na zaměstnance a míra výskytu nemocí z povolání (Karimi et al., 2021).

Bezpečnost pacientů a zdravotníků ve zdravotnickém prostředí je základní rozměr kvality. Jestliže se v praxi dlouho kladl důraz na prevenci nebo omezení aktivních chyb, dnes se spíše zdůrazňuje potřeba kontroly rizikových faktorů (Dionisi et al., 2021). V programu řízení rizik by mělo být uvedeno kdo je pověřen hlášením dané akce; co je požadováno hlásit; kdy mají být daná rizika ohlášena; kde by měla být informace zaznamenána a jak by se měly užívat nástroje a procesy k řízení rizik (Šupšáková, 2017). Marsová (2018a) uvádí, že se v praxi jako velmi kvalitní nástroj pro posouzení rizik ukázala FMEA (Failre Mode and Effect Analysis) metoda. Díky této metodě lze identifikovat, analyzovat a také hodnotit rizika. Jedná se o proaktivní nástroj, který je velmi často využíván také v zahraničí.

Akreditační standardy aktualizuje dle potřeby Spojená akreditační komise (SAK) České republiky. Akreditace slouží jako nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb. Akreditační standardy popisují účel a naplnění standardu a jsou rozděleny do jednotlivých kapitol, které odpovídají vybraným činnostem při poskytování zdravotních služeb v nemocnici. Ve standardech nalezneme zaměření na klinické aktivity i na aktivity organizační a manažerské. (Marx a Vlček, 2013).

Personalistika a řízení lidských zdrojů je jednou z oblastí akreditačních standardů. Zaměřuje se na plánování personálního zajištění zdravotních služeb, na požadavky při vedení osobních spisů a jejich obsah, dále se zabývá adaptačním procesem a jednotlivými kompetencemi. Součástí standardů jsou i nároky na vypracování plánu BOZP. Požadavky ohledně BOZP vycházejí rovněž ze zákoníku práce (Šupšáková, 2017).

Nemocnice musí identifikovat jednotlivá rizika na všech pracovištích, a to především rizika biologických činitelů, RTG záření, rizika spojená s manipulací s cytostatiky, poranění injekční jehlou apod. K těmto možným rizikům musí nemocnice přihlídnout a stanovit tak pravidelné preventivní prohlídky pracovníků. Nemocnice musí zajistit osobní ochranné pracovní pomůcky a přizpůsobit školení BOZP na určitých pracovištích (Marx a Vlček, 2013). Požadavky na zajištění BOZP jsou v souladu se zákonem č. 309/2006 Sb., o zajištění podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů.

Akreditační standardy zaměřené na řízení lidských zdrojů obsahují šest oblastí (Marx a Vlček, 2013). Poskytovatelé zdravotních služeb by měli mít vytvořen plán potřebného počtu pracovníků (Šupšáková, 2017). Také by měl být vytvořen plán aktuálního stavu rozvoje kvalifikací jednotlivých pracovníků (Marx a Vlček, 2013) a to za účelem plánování jejich zařazení na vyšší stupeň práce na základě potřeb poskytovatele zdravotních služeb (Šupšáková, 2017). Dále akreditační standardy definují povinnost vedení osobního spisu každého zaměstnance. Tento spis by měl být pravidelně aktualizován (Šupšáková, 2017). Osobní spis by měl obsahovat osobní údaje zaměstnance a jeho předpoklady pro výkon práce – žádost uchazeče o zaměstnání, životopis, doklad o dosaženém vzdělání, lékařské posudky od poskytovatele pracovnílékařských služeb, doklad o dosažené kvalifikaci, pracovní posudek od předchozího zaměstnavatele apod. Dále by měl obsahovat smlouvy, jako například pracovní smlouvu a její dodatky, dohodu o srážkách ze mzdy, kvalifikační dohody apod. V osobním spisu by také měla být informace o práci a chování – doklad o absolvovaných školeních, hodnocení zaměstnance, změna pracovního zařazení, stížnost zaměstnance, upozornění na nedostatky v práci atd. V oblasti příjmů a odměn je součástí osobního spisu smlouva o mzdě, mzdový nebo platový výměr, doklad o složkách mzdy nebo platu, evidence o zdanitelných příjmech ze závislé činnosti, evidenční list pro důchodové zabezpečení aj. V osobním spisu nalezneme také údaje o pracovní době a o skončeném pracovním poměru (Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců, 2023).

Akreditace zdravotnického zařízení v oblasti kvality a bezpečí péče je externí, systematický, pravidelný a dobrovolný proces hodnocení, kterému se zdravotnická zařízení podrobují, aby prokázaly, že splňují požadavky na vyšší úroveň kvality péče (Franco Herrera et al., 2021). Akreditace je považována za uznávaný nástroj hodnocení

a zvyšování kvality zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že akreditace nenabízí jen kontroly ale i možnost, aby se nemocnice zapojily do zlepšování, dá se očekávat, že akreditace bude spojena s lepšími klinickými výsledky (Lam et al., 2018). Výsledky akreditačního programu se odrážejí na vyšším stupni výsledků klinických výkonů a účinnosti organizačních systémů, včetně systémů řízení lidských zdrojů nebo organizačních procesů péče (Greenfield et al., 2019). Akreditační standardy můžeme chápat jako doporučené postupy, která jsou pro zájemce o akreditaci vybraného zařízení závazná. Standardy popisují minimální požadavky na zajištění bezpečné a kvalitní péče, jež je poskytována v odpovídajícím a bezpečném prostředí (Šupšáková, 2017).

1.4.1 Nežádoucí události

Nežádoucí události jsou jednou ze sledovaných oblastí při udělování akreditace. Nežádoucí události jsou takové události či okolnosti, jež mohou vést nebo už vedly k tělesnému poškození pacienta, kterému bylo možné předcházet a události se tak vyhnout. Dále se za nežádoucí událost považuje neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta s následkem trvalého poškození či úmrtí a zároveň toto poškození není obvyklou komplikací zdravotního stavu. Mezi nežádoucí události patří mimo jiné infekce spojené se zdravotní péčí, komplikace s medikací, s vedením zdravotnické dokumentace, s podáváním výživy, s pády či s klinickým výkonem. Dále také technické problémy a neočekávané chování ze strany zdravotnických pracovníků i pacientů (Pokorná et al., 2019). Minimalizovat pravděpodobnost výskytu nežádoucích událostí, jež se ve zdravotnictví vyskytují lze pomocí resortních bezpečnostních cílů. Pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče stanoveno celkem osm resortních bezpečnostních cílů (Klímová a Brabcová, 2019). Mezi nejvíce sledované kategorie nežádoucích událostí patří medikační pochybení, pády a chyby v diagnostice (Škrla, 2017). Nemocniční zařízení mají povinnost zavádět nesankční systém ohlašování nežádoucích událostí. Tento systém má za cíl ochránit pracovníka, který nežádoucí událost nahlásí před postihem. Pro větší motivaci pracovníků tyto události ohlašovat je možné zajistit jejich anonymitu (Klímová a Brabcová, 2019). V České republice zajišťuje sledování nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb na centrální úrovni Ústav zdravotních informací a statistiky v ČR za pomoci Systému hlášení nežádoucích událostí (Pokorná et al., 2020). Metoda, jež je vhodná právě k identifikaci nežádoucích událostí i jiných neshod je analýza příčin a jejich následků. Jedním z možných způsobů,

jak tuto analýzu graficky vyjádřit je Ishikawův diagram, jenž připomíná kostru ryby. Tento diagram je vhodný například k ilustraci klinických problémů, identifikaci rizik při řízení lidských zdrojů nebo při neshodách v administrativních oblastech zdravotní péče. Pomocí diagramu lze lépe vizuálně vystihnout základní příčiny daného problému (Marsová, 2018b).

2 Cíle

V následující kapitole jsou uvedeny cíle výzkumného šetření. K uvedeným cílům je stanoveno deset výzkumných otázek.

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jakým způsobem vedení nemocnice stanovuje potřebný počet ošetrovatelského personálu a jeho kvalifikaci.
2. Popsat povinné náležitosti osobního spisu sester.
3. Popsat náplň práce sester.
4. Popsat adaptační proces sester absolventek s ohledem na náplň práce a požadavky české legislativy.
5. Zmapovat, jak probíhá pravidelné hodnocení pracovního výkonu sester.
6. Zmapovat nejčastější rizika u sester v průběhu výkonu jejich povolání.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem vedoucí sestry stanovují doporučený počet ošetrovatelského personálu v nemocnici a jeho kvalifikaci?
2. Jakým způsobem vedení nemocnice zajišťuje kontinuální vzdělávání sester?
3. Jaké náležitosti obsahuje osobní spis sestry?
4. Jaká je náplň práce sester?
5. Jakým způsobem se stanovují a aktualizují kompetence sester?
6. Jak probíhá adaptační proces sester absolventek?
7. Jak probíhá pravidelné hodnocení pracovního výkonu sester?
8. Jakým způsobem je ukončen adaptační proces sester?
9. Jakými nejčastějšími riziky jsou ohroženy sestry při výkonu jejich povolání?
10. Jakým způsobem jsou sestry seznámeny s pravidly bezpečnosti a ochrany zdraví při práci?

2.3 Operacionalizace základních pojmů

Adaptační proces je součástí adaptace nového zaměstnance. Jedná se o plán, který seznamuje pracovníka s danou organizací, stylem práce, podmínkami. V adaptačním

procesu je zvykem, že má nováček přiděleného svého patrona, který mu zajišťuje podporu a pomocnou ruku (Barták, 2023).

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP) je mezivědní obor, který má za úkol předcházet ohrožení a poškození lidského zdraví při práci a je legislativně opatřen (Šupšáková, 2017).

Kompetence sester jsou definovány ve vyhlášce č. 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která udává, jaké činnosti smí daný odborník vykonávat.

Kvalifikace je odborná způsobilost či stupeň odporné přípravy k výkonu povolání (Zitková et al., 2015).

Osobní spis je aktuální soubor informací o pracovníkovi a má jej zavede každý pracovník nemocnice. Obsahuje informace o jeho dosaženém vzdělání, předchozí odborné praxi a doklady, jenž vyžaduje legislativy (Marx a Vlček, 2013).

Ošetřovatelský personál neboli ošetřovatelský tým je tvořen zdravotnickými pracovníky, kteří mají různou úroveň odborné způsobilosti a vymezené kompetence. Jsou to všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, sestry se specializovanou způsobilostí, ošetřovatelé a sanitáři (Koncepce ošetřovatelství, 2021).

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

K získání dat byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Tato forma sběr a vyhodnocení výzkumných dat byla zvolena z důvodu hlubšího a podrobnějšího průzkumu dané problematiky. Tato metoda umožňuje široce rozptýlený sběr dat bez počátečního stanovení proměnné. Jde o indukivní metodu a teprve po dostatečném sběru dat se začíná pátrat po pravidelnostech (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Před zahájením šetření byla kontaktována ředitelka ošetrovatelské péče nemocnice, se kterou bylo výzkumné šetření konzultováno a následně také povoleno. Písemný souhlas s výzkumem je k dispozici u autorky práce. V úvodu bylo všem účastníkům výzkumného šetření sděleno, že výzkum je anonymní a konečné výsledky budou použity pouze pro účely této práce.

