

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DISERTAČNÍ PRÁCE

2021

PhDr. Jaroslav Žďára

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Možnosti optimalizace efektivity práce sester  
na Oddělení urgentního příjmu – Emergency

Autor: PhDr. Jaroslav Žďára

Školitel: doc. MUDr. Jiří Páral, Ph.D., MBA, FICS

Disertační práce

2021

## Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Hradci Králové dne 5. 1. 2021

Jaroslav Žďára

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě musím poděkovat několika lidem, bez kterých by tato disertační práce nikdy nevznikla.

V první řadě děkuji doc. MUDr. Jiřímu Páralovi, Ph.D., MBA, za odborné vedení a cenné připomínky v průběhu celé práce a dále RNDr. Hynku Schvachovi, Ph.D., jenž mi byl velmi nápomocen ve finalizaci této práce. Můj opravdu velký vděk patří doc. Ing. Janě Holé, Ph.D., která mi podala pomocnou ruku v okamžicích, kdy se zdálo, že cesta, kterou se tato práce ubírala, nemá zdárného konce. Také děkuji Mgr. Janě Maňhalové, Ph.D., ve které jsem našel výbornou kolegyni a která mi pomohla najít ten správný směr mé práce.

Můj vděk a dík patří celému zdravotnickému kolektivu zkoumaného oddělení Emergency, bez kterých by tato práce nemohla být napsána.

Nicméně největší podíl na vzniku této práce má moje manželka, která nejen že mi byla obrovskou motivací po odborné stránce, ale hlavně oporou a chápající a milující bytostí, stojící vždy na mé straně.

## **ABSTRAKT**

Dizertační práce je zaměřena na problematiku optimalizace pracovní činnosti personálu urgentního příjmu - Oddělení urgentní medicíny, či Emergency (dále jen OUM), v nemocnici fakultního typu, a to zejména na nelékařský zdravotnický personál tohoto oddělení. Zjišťuje, jaké faktory ovlivňují jak pozitivně, tak negativně systém práce OUM a zabývá se možnostmi, které by mohly optimalizovat a tím zlepšit celkový pracovní výkon těchto zaměstnanců.

Oddělení urgentní medicíny je zásadním prvkem v systému péče o pacienta a tvoří dělící část mezi přednemocniční a nemocniční péčí. Funguje jako pracoviště prvního kontaktu a umožňuje třídění příchozích pacientů dle závažnosti stavu. U takto exponovaného pracoviště je tak možno očekávat řadu faktorů, které mohou negativně ovlivnit systém práce a úroveň poskytované zdravotní péče.

V rámci této práce byla snaha tyto faktory identifikovat a tak zjistit možnosti optimalizace práce zdravotnického personálu na OUM, zejména u nelékařského. Na základě těchto faktorů byla zpracována rámcová doporučení pro praxi.

V teoretické části práce bylo charakterizováno, jakým oddělením OUM je, v jakých společenských a legislativních normách funguje a jak je tato problematika řešena nejen v ČR, ale také v rámci rozvinutých států světa. Byly stanoveny dva hlavní cíle práce. Prvním bylo určení faktorů, které mohou mít pozitivní či naopak negativní vliv na kvalitu a efektivitu poskytované péče. V návaznosti na tyto faktory pak provedení jejich analýzy a vypracování doporučení, které mají možný potenciál ovlivnit výkon práce na OUM. Dále byly stanoveny i vedlejší úkoly, kam byla zařazena charakteristika OUM jako oddělení, provedení psychologického šetření personálu ve vztahu k pracovní zátěži a provedení kvalitativního šetření personálu.

V praktické části práce byla provedena situační analýza oddělení za pomoci SWOT analýzy, které předcházela analýza makroprostředí pomocí PEST analýzy, mikroprostředí pomocí Porterova modelu 5 sil a konečně vnitřního prostředí pomocí McKinseyho modelu 7S. Na toto navazoval psychologický výzkum, prováděný dotazníkovou baterií, složenou z SUPOS 7, NAQ a dotazníku stanovující škálu skupinové atmosféry. Tohoto šetření se účastnilo 30 respondentů.