3.2 Použitá technika sběru dat

Sběr dat probíhal formou hloubkových rozhovorů. Jednotlivé rozhovory se uskutečnily formou osobního setkání na jednotlivých odděleních ve vybrané nemocnici. Rozhovory probíhaly pouze mezi autorkou a probandkou. Jednotlivé rozhovory trvaly přibližně 30 minut a byly nahrávány.

Pro rozhovor bylo předem připraveno 14 otázek, které byly zaměřeny na řízení lidských zdrojů ve vybrané nemocnici, viz příloha 1. První dvě otázky se zaměřovaly na stanovování doporučeného ošetrovatelského personálu, jeho kvalifikaci a legislativní normu s tím spojenou. Další otázka směřovala do oblasti kontinuálního vzdělávání sester a motivace. Otázky se zaměřovaly také na osobní spis zaměstnance a náplň práce sester. Dvě otázky byly vyhrazeny pro dotazování na adaptační proces. V neposlední řadě byla otázka zaměřena na hodnocení pracovního výkonu sester. Poslední otázky se vztahovaly k nejčastějším rizikům při výkonu práce sester a školení BOZP.

Po transkripci audio nahrávek byly rozhovory zakódovány pomocí techniky „tužka a papír“ a poté kategorizovány. Analyzovaný text byl rozdělen na jednotky a následně byl přiřazen každé jednotce kód. Konečná data byla interpretována technikou „vyložení karet“. Hloubkové rozhovory probíhaly v březnu 2023.

3.3 Výzkumný vzorek

Rozhovory probíhaly se sestrami na vedoucích pozicích (ředitelka ošetrovatelské péče, vrchní sestry a staniční sestry) ve vybrané nemocnici Plzeňského kraje. Výběr probandů byl záměrný. Velikost výzkumného vzorku byl dán teoretickou saturací dat. Výzkumné studie se zúčastnilo 12 vedoucích sester.

4 Výsledky

4.1 Seznam kategorizačních skupin

Výsledky našeho šetření byly rozděleny do následujících kategorií a podkategorií.

Tabulka 1 Klasifikace kategorií a podkategorií kvalitativních dat

Číslo	Kategorie	Podkategorie
1	Identifikační údaje vedoucích sester	Funkční pozice vedoucí sestry Délka praxe
2	Personální zabezpečení	Stanovení počtu ošetrovatelského personálu Náplň práce a kompetence sester Osobní spis sestery
3	Vzdělávání sester	Kontinuální vzdělávání sester Motivace ke vzdělávání sester
4	Adaptační proces pro sestry	Průběh adaptačního procesu Délka adaptačního procesu
5	Hodnocení pracovního výkonu sester	Forma a frekvence hodnocení sester
6	Rizika při výkonu práce sestery	Nejčastější rizika při výkonu povolání Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Kategorie 1 Identifikační údaje probandů

V rámci kvalitativního výzkumu jsme pro sběr dat oslovili celkem dvanáct sester. Z toho sedm staničních sester, tři vrchní sestry, jednu zástupkyni staniční sestry a jednu ředitelku ošetrovatelské péče. Délka praxe oslovených sester se byla od 6 měsíců do 10 let. Nejdelší praxi ve vedoucí pozici měla sestra S1, která vykonává funkci vrchní sestry 10 let, nejkratší praxi ve vedoucí pozici měla sestra S6.

V této kapitole jsou uvedeny identifikační údaje oslovených sester. Pro lepší přehlednost byla vypracována následující tabulka s identifikačními údaji.

Tabulka 2 Identifikační údaje oslovených sester

Sestra	Pracovní pozice	Délka praxe na této pracovní pozici
S1	staniční sestra	10 let
S2	vrchní sestra	7 let
S3	ředitelka ošetrovatelské péče	6 let
S4	staniční sestra	3 roky
S5	staniční sestra	4 roky
S6	zástupkyně staniční sestry	6 měsíců
S7	staniční sestra	8 měsíců
S8	staniční sestra	4 roky
S9	staniční sestra	1,5 let
S10	staniční sestra	7 let
S11	vrchní sestra	5 let
S12	vrchní sestra	5 let

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Kategorie 2 Personální zabezpečení

První kategorie byla zaměřena na personální zabezpečení sester. Kdo stanovuje doporučený počet ošetrovatelského personálu, jaká je náplň a kompetence sester a co obsahuje osobní spis sester.

4.3.1 Stanovení počtu ošetrovatelského personálu

Na otázku, kdo stanovuje ve vaší nemocnici doporučený počet ošetrovatelského personálu a jeho kvalifikaci odpověděly sestry nejčastěji, že tyto kompetence má ředitelka ošetrovatelské péče. S2 navíc zmínila, že se toto stanovení řídí také pojišťovny a vyhláškou o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Vedoucí sestra S7 společně s S8 a s S9 ještě doplnily, že doporučený počet sester a ostatního ošetrovatelského personálu stanovuje ředitelka ošetrovatelské péče společně

s vrchními a staničními sestrami jednotlivých oddělení. S6 uvedla: „*Doporučený počet personálu a jeho kvalifikaci stanovuje vrchní sestra. Ta si také hlídá ošetrovatelský personál a kdo může co dělat. Kvalifikace je taková, jakou mají a podle toho se určuje, kdo může dělat bez odborného dohledu všeobecné sestry nebo lékaře a kdo pod dohledem.*“

Legislativní normy pro počet ošetrovatelského personálu stanovuje podle S1 a S2 vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb. Sestra S3 uvedla: „*Normy stanovují pojišťovny, ale lidí jako personálu je málo a požadavky tak ne vždy můžeme splnit.*“ S5 uvedla: „*Počet se určuje podle počtu lůžek, reálné obložnosti a podle potřeb oddělení. Praxe je ale taková, že se počet sester řídí podle aktuálního stavu personálu.*“ Sestry S8, S9 a S11 uvedly, že záleží na potřebách jednotlivých oddělení.

4.3.2 Náplň práce a kompetence sester

K náplni práce sester a její legislativě S1 uvedla: „*Náplň práce sester se stanovuje podle legislativní normy č. 96/2004. Sb. Pod odborným dohledem pracují praktické sestry a bez odborného dohledu smí pracovat všeobecné sestry a porodní asistentky. Jinak jsou náplni práce sester ošetrovatelské činnosti, mytí pacientů, odběr krve atd.*“ S7 také zmínila, že všeobecná sestra může pracovat samostatně, bez odborného dohledu a praktická sestra pod dohledem. Stejně tak S9 uvedla: „*Všeobecná sestra vykonává své činnosti bez odborného dohledu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči.*“ S12 navíc uvedla: „*Sestra je zodpovědná společně s ostatním personálem za léčebnou, ošetrovatelskou a rekonvalescenční péči při akutních a chronických onemocněních.*“ Dále také uvedla legislativní požadavky zákona č. 96/2004 Sb. S5 zmínila: „*Náplň práce sester je dána podle zařazení, jestli smí pracovat bez dohledu nebo pod dohledem. Jinak sestra poskytuje veškerou základní i specializovanou ošetrovatelskou péči, připravuje žádanky, náběry, zadává informace do zdravotnické dokumentace, edukuje pacienta, hlásí nežádoucí události jako jsou pády pacientů, napadení personálu a jiné. Základní pracovní náplní je samozřejmě péče o pacienty.*“ S10 na odpověď o náplni práce sester odpověděla, že je dána, stejně jako u ostatních pozic nelékařských zdravotnických pracovníků, ředitelkou pro ošetrovatelskou péči vybrané nemocnice.

Co se týče kompetencí sester a jejich aktualizace uvedly sestry S1, S2, S8, S9 i S12 vyhlášku č. 55/2011 Sb., v platném znění. Vedoucí sestra S1 dále zmínila: „*Náplň práce je to, co sestra vykonává a kompetence jsou za co má zodpovědnost.*“ Obdobně odpověděla i S2: „*Kompetence je pravomoc a rozsah oprávnění, náplň jsou činnosti nelékařských zdravotních pracovníků.*“ Na otázku, jaká je náplň práce sester uvedla že: „*Sestra dělá úplně vše.*“ Odpověď probandky S3 byla, že kompetence vychází z náplně práce a záleží na dosaženém vzdělání. Dále ještě zmínila, že vedoucí sestra směny má kompetence vyšší. Sestra S7 uvedla: „*Náplň práce je ovlivněna počtem zaměstnanců ve směně. Kompetence je dána vzděláním a odpovědností pracovat samostatně bez odborného dohledu.*“ Sestra S9 odpověděla, že náplň práce nám specifikuje zaměstnavatel, blíže tedy určí druh práce. Sestra S10 ještě doplnila, že kompetence jsou to, co sestra může.

4.3.3 Osobní spis sestry

Povinné náležitosti osobního spisu jsou podle S1: „*Výpis z trestního rejstříku, kopie o dosaženém vzdělání, platové výměry, list pro důchod, případně vytykáci dopisy.*“ Sestra S2 uvedla náležitosti obecněji a odpověděla, že obsahuje: „*Osobní údaje, vzdělání, praxi, certifikáty o absolvování vzdělávacích kurzů, proškolení o BOZP a spisy jsou uloženy na personálním oddělení.*“ Obdobně odpověděla také S3: „*Osobní spis sestry obsahuje záznam o prohlídce od lékaře, zda je sestra způsobilá povolání sestry vykonávat, dále výpis z trestního rejstříku, doklad o nejvyšším dosaženém vzdělání a zápočtový list. Osobní spisy jsou uloženy na osobním oddělení nemocnice.*“ Uložení osobních spisů sester na personální oddělení uvedla také S7. Sestra S5 odpověděla shodně, jako S2 a S11 a uvedla, že spisy jsou uloženy na personálním oddělení. Osobní spis by podle S5 měl obsahovat životopis, výpis z trestního rejstříku, pracovní smlouvu, potvrzení o zdravotní způsobilosti sestry, doklad o dosaženém vzdělání a zápočtový list. Sestra S6 k osobnímu spisu sestry sdělila: „*Všechny osobní spisy sester jsou uloženy u vrchní sestry. Osobní spis by měl obsahovat doklad o nejvyšším dosaženém vzdělání sestry, doklad o předchozím zaměstnání a posudek od minulého zaměstnavatele. Dál by v osobním spisu měly být založeny vytykáci dopisy. Není to asi tak časté, ale samozřejmě se to někdy stává, asi jako všude. Potom u nás každý půl rok vrchní sestra zkouší ostatní sestry ze standardů, takže i tato informace by měly být v osobním spisu poznamenána, zda sestra ze zkoušení prošla či neprošla.*“

4.4 Kategorie 3 Vzdělávání sester

V druhé kategorii jsme se zaměřili na průběh kontinuálního vzdělávání sester a jak dochází k motivaci ke kontinuálnímu vzdělávání.

4.4.1 *Kontinuální vzdělávání sester*

Vedoucí sestry byly dotazovány, jak probíhá kontinuální vzdělávání sester u nich v nemocnici. Sestry S1, S2, S4, S5, S6, S8, S9, S11 i S12 shodně uvedly, že se pořádají vzdělávací akce ve formě přednášek, seminářů, workshopů nebo kurzů. Sestra S3 ještě dodala, že vzdělávání je organizováno externími institucemi nebo jde o interní akce pořádané nemocnicí. Externí nebo interní vzdělávací akce jsou určeny pro všechny sestry bez jejich odborného zaměření nebo pro sestry vybraných oddělení. Závisí na věcné náplni vzdělávací akce. Sestra S2 uvedla, že sestry mají možnost se dále vzdělávat dalším studiem. Konkrétně uvedla bakalářské studium pro získání kompetencí všeobecné sestry. Dále navazující magisterské studium. Také je možné využít samostudium odborné literatury. S4 řekla: „*Semináře se v naší nemocnici konají několikrát do roka a mají docela úspěch. Jako další formu vzdělávání bych zařadila i audit, který je prováděn každý rok.*“ Na otázku týkající se kontinuálního vzdělávání sester odpověděla S6 takto: „*Dříve musely sestry v rámci kontinuálního vzdělávání sbírat kredity. Počet nasbíraných kreditů si každá sestra hlídala sama. Nasbírané kredity se pravidelně dokládaly vrchní sestře a ta si vše zakládala do spisu. Teď už tato povinnost není. V naší nemocnici se ale kontinuální vzdělávání provádí například různými semináři. Ty se teď pořádají každý čtvrt rok. Většinou je to tak, že si jedno oddělení připraví nějakou kazuistiku nebo zajímavé téma, a to potom prezentuje ostatním sestřám i z jiných oddělení. Nebo si může každý individuálně najít a přihlásit se na nějaký vzdělávací kurz. Po domluvě se staniční nebo vrchní sestrou není problém sestru na tento vybraný vzdělávací kurz uvolnit*“. Stejně tak S9 uvedla: „*Není problém si domluvit nějaký certifikační kurz. Také není problém se domluvit a na kurz sestru uvolnit.*“ Sestra S11 ještě doplnila: „*Semináře se nám osvědčilo pořádat častěji a kratší.*“

4.4.2 *Motivace ke vzdělávání sester*

Vedoucí sestra S1 na otázku, jak motivuje sestry ke kontinuálnímu celoživotnímu vzdělávání, odpověděla takto: „*Sestry mohou jet například na různé vzdělávací kongresy. Ty si mohou vybrat sami, co by pro jejich praxi a oddělení bylo přínosné. Je možnost, aby*

finanční náklady spojené s kongresy byly uhrazeny nemocnicí, takže to si myslím není špatná motivace.“ Vedoucí sestra S3 uvedla, že za určitou formu vzdělávání se dá považovat i samotný proces zapracování nových sester. Ten je přínosný i pro sestru školitelku, která si tím zopakuje správné postupy a informace, které potom předává nové sestře. Vedoucí sestra S5 zmínila jako motivaci i osobní růst každého jedince a duševní svěžest. Při dosažení vyššího vzdělání dochází k vyššímu platovému ohodnocení. Vedoucí sestra S6 odpověděla podobně: *„Sestry motivuji tím, že při vyšším dosažením vzdělání mají větší profesní možnosti a lepší platové ohodnocení.*“ S6 nám dále sdělila: *„Jak už jsem jednou říkala, je možné si najít vzdělávací kurz a ten potom nemocnice uhradí, což si myslím je také určitá motivace a v práci se jim snažíme vyjít vstříc, aby zrovna na termín konání kurzu či kongresu neměly směnu v práci.*“ K motivaci sester nám S7 uvedla: *„Sestry motivuji tím, že při vyšším dosaženém vzdělání mají větší profesní možnosti a lepší platové ohodnocení.*“ Vedoucí sestra S4 ještě doplnila, že motivací je každoroční provádění auditů. Sestry si před auditem zopakují informace a postupy a dochází tak ke vzdělávání.

4.5 Kategorie 4 Adaptační proces pro sestry

Sester jsme se ptali, kdo adaptační plán navrhuje, co adaptační plán obsahuje, jak probíhá a jak se vybírá sestra školitelka. Dále pro koho je plán určen, jak dlouho trvá a jak je ukončen.

4.5.1 Průběh adaptačního procesu

Vedoucí sestra S1 odpověděla: *„Adaptační plán je navrhován podle standardů naší nemocnice. Je určený pro nově nastupující sestry. Opakovaně projdou adaptačním procesem zaměstnanci, kteří přerušili výkon povolání na více jak dva roky nebo pokud zaměstnanci přestupují na jiné pracoviště a charakter nové práce se výrazně liší.*“ Vedoucí sestra S2 uvedla, že plán adaptačního procesu navrhuje zaměstnavatel společně s vrchní sestrou. Také ještě dodala: *„Je nutné se vyrovnat s vlivy okolí, plán adaptace zaměstnance probíhá individuálně, každý jsme různě přizpůsobiví. Sestru školitelku vybíráme podle zkušeností, musí taky ona sama chtít. Nejde, aby zaučoval někdo, kdo to prostě odmítá.*“

Vedoucí sestra S3 odpověděla: *„Adaptační proces je určen pro všechny absolventy středních i vysokých škol, zkrátka pro všechny právě nastupující sestry. Jedna školitelka*

může zaučovat maximálně dvě sestry najednou. V adaptačním procesu jde o to, aby se sestry naučily chod oddělení, začlenily se do kolektivu, znaly svou náplň práce, co mohou dělat.“ Sestra S6 popsala průběh procesu takto: *„Když k nám nějaká nová sestra nastoupí, tak začíná opravdu od píky a začíná od základních ošetrovatelských činností. Je to proto aby věděla, jakou mají ošetrovatelky náplň práci, aby potom věděla, jaké kompetence ošetrovatelky mají a co mohou dělat bez odborného dohledu a co pod odborným dohledem.“* Potom třeba dalších tři týdny chodí na ranní směny. Na ranních směnách je víc práce a dostane se tak ke všemu, s čím se potom bude během výkonu práce setkávat. Je také důležité, aby si uměla určit priority práce, co se musí udělat prioritně a co počká, někdy je té práce opravdu hodně. Také se snažíme dát novou sestru do služeb právě se sestrou školitelkou a je ve službách navíc, abychom na ni měly opravdu čas.“ Dále ještě dodala, že je důležité, aby se nová sestra nebála na cokoliv zeptat, klidně i opakovaně. Je to lepší, než aby se sestra nezeptala a stále se chyba.

Co se týče výběru školitelky, podle sestry S4 je vhodná zkušená sestra, která sestru vede po celý adaptační proces a je schopna zhodnotit, kdy nová sestra umí pracovat samostatně. Vedoucí sestra S6 uvedla, že je někdy sestrou školitelkou i ona sama. *„Je to především proto že, na to mám čas, a hlavně mě to baví. Musím říct, že ve mně mají sestry absolventky důvěru, což mě těší.“*

4.6 Kategorie 5 Hodnocení pracovního výkonu sester

Předposlední kategorie se zaměřuje na hodnocení sester při výkonu jejich povolání, jak často k tomuto hodnocení dochází a jakou formou je hodnocení provázeno.

4.6.1 Forma a frekvence hodnocení sester

Na otázku jak často a jakým způsobem hodnotí pracovní výkon sester odpověděla vedoucí sestra S9: *„Hodnocení sester při výkonu jejich povolání probíhá v rámci provozní schůze. Dále také organizujeme individuální rozhovory, kde s každou sestrou probereme potřebné věci mezi čtyřma očima. Řekneme si, jak jsou spokojené ony, jestli se jim něco líbí a nelíbí, nebo co by třeba chtěly změnit. Také se během rozhovoru dostaneme k sebehodnocení, a i my jim sdělíme, jak hodnotíme jejich práci.“* Dále ještě doplnila, že pokud se najdou nějaké výrazné neshody, tak se dále do řešení daného problému zapojí také vrchní sestra nebo ředitelka ošetrovatelské péče. Společně se pak snaží najít nejlepší možné řešení. Sestra S8 na otázku, jak často dochází k hodnocení

pracovního výkonu sester odpověděla, že hodnocení se provádí každý měsíc a výsledek poté ovlivňuje výši osobního ohodnocení sester. Stejnou odpověď uvedla také S9.

Vedoucí sestra S10 uvedla, že k hodnocení sester dochází u nich na oddělení formou testu. V testu jsou většinou otázky, které se týkají ošetrovatelských postupů dle standardů. Sestry S2, S3, S4 a S12 uvedly, že hodnocení probíhá formou zápisu o provedení interního auditu vrchní sestrou, a to jedenkrát za rok. Vedoucí sestry S11 a S12 shodně odpověděly, že k hodnocení dochází jedenkrát ročně. Naopak sestra S6 uvedla, že hodnocení provádí jedenkrát za dva měsíce.

Vedoucí sestra S6 také dále odpověděla: *„Co se týče hodnocení pracovního výkonu sester, jejich teoretické znalosti jsou ověřovány formou rozhovorů z ošetrovatelských standardů. Tutu činnost má v kompetenci vrchní sestra.“* Dále dodává, že pokud někdo přijde s nějakým novým návrhem či nápadem, nemají problém jej vyzkoušet. *„Většinou mladé sestry chtějí vyzkoušet něco nového, o čem slyšely ve škole, semináři apod. Nemáme problém jim vyjít vstříc, pokud je to samozřejmě realizovatelné po všech stránkách. Nejsme zastánci toho, že pokud něco 15 let funguje, bude se to takto dělat i nadále, jen proto, že se to tak u nás dělá.“* Stejně tak jako S9, uvedla i S5, že dochází ke slovnímu sebehodnocení sester. Uvedla, že k tomuto hodnocení dochází dvakrát za rok. Navíc ještě zmínila, že také dochází k pozorování sester při pracovním výkonu. Také S1 odpověděla, že k hodnocení dochází kontrolou výkonů a práce prostřednictvím pozorování.

4.7 Kategorie 6 Rizika při výkonu práce sester

V poslední kategorii jsou zmíněna nejčastější rizika, která ohrožují sestry při výkonu jejich povolání, jak se provádí školení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci, co toto školení obsahuje, kdo a jak často jej provádí a kam se tyto údaje zaznamenávají.

4.7.1 Nejčastější rizika při výkonu povolání

Jako rizika, kterými je sestra při výkonu tohoto povolání nejvíce ohrožena uvedla vedoucí sestra S1: *„Mezi nejčastější rizika, si myslím, patří jednoznačně stres. S tím se při výkonu tohoto povolání setkala snad každá sestra. Pokud je stres dlouhodobější, tím větší riziko představuje. Jako další mi napadá například porucha spánku vlivem nočních směn a nepravidelného režimu nebo také nemoci z povolání.“* Dále odpověděla, že sestra může být ohrožena i na životě, například při setkání s agresivním pacientem.