Výzkum dále pokračoval kvalitativním šetřením personálu OUM dle zásad interpretativní fenomenologické analýzy. Bylo provedeno 11 rozhovorů, napříč všemi zdravotnickými profesemi, které na OUM poskytují zdravotní péči.

V rámci psychologického šetření bylo zjištěno, že personál OUM není vystaven žádnému jevu,

který by mohl vyvolávat zvýšenou nespokojenost na pracovišti či dokonce syndrom vyhoření. Byla prokázána spokojenost s výkonem práce a s kolektivem OUM, kdy nebyl prokázán ani deficit v rámci mezilidských vztahů na pracovišti.

To ale nekoresponduje s výstupy kvalitativního šetření, čímž byla prokázána opodstatněnost použití tohoto typu výzkumu. Dle analyzovaných rozhovorů je na oddělení celá řada negativních, ale i pozitivních jevů, které mohou ovlivnit způsob práce personálu na OUM. Personál subjektivně vnímal jako velký nedostatek celkový systém práce a zaměření OUM, což je vyvoláno zejména nepochopením filosofie OUM jako oddělení a je to dáno chybnou komunikací managementu oddělení s pracovníky. S tím je spojena i skladba pacientů a jednotlivé typy diagnóz, které se na OUM objevují a u kterých vzniká rozpor, zda patří či nepatří na tento typ oddělení. Jako velký problém je vnímán personální stav oddělení, který je vyvolávající příčinou kontinuálně rostoucí pracovní zátěže personálu a tím i potenciálu vzniku syndromu vyhoření. S tím je spojena i skladba personálu, zejména u sester, kde je velmi citlivě vnímán generační rozdíl a odlišný způsob pojetí práce. S tím je nepřímo spojena i problematika obsazení jednotlivých služeb a celkově systém výkonu práce v rámci pracovního dne, který je často odvislý ne dle potřeb OUM, ale potřeb navazujících oddělení mateřské organizace – fakultní nemocnice.

Jako pozitivní faktory byly personálem subjektivně vnímány zejména motivační, kdy se prokázala vysoká morálka a vůle personálu k práci na tomto oddělení. Dále se zde otevřel prostor k posílení sounáležitosti a tím i zvýšení pracovního nasazení cestou posílení faktorů, ovlivňujících firemní kulturu OUM. Potvrdilo se kvalitní logistické zabezpečení oddělení a uspokojující výše finančních odměn. Jako velké pozitivum je vnímán rovnocenný postoj ke všem členům zdravotnického týmu, kdy jasná diferenciací odpovědnosti vede k uznání jak lékařské, tak nelékařské profese.

Doporučení pro praxi byly zpracovány jako všeobecné, s ohledem na zjištěná fakta a v kontextu výstupů odborných publikací. Nicméně není ambicí dogmaticky určovat, jakým způsobem lze tuto problematiku řešit, zejména z toho důvodu, že se projevila jako velmi komplexní a složitá, přesahující rámec této dizertační práce. Ta vznikla jako možné vodítko a informační východisko pro další, hlubší výzkum jednotlivých oblastí, které tato práce shromáždila.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Emergency, SWOT, SUPOS, NAQ, interpretativní fenomenologická analýza, zátěž

# **POSSIBILITIES OF WORK EFFICIENCY OPTIMIZATION AT THE DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE OF THE UNIVERSITY HOSPITAL**

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on the optimization of the work activities of the staff of the Department of Urgent Medicine – Emergency department of the University Hospital, with a focus on the nurses staff of this department. It identifies what factors influence both the DUM work system positively and negatively and deals with possibilities that could optimize and thus improve the overall work performance of these employees.

The Emergency Medicine Department is an essential element in the patient care system and links the pre-hospital and hospital care. It acts as a workplace of the first contact and allows sorting of incoming patients according to the severity of the condition. A number of factors can be expected at such an exposed workplace that may negatively affect the work system and the level of health care provided.

Therefore, we tried to identify these factors in this work and thus to find out the possibilities of optimizing the work of medical staff at the DUM, especially in the non-medical field. Based on these factors, framework recommendations for practice have been developed.