Sestra S2 zmínila zdravotní problémy jako například bolesti zad. „*I přesto, že máme v dnešní době moderní polohovací pomůcky, možnost přizpůsobit si výšku lůžka při manipulaci s pacientem a tak dále, jsou sestry tomuto riziku stále vystaveny.*“ Sestra S2 ještě odpověděla, že rizikem jsou i rodinné problémy, neboť z nedostatku ošetrovatelského personálu jsou sestry pořád v práci. Mezi rizika při výkonu povolání sestra S3 zařadila rovněž zdravotní rizika. Nicméně zdůraznila, že těm se dá předejít používáním ochranných pomůcek a dodržováním správných postupů při práci. Stejně tak uvedla jako nejčastější rizika při výkonu práce sester zdravotní rizika sestry S4.

Podle vedoucí sestry S5 je sesterská práce náročná jak psychicky, tak fyzicky. „*Sestra je při práci ohrožena nemálo riziky. Při výkonu práce je vystavena infekčním agens, chemickým látkám, různým alergenům, záření a jistě riziko může představovat i agresivní pacient.*“ Podle S6 jsou sestry ohroženy také přenosnými nemocemi, ale zároveň dodává, že mají k dispozici ochranné pomůcky jako například rukavice, takže riziko pro sestry není tak velké. Sestra S7 odpověděla: „*Sestry jsou ohroženy rizikem rutiny a měly by stále brát svoji práci, jako poslání.*“ Také pro sestru S10 představuje riziko agresivní a neklidný pacient. „*Riziko se také zvyšuje, pokud sestra nedodrží BOZP nebo pokud bude neopatrně zacházet například s injekční jehlou.*“ Vedoucí sestra S12 odpověděla: „*Všechny sestry jsou vystaveny mnoha rizikům. Může jít o rizika biologické jako třeba různé infekce, přenosné nemoci nebo pokud se sestra poraní o použitou injekční jehlu. Dále jsou sestry vystaveny i chemickým rizikům, kde můžu uvést například léky (cytostatika) a dezinfekční prostředky. Jsou ohroženy i ze stran agresivních pacientů. Riziko představuje i to, že pracují ve směnném provozu.*“

Všechny sestry kromě S1, S11 a S12 uvedly shodně syndrom vyhoření, jako nejčastější riziko, kterému jsou sestry při výkonu jejich povolání vystaveny.

4.7.2 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

Co je obsahem a jakým způsobem se provádí školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a kdo školení provádí. Na tuto otázku odpověděla sestra S1 takto: „*Školení probíhá tak, že vedoucí pracovníci jsou školeni externí firmou, která spolupracuje s naší nemocnicí. Vedoucí pracovníci následně školí ostatní zaměstnance nemocnice. Školení se zaměřuje na požární ochranu, manipulaci s tlakovými lahvemi, chemickými látkami. Také se školení zaměřují na použití osobních ochranných pracovních prostředků, zdravotně*

preventivní prohlídky a rizika práce.“ Sestry S5, S8 a S9 odpověděly rovněž, že pověřený pracovník vybrané firmy školí vedoucí pracovníky nemocnice, a ty následně předávají informace ostatním pracovníkům. Sestra S2 uvedla jako náplň školení BOZP požární ochranu, zdravotně preventivní prohlídky a manipulaci s kyslíkovými lahvemi. Sestry S3 a S4 uvedly, že školení provádí firma, která celý rok s nemocnicí spolupracuje a zařizuje tato školení. Sestra S4 odpověděla, že obsahem školení jsou přednášky a semináře. Vedoucí sestra S8 odpověděla: „Obsahem je předcházení ohrožení či poškození zdraví.“ Sestra S12 uvedla: „Školení obsahuje seznámení zaměstnance s pracovním řádem, kolektivní smlouvou a vnitřními předpisy. Samotné školení BOZP provádí vyškolený pracovník.“

Dále sestry odpovídaly na otázku, jak často je školení prováděno a kam se zapisují údaje o proškolení. Na tuto otázku odpověděly shodně všechny sestry, že školení BOZP probíhá jedenkrát ročně. Dále ještě sestry S2, S3, S6, S7, S8, S9 a S12 zmínily, že školením také projde každý nově nastupující pracovník. Sestra S1 odpověděla, že údaje o proškolení se zapisují do prezenční listiny. Obdobně jako sestra S3, která uvedla, že se účast o proškolení zapisuje do protokolu, který se potom odevzdává pověřené osobě školící firmy. Vedoucí sestra S11 uvedla, že evidence o proškolení sester je u vrchní sestry, stejně tak jako sestra S12, která nám odpověděla, že údaje o proškolení sester se zapisují do prezenční listiny a ta je uložena u vrchní sestry. Také sestry S4, S5 zmínily doklad o školení BOZP, který je uložen u smluvního technika spolupracující školící firmy. Vedoucí sestra S6 odpověděla: „*Nově nastupující pracovníci jsou zaškoleni kdykoliv během roku, a to tedy při jejich nástupu do nemocnice, ostatní pracovníci jsou školeni jedenkrát za rok. Podepsaný formulář o proškolení se předává vrchní sestře. Na sesterně máme k nahlídnutí veškeré informace o BOZP a požární ochraně v papírové podobě, takže se do nich může každý pracovník kdykoliv podívat. Všichni zaměstnanci jsou pod tímto dokumentem podepsáni a tím i seznámeni co mají v jaké situaci dělat. Takže pokud by například v nemocnici vypukl požár a někdo by nevěděl, jak postupovat, tak je bohužel prohrávající, protože byl proškolen a dokumenty podepsal a tím potvrdil, že je s daným postupem seznámen.*“

5 Diskuse

Cílem výzkumné studie bylo zmapovat řízení lidských zdrojů ve vybrané nemocnici Plzeňského kraje. Celkem bylo osloveno 12 sester ve vedoucích pozicích. Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou, technikou rozhovorů.

Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem vedení nemocnice stanovuje potřebný počet ošetrovatelského personálu a jeho kvalifikaci. Ke zmíněnému cíli se vymezují tyto výzkumné otázky – Jakým způsobem vedoucí sestry stanovují doporučený počet ošetrovatelského personálu v nemocnici a jeho kvalifikaci? Jakým způsobem vedení nemocnice zajišťuje kontinuální vzdělávání sester?

Vedoucí sestry nejčastěji uvedly, že doporučený počet ošetrovatelského personálu v nemocnici a jeho kvalifikaci má v kompetenci ředitelka ošetrovatelské péče. Chápeme, že tyto kompetence ony samotné nemají, přesto se domníváme, že sestry ve vedoucích pozicích by měly postup, jakým se doporučený počet ošetrovatelského personálu zajišťuje, znát. Ne všechny vedoucí sestry odpověděly, že doporučený počet ošetrovatelského personálu v nemocnici a jeho kvalifikaci se stanovuje podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb. Tato vyhláška přesně stanovuje, jaké jsou minimální požadavky na personální zabezpečení v různých sférách zdravotních služeb – ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče, zdravotnické záchranné služby atd. Předpokládali jsme, že tuto vyhlášku nám v odpovědích uvede více vedoucích sester. Z hloubkových rozhovorů se sestrami vyplývá, že ne všechny vedoucí sestry znají správný způsob zabezpečování doporučeného počtu ošetrovatelského personálu. Vedoucí sestry také poukazyvaly na rozdílnosti mezi doporučeními a praxí. Také Koubová (2023a) uvádí, že v České republice chybí tři tisíce sester.

Kontinuální vzdělávání sester dle výsledků probíhá často ve formě přednášek, seminářů, workshopů nebo kurzů. Tradičními metodami pro celoživotní vzdělávání jsou semináře, školicí akce, kurzy, stáže apod. (Koncepte ošetrovatelství, 2021). Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních pracovnících ukládá povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky. Z odpovědí sester vyplývá, že znají formy kontinuálního vzdělávání a jsou zaměstnavatelem v tomto směru podporovány. Myslíme si, že celoživotní vzdělávání sester je pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče

klíčové. Uvést můžeme výsledky od Aiken et al. (2016) z průřezové studie související s úmrtností, hodnocením pacientů a kvalitou péče. Do výzkumu byly zahrnuty nemocnice akutní péče o dospělé z Anglie, Belgie, Irska, Finska, Španělska a Švýcarska. Tato studie prokázala, že při každém 10% snížení počtu vzdělaných sester dojde ke zvýšení mortality pacientů o 11 % a tím také stoupá nízké hodnocení nemocnice pacienty. Ve vybraném vzorku nemocnic připadalo na každých 25 pacientů v průměru šest členů ošetrovatelského personálu, z nichž čtyři byly vzdělané sestry. Nahrazení jedné vzdělané sestry jedním zdravotnickým asistentem (nebo praktickou sestrou) na každých 25 pacientů je spojeno s 21% zvýšením pravděpodobnosti úmrtí. Bartoníčková (2017) píše, že sestry jsou stále více vystavovány vzrůstajícím požadavkům v oblasti odbornosti a odpovědnosti při péči o pacienty a aby bylo možné těmto požadavkům vyhovět, je důležité myslet na kvalitní vzdělávání. Proto by mělo být vysokoškolské postgraduální vzdělávání bakalářského typu pro sestry standardním vzděláním, aby mohly poskytovat komplexní a holistickou ošetrovatelskou péči o pacienty. V oblasti celoživotního vzdělávání sester je stejně důležité také postgraduální specializační vzdělání. Glajchová et al. (2021) na základě výsledků uvádí, že specializační vzdělání může zvýšit pracovní spokojenost a rovněž kvalitu poskytované péče. Zároveň zdůrazňuje význam celoživotního vzdělání pro udržení všeobecných sester, které by nemělo být zanedbáváno. V rozhovoru prezidentka ČAS zmiňuje, že v péči o pacienty, jenž potřebují různé podpůrné přístroje, je sester specialistek málo a není tak nikdo, kdo by je v nouzi dokázal rychle zastoupit (Korelus, 2020).

Dříve bylo povinností každé sestry sbírat kredity v rámci kontinuálního vzdělávání sester. Nyní již sbírání kreditů povinností sester není, povinnost kontinuálního vzdělání ale ano. Hekelová (2018a) uvádí, že od dob zrušení kreditního systému sester, se v praxi setkává s velkými rozdíly v oblasti celoživotního vzdělávání sester. V některých nemocnicích pokračuje vzdělávání celkem beze změn, pravidelně a podle plánu. Jinde však vzdělávání sester neprobíhá vůbec. Vedoucí sestry v našem výzkumném šetření uvedly, že celoživotní kontinuální vzdělávání sester zajišťují nejčastěji formou seminářů a přednášek, které se pořádají u nich v nemocnici. Rovněž sestřám nabízejí možnost účastnit se specializačních kurzů, kongresů a podpořit je ve vysokoškolském studiu.