There were two main aims. The first was to identify factors that may have a positive or negative impact on the quality and effectiveness of the care provided. In connection with these factors, they perform their analysis and make recommendations that have potential potential to influence the performance of work on DUM. Secondary tasks were also specified, which included the characteristics of the DUM as a department, conducting a psychological survey of personnel in relation to workload and conducting a qualitative survey of staff.

In the practical part of the dissertation was performed situational analysis of the department with the help of SWOT analysis, which was preceded by analysis of the macro environment using PEST analysis, micro environment using Porter 5-forces model and the internal environment using McKinsey model 7S. This was followed by a psychological research conducted by a questionnaire battery consisting of SUPOS 7, NAQ and a questionnaire for the scale of the group atmosphere. 30 respondents participated in this survey.

The research continued with a qualitative survey of DUM staff according to the principles of interpretative phenomenological analysis. 11 interviews were conducted across all healthcare professions providing health care at the DUM.

The psychological investigation revealed that DUM staff is not exposed to any phenomenon that could cause increased dissatisfaction in the workplace or even burnout. Satisfaction with work performance and with the DUM team was proved. There was no evidence of a deficiency in interpersonal relationships in the workplace.

This does not correspond to the outcomes of the qualitative survey, which justified the use of this type of research. According to the analyzed interviews, the department has a number of negative but also positive phenomena that may affect the way the staff work at OUM. Personally, the overall system of work and focus of the OUM was perceived as a major shortcoming. This is due to a misunderstanding of the OUM philosophy as a department and a poor communication between department management and staff.

This is associated with the composition of patients and the different types of diagnoses that appear at DUM. There is a contradiction whether or not they belong to this type of department. The personnel status of the department is perceived as a major problem, which is the cause of the ever-increasing workload of staff and the potential for burnout. This is connected with the staff composition. In particular, nurses perceive the generation difference and the different way of working. This is indirectly connected with the issue of occupation of individual services and overall system of work performance within the working day, which is often dependent not on the needs of DUM, but the needs of the follow-up university hospital departments.

As positive factors were personnel subjectively perceived motivational especially when it showed high morale and the will of the staff to work in this department. Furthermore, there opened a space to strengthen solidarity and thus increase work effort by strengthening the factors influencing corporate culture DUM. The quality of the logistic support of the department and satisfying amount of financial rewards was confirmed. As a great positive attitude is considered equivalent to all members of the healthcare team, the clear differentiation of responsibilities leads to a recognition of both medical and non-medical professions.

Recommendations for practice were elaborated as general, taking into account the findings and in the context of the outputs of professional publications. However, ambition is not dogmatically determine how this issue can be addressed, in particular because it proved to be a very complex and complicated, beyond the scope of this thesis. It was created as a possible guide and information basis for further, deeper research into the individual areas that this work has collected.

## **KEY WORDS**

Emergency, SWOT, SUPOS, NAQ, interpretative phenomenological analysis, work stress



# Obsah

Úvod.....	15
<b>1 Urgentní příjem - oddělení urgentní medicíny .....</b>	<b>19</b>
1.1 Počátky vzniku koncepce OUM ve světě.....	19
1.2 Rozdíl mezi pojetím neodkladné péče .....	21
1.2.1 Angloamerický systém poskytování NP .....	21
1.2.2 Franko-německý systém poskytování NP .....	23
1.2.3 Pojetí funkce OUM v angloamerickém systému NP .....	24
1.2.4 Pojetí funkce OUM ve franko-německém systému NP .....	27
1.3 Pojetí OUM v České republice .....	30
1.4 Zkoumané Oddělení urgentní medicíny - Emergency .....	35
1.4.1 Struktura oddělení .....	36
1.4.2 Personální obsazení a systém služeb na OUM .....	38
1.5 Cíle práce .....	40
1.6 Metodologie - situační analýzy OUM FN.....	40
1.6.1 SWOT analýza .....	41
1.6.2 PEST analýza .....	42
1.6.3 Porterův model pěti sil .....	42
1.6.4 Analýza vnitřního prostředí .....	43
1.7 Metodologie - Psychologická analýza pracovního prostředí OUM FN .....	45
1.7.1 SUPOS 7.....	46
1.7.2 NAQ dotazník .....	47
1.7.3 Škála skupinové atmosféry (ŠSK).....	47
1.8 Metodologie - Kvalitativní šetření personálu OUM .....	48
<b>2 Výsledky - Situační analýzy .....</b>	<b>51</b>
2.1 Makroprostředí - PEST analýza .....	51
2.1.1 Politické a právní faktory .....	52
2.1.2 Ekonomické faktory .....	52
2.1.3 Sociální faktory .....	54
2.1.4 Technologické faktory .....	56
2.2 Mikroprostředí - Porterův model pěti sil.....	58
2.2.1 Potenciální konkurenční subjekt .....	58
2.2.2 Současné konkurenční subjekty .....	59
2.2.3 Hrozba substitutů .....	59

2.2.4	Smluvní síla dodavatelů .....	60
2.2.5	Smluvní síla odběratelů – uživatelů péče .....	60
2.3	Vnitřní prostředí - McKinseyho model 7S .....	61
2.3.1	Strategie .....	62
2.3.2	Struktura oddělení .....	62
2.3.3	Systemy .....	63
2.3.4	Styl vedení .....	64
2.3.5	Spolupracovníci .....	65
2.3.6	Schopnosti .....	67
2.3.7	Sdílené hodnoty OUM .....	68
2.4	SWOT analýza .....	69
<b>3</b>	<b>Výsledky - Psychologická analýza .....</b>	<b>71</b>
3.1	Metodika výzkumu .....	71
3.2	SUPOS 7 .....	72
3.3	NAQ dotazník .....	75
3.4	Škála skupinové atmosféry .....	78
3.5	Závěr psychologického šetření .....	80
<b>4</b>	<b>Výsledky - Kvalitativní výzkum personálu OUM .....</b>	<b>82</b>
4.1	Realizace výzkumu .....	82
4.1.1	Analýza dat .....	84
4.1.2	Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru.....	86
4.2	Interpretace rozhovorů .....	87
4.2.1	Počátky práce na OUM .....	87
4.2.2	Uspokojení z práce na OUM .....	94
4.2.3	Nespokojenost celková .....	108
4.2.4	Efektivita zaměstnanců OUM .....	118
4.2.5	Interpersonální vztahy na OUM .....	128
4.2.6	Management práce na OUM .....	139
4.2.7	Pracovní zátěž na OUM .....	144
<b>5</b>	<b>Diskuze, doporučení pro praxi .....</b>	<b>151</b>
5.1	Doporučení pro praxi .....	157
	<b>Závěr .....</b>	<b>169</b>
	<b>Použitá literatura .....</b>	<b>174</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>185</b>

## Seznam ilustrací

<b>Obrázek 1</b> Žebříček nejdůvěryhodnějších povolání v USA.....	25
<b>Obrázek 2</b> Plán OUM s ohledem na triáž pacientů.....	38
<b>Obrázek 3</b> SWOT analýza, její principy.....	41
<b>Obrázek 4</b> Principy Porterova modelu pěti sil.....	43
<b>Obrázek 5</b> Princip McKinseyho modelu 7S.....	45
<b>Obrázek 6</b> Míra chudoby v EU k roku 2016.....	55
<b>Obrázek 7</b> Celkové výdaje na zdravotní péči.....	57
<b>Obrázek 8</b> Doba pobytu pacienta na OUM v roce 2018.....	67
<b>Obrázek 9</b> Struktura psychického stavu respondentů.....	74
<b>Obrázek 10</b> Frekvence výskytu setkání s negativním jednáním na pracovišti.....	77
<b>Obrázek 11</b> Hodnoty komponent skupinové atmosféry na pracovišti.....	79
<b>Obrázek 12</b> Bodové hodnocení úrovně skupinové atmosféry na pracovišti.....	79
<b>Obrázek 13</b> Mapa kódů kategorie „Počátky práce na OUM“.....	88
<b>Obrázek 14</b> Mapa kódů kategorie „Uspokojení z práce na OUM“.....	95
<b>Obrázek 15</b> Mapa kódů kategorie „Nespokojenost celková“.....	109
<b>Obrázek 16</b> Mapa kódů kategorie „Efektivita zaměstnanců OUM“.....	119
<b>Obrázek 17</b> Mapa kódů kategorie „Efektivita zaměstnanců OUM“.....	129
<b>Obrázek 18</b> Mapa kódů kategorie „Management práce na OUM“.....	140
<b>Obrázek 19</b> Mapa kódů kategorie „Pracovní zátěž na OUM“.....	144
<b>Obrázek 20</b> Návrh obsahového sdělení informačního letáku OUM.....	164