Pro vzdělávání sester je důležitá motivace. Často je motivací ke kontinuálnímu vzdělávání finanční, kariérní růst po dosažení vyššího vzdělání. Myslíme si, že tato

motivace není dlouhodobá. Rambousková a Ratislavová (2018) uvádějí, že motivace a spokojenost sester mají vliv na jejich výdrž v profesi a také na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. V této studii, zkoumající motivaci v profesi všeobecných sester, měly nejsilnější negativní vliv na motivaci všeobecných sester kromě slabého platového ohodnocení také faktory: práce přesčas, velké množství pacientů, nedostatek času a stres. Také Magerčiaková (2022) uvádí, že z výsledků studie zabývající se motivačními a demotivačními faktory v profesi sestry v době pandemie Covid-19, byly nejčastějšími demotivačními faktory u sester psychická náročnost, nedostatek personálu a nedostatečné finanční ohodnocení.

Druhým cílem výzkumné studie bylo popsat povinné náležitosti osobního spisu sester.
K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka – Jaké náležitosti osahuje osobní spis sestry?

Podle akreditačních standardů SAK má mít každý zaměstnanec nemocnice veden osobní spis (Marx a Vlček, 2013). Odpovědi sester se neshodovaly, kde jsou osobní spisy zaměstnanců uloženy. Předpokládali jsme, že všechny osobní spisy budou v nemocnici uloženy na jednom místě (například na personálním oddělení). Z odpovědí sester vyplývá, že osobní spisy jsou uloženy na personálním oddělení, u vrchní sestry či ředitelky ošetrovatelské péče. Povinné náležitosti osobního spisu podle vedoucích sester jsou záznam o bezúhonnosti, doklad o nejvyšším dosaženém vzdělání, certifikáty o absolvování kurzů a také záznamy o proškolení v BOZP. Zákoník práce říká, že osobní spis zaměstnance smí obsahovat pouze písemnosti nezbytné pro výkon práce v základním pracovněprávním vztahu.

Osobní spis by měl obsahovat osobní údaje a předpoklady pro výkon práce, smlouvy, informace o práci a chování, dále příjmy a požitky, pracovní dobu a zmínku při skončení pracovního poměru (Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců, 2023). Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce neurčuje konkrétně povahu a druh jednotlivých písemností, uvádí je obecně jako nezbytné pro výkon práce. Jsou to především písemnosti, které potvrzují kvalifikaci a obecnou způsobilost zaměstnance k výkonu práce. Jouza (2018) uvádí, že osobní spis zaměstnance by měl obsahovat osobní údaje, potvrzení o získání kvalifikace, potvrzení o zaměstnání, posudek o pracovní činnosti od předchozího zaměstnavatele, doklady o uzavření pracovněprávního vztahu, platový výměr apod.

Třetím cílem výzkumného šetření bylo popsat náplň práce sester. Ke zmíněnému cíli se pojí dvě výzkumné otázky – Jaká je náplň práce sester? Jakým způsobem se stanovují a aktualizují kompetence sester?

Podle některých sester je náplň práce zanesena v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon náplň práce sestry nedefinuje. Vymezuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Dále v obecné rovině definuje výkon povolání všeobecné sestry jako poskytování ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra se děle ve spolupráci s lékařem či zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné a dispenzární péči.

V koncepci ošetrovatelství (2021) je pracovní náplň sester rozdělena do několika skupin – ošetrovatelská péče, administrativní práce, řídicí činnosti, edukační činnost, kontrolní činnost, výzkumná a pedagogická činnost atd. Sestry se mimo jiné shodly, že náplň práce se odvíjí od kompetencí sestry. Vedoucí sestry uvedly že bez odborného dohledu pracuje všeobecná sestra a s odborným dohledem praktická sestra. Podle SAK by měl mít každý pracovník nemocnice náplň práce písemně stanovenou a měla by odpovídat dosaženému vzdělání (Marx a Vlček, 2013). Některé vedoucí sestry uvedly, že kompetence sester jsou popsány ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. a že náplň práce je to, co sestra vykonává a kompetence udávají to, za co sestra nese zodpovědnost. Očekávali jsme, že tuto vyhlášku uvede v odpovědích více sester. Domníváme se, že své platné kompetence a kde je najít by měla znát každá sestra, neboť jsou podle nás pro poskytování správné a bezpečné ošetrovatelské péče nezbytné. Naši domněnku potvrzují Marx a Vlček (2013) kteří uvádějí, že své pracovní povinnosti a pravomoci má znát každý pracovník. Jedna z vedoucích sester také uvedla, že sestra zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči. Dále smí sestra poskytovat také vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, která je poskytována pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání bezprostředně hrozí.

Čtvrtý cíl byl zaměřen na popsání adaptačního procesu sester absolventek s ohledem na náplň práce a požadavky české legislativy. K tomuto cíli byly stanoveny tyto výzkumné

otázky – Jak probíhá adaptační proces sester absolventek? Jakým způsobem je ukončen adaptační proces sester?

Adaptační proces nám každá vedoucí sestra popsala trochu odlišně, a tak se domníváme, že na každém oddělení probíhá proces adaptace podle zvyklostí jednotlivých oddělení. Marx a Vlček (2013) uvádějí, že zapracování by měli být všichni nově příchozí pracovníci nemocnice. Jedna ze sester uvedla, že adaptační plán je tvořen podle standardů jejich nemocnice. Aby byly rozdíly při zapracovávání nových sester v ošetrovatelských postupech co nejmenší, vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR národní ošetrovatelské postupy, které sjednocují kvalitu ošetrovatelské péče a poskytují metodiku tvorby a aktualizaci místních ošetrovatelských postupů u poskytovatelů zdravotních služeb (Knotková, 2021). Dotazované sestry se shodly, že adaptační proces je v mnoha směrech individuální. Z odpovědí sester vyplývá, že pro adaptační proces je předem stanovena jeho délka trvání, v praxi ale vždy záleží na jednotlivé sestře, kdy se cítí na ukončení adaptačního procesu. Dle vedoucích sester se na rozhodnutí ukončit adaptační proces podílí sestra školitelka. Podle Věstníku MZČR (6/2021) je obvyklá délka adaptačního procesu u absolventů 3-12 měsíců po nástupu a obvykle 2-6 měsíců u pracovníků, kteří přerušili výkon povolání na dobu více než dva roky. Podle vedoucích sester opakovaně projdou adaptačním procesem zaměstnanci, kteří přerušili výkon povolání na více jak dva roky nebo pokud zaměstnanci přecházejí na jiné pracoviště a charakter nové práce se výrazně liší. Pro adaptační proces je důležitý výběr sestry školitelky. Z odpovědí sester vyplývá, že školitelka by měla mít zkušenosti, praxi a zájem o zapracovávání nových sester. S tímto tvrzením souhlasíme. Myslíme si, že pokud by sestra zapracovávat nové sestry nechtěla, nebyl by adaptační proces tolik přínosný. Dudek (2017) zmiňuje, délka adaptačního procesu je z velké míry závislá také na odborné způsobilosti zaměstnance. Přesné pokyny pro adaptační proces pro nelékařské zdravotnické pracovníky je zanesen v metodických pokynech Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR (6/2021).

Sestra S6 k adaptačnímu procesu mimo jiné uvedla: *„Když k nám nějaká nová sestra nastoupí, tak začíná opravdu od píky a začíná od základních ošetrovatelských činností. Je to proto aby věděla, jakou mají ošetrovatelky náplň práce, aby potom věděla, jaké kompetence ošetrovatelky mají a co mohou dělat bez odborného dohledu a co pod odborným dohledem.“* S tímto postupem zásadně nesouhlasíme, neboť kompetence sester a jiných zdravotnických pracovníků jsou jasně zanesené ve vyhlášce č. 55/2011 Sb.,

o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Z našeho pohledu je tedy aplikace tohoto postupu nepřijatelná a v rozporu s výše zmiňovanou vyhláškou. Převážně všechny sestry se shodly, že adaptační proces je ukončen pohovorem se staniční nebo vrchní sestrou. Což je v souladu s popisem adaptačního procesu dle Věstníku č. 6/2011 MZČR.

Pátým cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, jak probíhá pravidelné hodnocení pracovního výkonu sester. K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka – Jak probíhá pravidelné hodnocení pracovního výkonu sester?

Odpovědi na hodnocení pracovního výkonu sester se často odlišovaly. Některé sestry uvedly, že hodnocení provádí prostřednictvím individuálních rozhovorů. Osobní hodnocení sester pomocí rozhovorů je z našeho pohledu vhodná forma. Urban (2017b) zmiňuje, že aby bylo hodnocení objektivní je důležité průběžné sledování práce. Toto tvrzení nám sdělila také jedna ze sester, která uvedla, že k pozorování sester při jejich pracovním výkonu u nich na oddělení dochází. Marx a Vlček (2013) v SAK uvádí, že nemocnice by měla mít zaveden postup interní auditní činnosti. Interní audit by měl probíhat v celé nemocnici a zahrnovat všechny oblasti poskytovaných služeb. Závěr z interního auditu je následně využíván ke zvyšování kvality a bezpečí.

Jiná vedoucí sestra uvedla, že hodnocení sester probíhá u nich na oddělení formou testu z ošetrovatelských standardů. Domníváme se, že hodnocení sester by bylo přínosnější realizovat například formou rozhovoru nežli pouze testováním jejich vědomostí. Šikýř (2016) také tvrdí, že hodnocení, tedy dostávání a dávání zpětné vazby se uskutečňuje zpravidla hodnotícím rozhovorem. Také se nám hodnocení pomocí písemného didaktického testu nezdá příliš objektivní. A to z toho důvodu, že tento způsob hodnocení se nezaměřuje na praktické dovednosti sestry. Většina vedoucích shodně uvedla, že hodnocení sester probíhá u nich v nemocnici jedenkrát ročně.

Šestý a poslední cíl měl zmapovat nejčastější rizika u sester v průběhu výkonu jejich povolání. Ke zmíněnému cíli byly stanoveny tyto výzkumné otázky – Jakými nejčastějšími riziky jsou ohroženy sestry při výkonu jejich povolání? Jakým způsobem jsou sestry seznámeny s pravidly bezpečnosti a ochrany zdraví při práci?