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> Srovnání systémů OUM dle Dicka.....	30
<b>Tabulka 2</b> Hospodaření .....	54
<b>Tabulka 3</b> PEST analýza OUM .....	58
<b>Tabulka 4</b> SWOT analýza OUM .....	70
<b>Tabulka 5</b> Komponenty lidské psychiky dle Mikšíka.....	73
<b>Tabulka 6</b> Hodnoty komponent lidské psychiky respondentů.....	74
<b>Tabulka 7</b> Behaviorální položky, hodnocené NAQ dotazníkem.....	76
<b>Tabulka 8</b> Hodnotící škála skupinové atmosféry dle Kollarika.....	78
<b>Tabulka 9</b> Charakteristiky skupinové atmosféry dle Kollarika.....	78

## Seznam zkratk a značek

<b>ACEP</b>	american college of emergency physicians
<b>AHQR</b>	Agency for Health, Research and Quality
<b>ATLS</b>	advance trauma life support
<b>ARIP</b>	anesteziologicko resuscitační péče
<b>CMP</b>	cévní mozková příhoda
<b>CP</b>	centrální příjem
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>DUM</b>	Department of Urgentem Medicine
<b>EKG</b>	elektrokardiograf
<b>EMS</b>	emergency medical score
<b>ESI</b>	Emergency serenity index
<b>ETC</b>	European trauma course
<b>EU</b>	European Union
<b>EU SEM</b>	European society of Emergency medicine
<b>FN</b>	fakultní nemocnice
<b>IPA</b>	interpretativní fenomenologická analýza
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>LL LI</b>	Lessons learned, lessons identified
<b>LSPP</b>	lékařská služba první pomoci
<b>MZ ČR</b>	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>MIMMS</b>	Major Incident Medical Management Support
<b>MNC</b>	Missed Nursing care
<b>NAQ</b>	negative acts questionnaire

<b>NATO</b>	North Atlantic Treaty Organisation
<b>NEZAS</b>	nemocnice záchranné služby
<b>NNP</b>	neodkladná nemocniční péče
<b>NLP</b>	nelékařský personál
<b>OUM</b>	oddělení urgentní medicíny
<b>OUP</b>	oddělení urgentního příjmu
<b>PEST</b>	political, economical, social, technological
<b>PHTLS</b>	pre-hospital trauma life support
<b>PNP</b>	přednemocniční péče
<b>RLP</b>	rychlá lékařská pomoc
<b>RTG</b>	rentgen, zobrazovací metoda
<b>SPMS</b>	self-perceived moral superiority
<b>UH</b>	University Hospital
<b>UM</b>	urgentní medicína
<b>UZ</b>	ultrazvuk, zobrazovací metoda

## Úvod

„Vědecký člověk nemá za cíl dojít k okamžitému výsledku. Neočekává, že se jeho pokročilé nápady a myšlenky snadno uchytí. Jeho práce je jako práce plantážníka – pro budoucnost. Jeho povinností je položit základy a ukázat cestu těm, kteří přijdou.“

*Nikola Tesla, vynálezce, fyzik a elektroinženýr 1856 - 1943*

Jak píše Hejduková (2013), moderní zdravotnictví je v dnešní době charakterizováno třemi atributy, které vytváří základní východiska pro systém poskytování zdravotní péče obyvatelstvu České republiky. Zdravotnictví musí najít optimální poměr mezi dostupností, kvalitou a cenou.<sup>1</sup> Najít optimální poměr mezi těmito charakteristikami je věčným úkolem všech, kteří za poskytování zdravotních služeb odpovídají.