K otázce, která byla zaměřena na nejčastější rizika při výkonu povolání sester nám vedoucí sestry nejčastěji uvedly syndrom vyhoření. Friganović et al. (2019) uvádí, že

syndrom vyhoření se týká téměř všech zdravotnických pracovníků a před jeho vznikem je důležitá především prevence. Hekelová (2018b) rovněž uvádí, že syndrom vyhoření se u tzv. pomáhajících profesích vyskytuje nadprůměrně často a že dlouhodobé ignorování nadprůměrného stresového vytížení při práci sestry může vést právě k syndromu vyhoření. Friganović et al. (2019) a uvádí, že je důležité dodržovat psychohygienu, mít kvalitní mezilidské vztahy, reálný pohled na svou osobnost a být zdravě asertivní. Podle studie zaměřená na analýzu existence vztahu mezi syndromem vyhoření a symptomy deprese u ošetrovatelského personálu na jednotce intenzivní péče, do které bylo zahrnuto 91 sester, mělo syndrom vyhoření 14,29 % sester a 10,98 % mělo příznaky deprese. Čím vyšší byla úroveň emočního vyčerpání a depersonalizace a čím nižší byl profesionální výkon, tím větší byly příznaky deprese. Z toho lze uvést, že sestry se syndromem vyhoření mají větší pravděpodobnost vzniku depresivních příznaků (Vasconcelos et al., 2018). Žitníková (© 2020) uvádí, že sestry z nemocnic odcházejí především z důvodu velkého psychického i fyzického přetížení. Některé vedoucí sestry uvedly jako riziko při práci sestry vystavení stresu. Také my se domníváme, že práce sestry je mnohdy velmi stresující. Studie (Grochowska et al., 2022), která měla za cíl odpovědět na otázku, zda a jak stresové faktory ovlivňují výskyt profesního vyhoření v práci sester a zdravotnických záchranářů pracujících v různých zdravotnických zařízeních, měla tyto výsledky. Sestry, které se účastnily aktuální studie, uvedly, že mezi nejdůležitější stresové faktory v jejich práci patří především velmi vysoká odpovědnost, nadměrné nároky a směnnost. Z výsledků studie vyplynulo, že hlavním stresorem mezi sestrami a záchranáři je především velmi vysoká míra odpovědnosti. Sestry jsou přetěžovány nadměrnými nároky a směnným provozem, záchranáři jsou většinou zatíženi přemírou povinností. Této studie se celkem zúčastnilo 220 sester 214 záchranářů. Sestry i záchranáři tvrdí, že jejich práce je často stresující, což vede k fyzickému i psychickému vyčerpání (Grochowska et al., 2022).

Sestra je při výkonu své práce ohrožena mnoha riziky. Z výzkumu bylo zjištěno, že rizikem při výkonu povolání sestry jsou infekční agens, alergeny a chemické látky. Petrovová (2017) rovněž uvádí, že expozice biologickým činitelům je ve zdravotnictví velmi velká. Proto je důležité, aby se zdravotničtí pracovníci chránili vhodnými osobními ochrannými pracovními prostředky (například rukavice, ústenka, respirátor, ochranné brýle) očkovaním (proti virové hepatitidě B). Petrovová (2017) rovněž zmiňuje nebezpečí alergenů i chemických látek jako riziko při výkonu práce sestry.

Z odpovědí sester vyplývá, že riziko vidí také v péči o agresivní pacienty. Agresivita pacientů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Systematický přehled literatury, do kterého bylo zahrnuto 22 studií mezi lety 2010–2020 zaměřující se na agresi nebo násilí vůči lékařům a sestřím vyplynulo, že v každé ze studií došlo k významnému násilnému incidentu. Do incidentu byli přímo zapojeni pacienti a jejich příbuzní. Pracovníci pohotovostních oddělení byli násilí vystaveni častěji. Slovní urážky byly nejčastější ve všech situacích. Lékaři byli častěji vystaveni fyzickému násilí, zatímco sestry byly náchylnější k sexuálnímu obtěžování. Významnou roli hraje nedostatečná komunikace. Méně hlášení o násilí bylo zaznamenáno v důsledku nedostatečného počtu dříve přijatých opatření (Chakraborty et al., 2022). Z kvalitativního výzkumu zaměřující se na násilné chování v praxi sester na nízkoprahovém příjmu vyšlo, že ve 12 rozhovorech bylo identifikováno 15 násilných událostí. Ve všech případech se jednalo o násilné chování ze stran pacientů nebo jejich blízkých (Streicherová et al., 2021). Palečková a Hovorková (2019) uvádí, že sestry jsou nejčastějším terčem násilí v ošetrovatelství. Jsou obětmi až ze 70 % všech incidentů. Nejčastěji se objevuje slovní násilí, ale ani fyzická napadení nejsou výjimkou. Palečková a Hovorková (2019) též uvádějí, že pokud k napadení personálu nemocnice dojde, je důležité vše zaznamenat do dokumentace a také zkontrolovat, zda nedošlo k poranění pacienta. Každé napadení, včetně verbálního je mimořádnou událostí, která musí být neprodleně ohlášena a pečlivě zdokumentována. V neposlední řadě radí, že napadená sestra se nemá bát, říct si po incidentu o psychickou pomoc.

K otázce, jakým způsobem jsou sestry seznámeny s pravidly bezpečnosti a ochrany zdraví při práci nám téměř všechny vedoucí sestry odpověděly, že se provádějí pravidelná školení. Sestry se shodly v tom, že toto školení je prováděno jedenkrát za rok. Takovou odpověď jsme předpokládali. Myslíme si, že každá nemocnice, a i jiné zdravotnické zařízení by mělo mít vypracované své BOZP pokyny. Také Marx a Vlček (2013) uvádějí, že nemocnice musí identifikovat rizika na všech svých klinických i ostatních pracovištích jako jsou rizika biologických činitelů, rizika spojená s manipulací s cytostatiky, poranění injekční jehlou, pády na pracovišti apod. Petrovová (2017) uvádí, že základním a důležitým prvkem opatření k ochraně zdraví pracovníků je jejich plná informovanost o výskytu a závažnosti rizika, dodržování standardních postupů a opakovaná kvalifikační školení. Myslíme si, školení BOZP by také mělo být přizpůsobeno jednotlivým pracovníkům dle druhu a výkonu jejich práce. Vedoucí sestry uváděly, že školení se

provádí také při nástupu nového pracovníka kdykoliv během roku. Petrovová (2017) tvrdí, že preventivní opatření k ochraně zdraví zaměstnanců se ve zdravotnictví aplikují hůře nežli v jiných oborech, protože rizikové faktory se vzájemně kombinují a současně se liší jejich skladba mezi obory a pracovišti. Náplní školení je podle vedoucích sester například požární ochrana, manipulace s tlakovými lahvemi nebo použití osobních ochranných pracovních prostředků. Vedoucí sestry uváděly, že záznam o proškolení každého pracovníka je součástí jeho osobního spisu. Marx a Vlček (2013) uvádějí, že nemocnice by měly mít záznamy o proškolení personálu v souladu s jejich vnitřním předpisem. Dále jedna z vedoucích sester uvedla, že dokumenty s informacemi o BOZP mají k dispozici v tištěné formě na sesterně. Petrovová (2017) dále uvádí, že povinnosti v ochraně zdraví zaměstnanců má zaměstnavatel, ale mají je i sami zdravotníci.

6 Závěr

Řízení lidských zdrojů je nedílnou součástí každé organizace. V dnešní dynamické a rychle se měnící době je řízení lidských zdrojů stěžejním. Pomocí správného řízení lidských zdrojů můžeme ovlivnit mnoho faktorů a dosáhnout tak lepších výsledků jednotlivců i celé organizace. Pomocí nám může například v oblasti oslovení a výběru zaměstnanců, adaptace, motivace, vzdělávání apod.

Cílem výzkumné studie bylo zhodnotit řízení lidských zdrojů ve vybrané nemocnici Plzeňského kraje. Z výzkumného šetření vyplývá, že řízení lidských zdrojů se ve vybrané nemocnici shoduje napříč různými odděleními. Přesto studie odhalila nedostatky v řízení lidských zdrojů. Některé vedoucí sestry neznaly správné legislativní normy, které jsou pro jejich práci důležité, neboť jsou v nich uvedeny například jejich kompetence. Od této neznalosti se mohou odvíjet další nedostatky v řízení lidských zdrojů. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že délka adaptačního procesu je individuální a záleží na zkušenostech a praxi každé nově nastupující sestry. To bylo pozitivním zjištěním, neboť každý se na nové podmínky adaptuje jinak rychle. Pro délku zapracování jsou ovlivňující faktory také předešlá praxe a zkušenosti nastupujících sester. V adaptačním procesu je důležitý rovněž výběr sestry školitelky. Hodnocení pracovního výkonu sester se nejčastěji provádí formou pohovoru nebo písemným testem. Každé oddělení má pro hodnocení sester stanovený svůj interval. Kromě hodnocení sester vedoucím pracovníkem se v praxi aplikuje také sebehodnocení sester. Vedení nemocnice se rovněž snaží podporovat sestry v celoživotním vzdělávání. Výzkumná studie ukázala, že školení BOZP se provádí pravidelně jedenkrát za rok, což je v souladu s platnou legislativou. Nově nastupující členové ošetrovatelského týmu jsou zaškolováni kdykoliv během roku. Nepříliš překvapující bylo zjištění, že sestry jako nejčastější riziko při výkonu jejich povolání označily syndrom vyhoření, kterému jsou bezesporu vystaveny. Z výzkumu rovněž vyplývá, že sestry se při výkonu jejich povolání potýkají s poruchami spánku, stresem a s riziky spojenými s péčí o agresivního pacienta.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací z výzkumného šetření byl navržen motivační program, jehož cílem je zvýšit pracovní spokojenost sester. V oblasti péče o zaměstnance se mohou pracovníci vedení nemocnice zaměřit na pravidelné přispívání na životní pojištění,

penzijní připojištění anebo možnost sociální zápujčky a výpomoci. V oblasti celoživotního vzdělávání sester je možné v rámci nemocnice pořadat vzdělávací semináře, přednášky nebo workshopy. Dále sestrám nabízet možnost účasti na kongresech (prezenčně nebo online) a motivovat je k postgraduálnímu specializačnímu vzdělávání. V motivačním programu lze svým zaměstnancům zajistit stravování v kafeterii, výdejníky s perlivou vodou k zajištění dostatečného pitného režimu nebo příspěvek na stravování. Do benefitů lze zařadit mimo jiné pomoc s dostupnějším ubytováním v blízkosti nemocnice formou služebních bytů a ubytoven nemocnice. Zaměstnancům s dětmi je možné nabídnout příspěvek na příměstský či vzdělávací nábor. Při dosažení pracovního výročí je vhodné zaměstnance odměnit v podobě děkovného dopisu, finančním darem apod. Někteří zaměstnanci jistě ocení i možnost zkráceného pracovního úvazku. Všem zaměstnancům je vhodné nabídnout další benefity například příspěvek na rekreaci, sportovní činnost, dentální hygienu apod.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AIKEN, L., H., SLOANE, D., GRIFFITHS, P., RAFFERTY, A., M., BRUYNEEL, L., McHUGH, M., MAIER, C., B., MORENO-CASBAS, T., BALL, J., E., AUSSERHOFER, D., SERMEUS, W., 2016. Nursing Skill Mix in European Hospitals: Cross-Sectional Study of the Association with Mortality, Patient Ratings, and Quality of Care. *BMJ Qual Saf.* 26(7), 559-568, doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567.
2. ALYACOUBI, S., BÖTTCHER, B., ALBARQOUNI, L., ELESSI, K., 2021. Clinical Audit as a Quality Improvement Tool in the Gaza Strip: an Audit of Audits. *Lancet.* 398(1), doi: 10.1016/S0140-6736(21)01499-9.
3. ARMSTRONG, A., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
4. BARATTUCCI, M., TERESI, M., PIETRONI, D., IACOBUCCI, S., LO PRESTI, A., PARAGLIARO, S., 2021. Ethical Climate(s), Distributed Leadership, and Work Outcomes: The Mediating Role of Organizational Identification. *Front Psychol.* 4(11), 564112, doi: 10.3389/fpsyg.2020.564112.
5. BARTÁK, J., 2023. *Řízení lidí v organizacích*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-3823-4.
6. BARTONÍČKOVÁ, D., KALÁNKOVÁ, D., MIKŠOVÁ, Z., 2017. Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče. *Florence.* 3(17), 28-29. ISSN 2570-4915.
7. BEDNÁŘ, V., 2018. *Jak omezit fluktuaci a udržet si zaměstnance manažerskými nástroji*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-0648-6.
8. BEJTKOVSKÝ, J., 2017. Řízení lidských zdrojů u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb v České republice v kontextu současných moderních personálních trendů. *Acta academica karviniensia.* 17(4), 5-18, doi: 10.25142/aak.2017.026.
9. BEJTKOVSKÝ, J., 2018. Využívání tradičních metod a nástrojů nábory a E-recruitmentu zaměstnanci generace Baby Boomers, Generace X, Generace Y

- a Generace Z u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb v České republice. *Acta academica karviniensia*. 18(4), 17-28, doi: 10.25142/aak.2018.025.
10. BĚLOHLÁVEK, F., 2016. *25 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. 3. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5872-5.
 11. BENÍTEZ-MÁRQUEZ, M., D., SÁNCHEZ-TEBA, E., M., BERMÚDEZ-GONZÁLEZ, G., NÚÑEZ-RYDMAN, E., S., 2022. Generation Z Within the Workforce and in the Workplace: A Bibliometric Analysis. *Front Psychol*. 1(12), 736820, doi: 10.3389/fpsyg.2021.736820.
 12. BIBI, M., 2021. Linkage Between Performance of Healthcare Professionals and Management Practices in Health Care Organizations. *J Pak Med Assoc*. 71(2B), 725-729, doi: 10.47391/JPMA.941.
 13. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. *Management v ošetrovateľskej praxi*. Praha: NLN. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
 14. COOKE, F., L., 2022. Changing Lens: Broadening the Research Agenda of Women in Management in China. *J Bus Ethics*. 23, 1-15, doi: 10.1007/s10551-022-05105-1.
 15. DIONISI, S., DI MUZIO, M., GIANNETTA, N., DI SIMONE, E., GALLINA, B., NAPOLI, C., ORSI, G., B., 2021. Nursing Students' Experience of Risk Assessment, Prevention and Management: a Systematic Review. *J Prev Med Hyg*. 62(1), E122-E131, doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1698.
 16. DOBROWOLSKI, Z., DROZDOWSKI, G., PANAIT, M., 2022. Understanding the Impact of Generation Z on Risk Management-A Preliminary Views on Values, Competencies, and Ethics of the Generation Z in Public Administration. *Int J Environ Res Public Health*. 19(7), 3868, doi: 10.3390/ijerph19073868.
 17. DÖMEOVÁ, L., 2018. *Generation Z in The Workplace – Young Employees and Employers*. Praha: Czech University of Life Science Prague. 93 s. ISBN 978-80-213-2885-3.
 18. DUDEK., M., A., 2017. Adaptační proces zaměstnance [online]. Kvalita jednoduše, zaměřeno na management kvality. [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: https://kvalita-jednoduse.cz/adaptacni_proces/

19. EISEL, J., 2021. *Systém a procesy řízení lidských zdrojů*. Praha: Vysoká škola finanční a správní. 228 s. ISBN 978-80-7408-215-3.
20. FERREIRA, V., B., AMESTOY, S., C., SILVA, G., T., R., D., TRINDADE, L., L., SANTOS, I., A., R., D., VARANDA, P., A., G., 2020. Transformational Leadership in Nursing Practice: Challenges and Strategies. *Rev Bras Enferm.* 73(6), e20190364, doi: 10.1590/0034-7167-2019-0364.
21. FIGUEROA, C., A., HARRISON, R., CHAUHAN, A., MEYER, L., 2019. Priorities and Challenges for Health Leadership and Workforce Management Globally: a Rapid Review. *BMC Health Serv Res.* 19(1), doi: 10.1186/s12913-019-4080-7.
22. FISSEHA, G., BERHANE, Y., WORKU, A., TEREFE, W., 2017. Quality of the Delivery Services in Health Facilities in Northern Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 17(1), doi: 10.1186/s12913-017-2125-3.
23. FRANCO HERRERA, A., L., FERNÁNDEZ OSORIO, A., D., DE LA TORRE, A., CAÑÓN MUÑOZ, M., ORDOÑEZ HERNANDEZ, C., A., GONZALEZ C., 2021. Perception of the Healthcare Accreditation System in Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 52(3), doi: 10.25100/cm.v52i3.4894.
24. FRIGANOVIĆ, A., SELIČ, P., ILIĆ, B., SEDIĆ, B., 2019. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatr Danub.* 31(Suppl1), 21-31. PMID: 30946714.
25. GLAJCHOVÁ, A., HLAVÁČKOVÁ, E., HOLÁ, J., MORAVCOVÁ, M., 2021. Job Satisfaction of General Nurses in Standard and Intensive care Units: “The nurse is a jack-of-all-trades!” *Kontakt.* 23(4), 289-296, doi: 10.32725/kont.2021.032.
26. GREENFIELD, D., LAWRENCE, A., S., KELLNER, A., TOWNSEND, K., WILKINSON, A., 2019. Health service accreditation stimulating change in clinical care and human resource management processes: A study of 311 Australian hospitals. *Health Policy.* 123(7), 661-665, doi: 10.1016/j.healthpol.2019.04.006.
27. Grochowska, A., Gawron, A., Bodys-Cupak, I., 2022. Stress-Inducing Factors vs. the Risk of Occupational Burnout in the Work of Nurses and Paramedics. *Int J Environ Res Public Health.* 19(9), doi: 10.3390/ijerph19095539.

28. HAMPELOVÁ, K., HAJDUOVÁ, Z., 2023. Human Resource Management as an Area of Changes in a Healthcare Institution. *Risk Manag Healthc Policy*. 6(16), 31-41. doi: 10.2147/RMHP.S388185.
29. HEKELOVÁ, Z., 2018a. Vzdělávání sester – „velké“ téma dneška. *Florence*. 3(18), 2-3. ISSN 2570-4915.
30. HEKELOVÁ, Z., 2018b. Jak nevyhořet v práci sestry? *Florence*. 4(18), 2-3. ISSN 2570-4915.
31. HORÁKOVÁ, K., © 2018. *Jak začlenit nové zaměstnance od první minuty*. [online]. Praha: HR FORUM. [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: <https://hrforum.cz/aktuality/jak-zaclenit-nove-zamestnance-od-prvni-minuty/>
32. HORVÁTHOVÁ, P., ČOPIKOVÁ, A., 2017. *Human Resource Management*. Ostrava: VŠB-TU Ostrava. 240 s. ISBN 978-80-248-4103-8.
33. CHAKRABORTY, S., MASHREKY, S., R., DALAL, K., 2022. Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Z Gesundh Wiss*. 30(8), 1837-1855, doi: 10.1007/s10389-021-01689-6.
34. JIAPING, Y., 2022. Enterprise Human Resource Management Model by Artificial Intelligence Digital Technology. *Comput Intell Neurosci*. 28(2022), doi: 10.1155/2022/6186811.
35. JOUZA, L., 2018. Osobní spis zaměstnance – ano či ne? [online]. Praha: Ústav práva a právní vědy. [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: <https://www.ustavprava.cz/blog/2018/09/osobni-spis-zamestnance-ano-ci-ne/>
36. KARIMI, A., ABBASI, M., ZOKAEI, M., FALAHATI, M., 2021. Development of Leading Indicators for the Assessment of Occupational Health Performance Using Reason's Swiss Cheese Model. *J Educ Health Promot*. 10(158), doi: 10.4103/jehp.jehp_1326_20.
37. KLÍMOVÁ, M., BRABCOVÁ, I., 2019. *Management zdravotnických služeb*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 164 s. ISBN 978-80-7394-777-4.

38. KNOTKOVÁ, H., M., 2021. Národní ošetrovatelské postupy. *Florence*. 2(21), 26-28. ISSN 2570-4915.
39. *Koncepce ošetrovatelství*, 2021. In: Věstník č. 6/2021. Praha: MZČR, částka 6, s. 136.
40. KORELUS, P., 2020. Chybějí tisíce zdravotních sester. Je nutné jejich vysokoškolské vzdělání? [online]. *Universitas*. [cit. 2023-05-01]. Dostupné z: <https://www.universitas.cz/aktuality/6364-v-cesku-chybeji-tisice-zdravotnich-sester-je-nutne-aby-mely-vysokoskolske-vzdelani>
41. KOUBOVÁ, M., 2023a. *Česku chybí 3000 sester a 1000 lékařů, kde je vezme?* [online]. Praha: Media Network. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2023/01/absolventska-mista-vyssi-platy-i-pomoc-nezdravotnickych-profesi-jak-chce-ministerstvo-resit-personalni-deficit/>
42. KOUBOVÁ, M., 2023b. Vyšší kompetence sester? Jednání se daří, mnozí lékaři jsou pro [online]. Praha: Media Network. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2023/01/vyssi-kompetence-sester-jednani-se-dari-mnozi-lekari-jsou-pro/>
43. LALOUX, F., 2020. *Budoucnost organizací: průvodce budováním organizací v 21. století na základě evoluce lidského uvažování*. 2. vydání. Praha: PeopleComm. 391 s. ISBN 978-80-87917-68-8.
44. LAM, M., B., FIGUEROA, J., F., FEYMAN, Y., REIMOLD, K., E., ORAV, E., J., JHA, A., K., 2018. Association Between Patient Outcomes and Accreditation in US Hospitals: Observational Study. *BMJ*. 18(365), doi: 10.1136/bmj.k4011.
45. LOŠŤÁKOVÁ, O., 2020. *Empatická a asertivní komunikace*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-2227-1.
46. MAGERČIAKOVÁ, M., 2022. MOTIVAČNÉ A DEMOTIVAČNÉ FAKTORY V PROFESII SESTRA POČAS PANDÉMIE COVID-19. *Ošetrovatelské perspektivy*. 5(1), 37-51, doi: 10.25142/osp.2022.010.
47. MAGERČIAKOVÁ, M., KOBER, L., 2023. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-3730-5.