Díky tomuto systematickému přístupu dochází v dnešní době také k prudkému rozvoji oboru urgentní medicína, který v sobě zahrnuje jak činnost na úrovni přednemocniční péče, tak péče nemocniční. Jako přechodový prvek, který svým pojetím umožňuje průchod pacienta napříč těmito úrovněmi, došlo k postupnému vytváření a výstavbě pracovišť urgentní medicíny, která jsou často všeobecně nazývána „Emergency.“

S výstavbou oddělení urgentních příjmů (dále jen OUP) se v ČR začalo v souvislosti se zákonem 47/1997 na úrovních nemocnic III. typu. Dle Hlaváčkové (2000) byla v této době zahájena výstavba specializovaných center (popáleninová centra, traumacentra apod.) V rámci těchto pracovišť začaly vznikat první urgentní příjmy, které se však lišily nejen názvem, ale i personálním obsazením a náplní jejich činnosti. Rozmanitost nově vznikajících pracovišť byla dána především chybějící koncepcí, která by dávala jasný rámec snaze o vybudování těchto oddělení napříč zdravotnickými zařízeními<sup>2</sup>.

Zkoumaný urgentní příjem, nazývaný i Oddělení urgentní medicíny (dále jen OUM), patří mezi největší a nejmodernější pracoviště tohoto typu v ČR. Svou činnost zahájil počátkem roku 2008. Je pojat jako bezprahové pracoviště, tedy oddělení, kterým prochází různé spektrum pacientů, od nejlhčích diagnóz až po kriticky ohrožené na životě. Jde o vstupní bránu do

---

<sup>1</sup> HEJDUKOVÁ, P. Kvalita zdravotní péče jako jeden z reformních kroků systémů zdravotnictví [online] Trendy v podnikání, Západočeská univerzita v Plzni. Plzeň: 2013. 3/2003, str. 90-96. ISSN 1805-0603. Dostupné z <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/16271/1/Hejdukova.pdf>

<sup>2</sup> HLAVÁČKOVÁ, D. Koncepce budování urgentních příjmů v ČR [online]. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, 2000. Dostupné z: [www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142).

nemocničního zařízení, což klade vysoké nároky na odbornou úroveň a kvalitu péče zde poskytované. Práce je zde charakteristická širokým spektrem pacientů, spadajících do různých oborů medicíny. Péče je poskytována zdravotnickým týmem, kdy předpoklad vysoké kvality je nutnost odborné spolupráce jak lékařské, tak nelékařské části pracovního kolektivu.

Specifika práce na OUM jsou i důkazem toho, že se ošetrovatelství etablovalo jako samostatný vědný obor, který společně s medicínou funguje jako cesta k poskytnutí maximální možné úrovně zdravotní péče. Tato mezioborová spolupráce funguje jak na úrovni samotné péče, tak na úrovni organizační, kdy sestra je plnohodnotný partner pro lékaře a podílí se nejen na léčebném procesu, ale i na procesu plánování a řízení chodu oddělení. Na tomto oddělení jsou na všechny členy zdravotnického týmu kladeny vysoké nároky jak po odborné, tak po organizační a behaviorální stránce. Tyto nároky jsou navíc podmíněny nutností práce v týmu, kdy ne vždy je možno docílit sladění lékařských a nelékařských profesí. Lze tedy konstatovat, že se jedná o problematiku diskutabilní, často obtížně uchopitelnou a tento způsob práce na OUM také může být zdrojem potenciálních problémů, ovlivňující samotný pracovní výkon jednotlivých zdravotníků.

Práce je dle Petruska (1998) definována jako cílevědomá lidská činnost, která vede k uspokojování lidských potřeb, k vytváření statků a služeb.<sup>3</sup> Tato definice je poplatná i odborné činnosti zdravotnického týmu na oddělení Emergency, kdy výkon práce se odráží na kvalitě poskytované péče. Hlavním cílem této práce proto bylo zaměření se na práci zdravotnického personálu na OUM, s předpokladem identifikace faktorů, ovlivňujících jak negativně, tak pozitivně její výkon.