48. MAGRI, M., MARTÍN, R., E., 2021. The Accreditation Process. In: ALJURF, M., SNOWDEN, J., A., HAYDEN, P., ORCHARD, K., H., McGRATH, E., *Quality Management and Accreditation in Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy: The JACIE Guide*. Cham: Springer, s. 123-136, doi 10.1007/978-3-030-64492-5.
49. MARSOVÁ, J., 2018a. FMEA jako nástroj posouzení rizik ve zdravotnictví. *Management rizik ve zdravotnictví: e-časopis určený odborné veřejnosti ve zdravotnictví*. 2(1), 22-25. ISSN 2570-6926.
50. MARSOVÁ, J., 2018b. Analýza příčin a následků v klinické praxi. *Management rizik ve zdravotnictví: e-časopis určený odborné veřejnosti ve zdravotnictví*. 2(7), 8-10. ISSN 2570-6926.
51. MARSOVÁ, J., 2019. Řízení personálních rizik – běžná součást každodenní praxe ve zdravotnictví? *Management rizik ve zdravotnictví: e-časopis určený odborné veřejnosti ve zdravotnictví*. 3(1), 9-12. ISSN 2570-6926.
52. MARŠÍKOVÁ, K., MYSLIVCOVÁ, S., 2016. Personální marketing – atributy stabilizace zaměstnanců. *Acta academica karviniensia*. 16(2), 28-40, doi: 10.25142/aak.2016.012.
53. MARX, D., VLČEK, F., 2013. Akreditační standardy pro nemocnice. Praha: TIGIS. 172 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
54. MEDLÍKOVÁ, O., 2021. *Umění motivace: návody a tipy pro pracovní i rodinný život*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-3005-4.
55. MOETA, M., E., DU RAND, S., M., 2019. Using Scenarios to Explore Conflict Management Practices of Nurse Unit Managers in Public Hospitals. *Curationis*. 42(1), e1-e1, doi: 10.4102/curationis.v42i1.1943.
56. MUTALE, W., VARDROY-MUTALE, A., T., KACHEMBA, A., MUKENDI, R., CLARKE, K., MULENGA, D., 2017. Leadership and Management Training as a Catalyst to Health System Strengthening in Low-Income Settings: Evidence from Implementation of the Zambia Management and Leadership Course for District Health Managers in Zambia. *PLoS One*. 12(7), e0174536, doi: 10.1371/journal.pone.0174536.

57. NEKUDOVÁ, J., 2022. Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. 4(22), 3-4. ISSN 2570-4915.
58. ONDRIOVÁ, I., FERTALOVÁ, T., 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-271-1728-4.
59. PALEČKOVÁ, J., HOVORKOVÁ, J., 2019. Agresivita pacientů není normální, mluvíme o jejím řešení. *Florence*. 2(19), 34-35. ISSN: 2570-4915.
60. PALÍŠKOVÁ, M., et al., 2021. *Personální řízení: úvod do moderní personalistiky*. Praha: C. H. Beck. 264 s. ISBN 978-80-7400-702-6.
61. PATTANAYAK, B., 2020. *Human resource management*. 6. vydání. Delhi: PHI Learning Pvt. ISBN 978-93-89347-75-3.
62. PETROVOVÁ, M., 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence*. 11(17), 28-30. ISSN 2570-4915.
63. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
64. POORTAGHI, S., SHAHMARI, M., GHOBADI, A., 2021. Exploring Nursing Managers' Perceptions of Nursing Workforce Management During the Outbreak of COVID-19: a Content Analysis Study. *BMC Nurs.* 20(1), 27, doi: 10.1186/s12912-021-00546-x.
65. Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců, 2023. [online]. MPSV. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://ppropo.mpsv.cz/xvi1obsahsobnihospisu>
66. RAMBOUSKOVÁ, A., RATISLAVOVÁ, K., 2018. Motivace v profesi všeobecných sester. *Ošetrovatelské perspektivy*. 1(2), 23-37, doi: 10.25142/osp.2018.017.
67. ROSEN, M., A., DIAZGRANADOS, D., DIETZ, A., S., BENISHEK, L., E., THOMPSON, D., PRONOVOST, P., J., WEAVER, S., J., 2018. Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *Am Psychol*. 73(4), 433-450, doi: 10.1037/amp0000298.

68. SADBURY-RILEY, L., FITZPATRICK, M., SCHULZ, P., J., 2017. Exploring the Measurement Properties of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Among Baby Boomers: A Multinational Test of Measurement Invariance. *J Med Internet Res.* 19(2), e53, doi: 10.2196/jmir.5998.
69. SHARIF, M., M., GHODOOSI, F., 2022. The Ethics of Blockchain in Organizations. *J Bus Ethics.* 178(4), 1009-1025, doi: 10.1007/s10551-022-05058-5.
70. SCHWEIKART, S., J., ENG, D., M., 2020. AMA Code of Medical Ethics' Opinions Related to Risk Management Ethics. *AMA J Ethics.* 22(11), E940-944, doi: 10.1001/amajethics.2020.940.
71. SLOUKA, D., 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: příručka pro praxi.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.
72. SPECCHIA, M., L., COZZOLINO, M., R., CARINI, E., DI PILLA, A., GALLETI, C., RICCIARDI, W., DAMIANI, G., 2021. Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 18(4), doi: 10.3390/ijerph18041552.
73. STREICHEROVÁ, A., FLAJSINGEROVÁ, J., KYASOVÁ, M., 2021. Násilné správanie v praxi sestier na nízkoprahovom urgentnom príjme. *Florance.* 6(21), 21-23. ISSN 2570-4915.
74. ŠIKÝŘ, M., 2016. *Personalistika pro manažery a personalisty.* 2. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-5870-1.
75. ŠKRLA, P., 2017. Risk management po dvaceti letech. *Management rizik ve zdravotnictví: e-časopis určený odborné veřejnosti ve zdravotnictví.* 1(9), 9-10. ISSN 2570-6926.
76. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních rizik: manuál pro praxi.* Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
77. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
78. UDUMA, O., GALLIGAN, M., MOLLEL, H., MASANJA, H., BRADLEY, S., MCAULIFFE, E., 2017. The Impact of a Human Resource Management Intervention

- on the Capacity of Supervisors to Support and Supervise their Staff at Health Facility Level. *Randomized Controlled Trial*. 15(1), 57, doi: 10.1186/s12960-017-0225-0.
79. URBAN, J., 2017a. *Motivace a odměňování pracovníků: co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dostali to nejlepší*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-271-0227-3.
80. URBAN, J., 2017b. Hodnocení zaměstnanců, jeho druhy, nástroje a předávání. *Práce a mzda*. 4(17). ISSN 2533-4484.
81. VÁCHAL, J., VOCHOZKA, M., 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada. 688 s. ISBN 978-80-247-4642-5.
82. VAN DIGGELE, C., BURGESS, A., ROBERTS, C., MELLIS, C., 2020. Leadership in Healthcare Education. *BMC Med Educ*. 20(Suppl 2), 456, doi: 10.1186/s12909-020-02288-x.
83. VASCONCELOS, E., M., MARTINO, M., M., F., FRANÇA, S., P., S., 2018. Burnout and Depressive Symptoms in Intensive Care Nurses: Relationship Analysis. *Rev Bras Enferm*. 71(1), 135-141, doi: 10.1590/0034-7167-2016-0019.
84. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 6, s. 40-42. ISSN: 1211-1244.
85. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
86. Vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN: 1211-1244.
87. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686-1730. ISSN 1211-1244.
88. WEERARATHNE, R., S., WALPOLA, M., D., C., P., PIYASIRI, A., D., W., D., JAYAMAL, I., A., U., M., WIJENAYAKA, T., H., P., C., PATHIRANA, G., Y., 2022. 'Leave or Remain': Intentions of Gen X and Y Employees. *Qual Quant*. 28, 1-20, doi: 10.1007/s11135-022-01456-z.

89. WIEGMANN, D., A., WOOD, L., J., COHEN, T., N., SHAPPELL, S., A., 2022. Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *J Patient Saf.* 18(2), 119-123, doi: 10.1097/PTS.0000000000000810.
90. WOOD, C., 2021. Leadership and Management for Nurses Working at an Advanced Level. *Br J Nurs.* 30(5), 282-286, doi: 10.12968/bjon.2021.30.5.282.
91. WROBLOWSKÁ, Z., 2016. *Lidské zdroje v produktovém managementu: (jak oslovit a vybrat ty nejlepší)*. Praha: Professional. 176 s. ISBN 978-80-7431-162-8.
92. YANG, Y., 2022. Artificial Intelligence-based Organizational Human Resource Management and Operation System. *Front Psychol.* 22(13), doi: 10.3389/fpsyg.2022.962291.
93. YU, J., YUAN, L., HAN, G., LI, H., LI, P., 2022. A Study of the Impact of Strategic Human Resource Management on Organizational Resilience. *Behav Sci (Basel)*. 12(12), doi: 10.3390/bs12120508.
94. Zákon č. 262/2006 Sb., o zákoníku práce, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, s. 3146-3272. ISSN 1211-1244.
95. Zákon č. 309/2006 Sb., kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a o zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy (zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci), 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 96, s. 3789-3797. ISSN 1211-1244.
96. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN: 1211-1244.
97. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1480. ISSN: 1211-1244.

98. ZÍTKOVÁ, M. et al., 2015. *Vedení nových zaměstnanců v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.
99. ŽITNÍKOVÁ, D., © 2020. *Nedostatek zdravotních sester má sociální příčiny* [online]. Brno: Vydavatelství Referendum. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://denikreferendum.cz/clanek/33787-nedostatek-zdravotnich-sester-ma-socialni-priciny>
100. ŽWÁKOVÁ, M., 2018. Metody a přístupy v řízení rizik – přehled možností jejich členění. *Acta academica karviniensia*. 18(1), 68-81, doi: 10.25142/aak.2018.007.

8 Seznam zkratek

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci

ČAS – Česká asociace sester

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis (analýza možného výskytu a vlivu vad)

JIP – jednotka intenzivní péče

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SAK – Spojená akreditační komise

9 Seznam příloh

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovory s vedoucími sestrami

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovor s vedoucími sestrami

1. Na jaké pozici v nemocnici pracujete?
2. Jak dlouho na této pozici pracujete?
3. Kdo stanovuje ve vaší nemocnici doporučený počet ošetrovatelského personálu a jeho kvalifikaci?
4. Podle jakých legislativních norem se počet ošetrovatelského personálu stanovuje?
5. Jak probíhá kontinuální vzdělávání sester? Jak sestry motivujete ke kontinuálnímu vzdělávání?
6. Jaké povinné náležitosti obsahuje osobní spis sestry? Kde jsou tyto spisy uloženy?
7. Jaká je náplň práce sester? Podle jakých legislativních zdrojů se stanovuje?
8. Jaké jsou kompetence sester? Jakým způsobem dochází k aktualizaci kompetencí sester? Jaký je rozdíl mezi kompetencemi a náplní práce sester?
9. Kdo navrhuje plán adaptačního procesu? Co adaptační plán obsahuje? Jak adaptační proces probíhá a jak se vybírá sestra školitelka? Pro koho je adaptační proces určen?
10. Jak dlouho trvá adaptační proces sester? Jak je adaptační proces ukončen?
11. Jak často dochází k hodnocení pracovního výkonu sester? Jakou formou probíhá proces hodnocení?
12. Jakými riziky jsou nejčastěji ohroženy sestry při výkonu jejich povolání?
13. Co je obsahem a jakým způsobem se provádí školení bezpečnosti zdraví a ochrany při práci (BOZP)? Kdo školení provádí?
14. Jak často je školení BOZP prováděno? Kam se zapisují údaje o proškolení?