Práce na OUM je psychicky i fyzicky velmi náročná. Bohužel, tento typ pracovišť je ve své podstatě mladý a proto není problematika pracovní zátěže, spokojenosti na pracovišti a samotná pracovní charakteristika uspokojivě zpracována. Lze se obrátit na zahraniční literaturu, která ale funguje pouze jako odborné vodítko, vzhledem k odlišnosti pojetí problematiky Emergency v ČR a ve světě. Nicméně lze se inspirovat v pramenech, týkajících se práce sester a dalších zdravotníků na odděleních intenzivní péče, anesteziologie a podobných, kde je charakter práce, pracovní zátěž a skladba diagnóz pacientů obdobná. Nicméně lze konstatovat, že OUM je natolik specifické, že cíl této dizertační práce může být považován za pilotní studii, která může pomoci dalším výzkumníkům ve zmapování tohoto pracoviště.

---

<sup>3</sup> **PETRUSEK a kol.** *Velký sociologický slovník* – II. svazek, Karolinum, Praha 1998, str. 824. ISBN 80-7184-310-5.



Všeobecně lze na základě rešerše odborných zdrojů konstatovat, že zdravotničtí pracovníci a zejména sestry jsou na exponovaných pracovištích, jako je OUM, jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) a další, vystaveny několika zdrojovým oblastem zátěžových situací, ovlivňující jejich pracovní výkon. Jak popsal Kozon a Zacharová (2016) a s jejich názory se ztotožnil Basu (2017), se jedná se zejména o:

- Interpersonální vztahy (sestra-sestra, sestra – lékař, sestra – pacient);
- Zátěž vyplývající z výkonu pracovní činnosti (časové přetížení, organizace práce);
- Problémy plynoucí z rozkolu mezi rodinným a pracovním životem.<sup>4,5</sup>

Optimalizace efektivity práce na OUM proto logicky vychází právě z jasné definice faktorů, které jsou specifické pro toto oddělení. Následně můžou být použity pro tvorbu doporučení pro praxi a dále možné tvorby teoretických východisek pro tvorbu postupů a strategií, umožňujících navyšování kvality poskytované zdravotní péče a udržení pracovní spokojenosti členů zdravotnického týmu, což jsou spojené nádoby a jedno bez druhého není možné.

Hlavním cíle této disertační práce je proto identifikace faktorů, které mohou pozitivně či negativně ovlivnit chod oddělení a působit na kvalitu a efektivitu poskytované péče. Následně tak může dojít k zpracování dílčích návrhů, jež mají potenciál ovlivnit výkon práce na OUM, což bylo stanoveno jako druhý hlavní cíl práce.

Teoretický rámec práce tak vychází ze studií, zabývajících se managementem zdravotnických zařízení, pracovní zátěží a pracovní spokojeností sester a dalších zdravotnických pracovníků, tedy z principů „evidence based practice“ a „evidence based nursing“, kdy hlavním znakem těchto principů je, jak píše McKibbon (1998), propojenost mezi vědeckými důkazy, klinickou praxí, odbornými znalostmi a individuálními potřebami<sup>6</sup>.

Proto bylo jako dílčí cíl práce stanoveno charakterizování OUM jako takového, pomocí SWOT analýzy a tím určení silných a slabých stránek tohoto pracoviště. Navazujícím krokem bylo provedení psychologické analýzy personálu OUM se zaměřením na jejich pracovní spokojenost a zátěž na pracovišti. Posledním dílčím cílem je provedení kvalitativního šetření personálu za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy.

---

<sup>4</sup> **KOZON V, ZACHAROVA E.** Stress factors in the work of nurses. *CLINICAL SOCIAL WORK*. 2016 1:105.

<sup>5</sup> **BASU S, QAYYUM H, MASON S.** Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J*. 2017;34(7):441-7.

<sup>6</sup> **McKIBBON, K. A.** Evidence based practice. *Bulletin of the Medical Library Association* [online] 1998, no. 3, vol. 83. [cit. 2019 01-21] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC226388/>.

Je zde předpoklad toho, že tento výzkum pomůže v dalším rozvoji tohoto typu pracovišť, který je ovlivněn také legislativním vakuem, který v této oblasti vládne. Jak říká Pokorný (2013), vzhledem k absenci konkrétních doporučení či metodických pokynů ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR (mimo Věstníku MZČR z roku 2015) je množství těchto pracovišť odkázáno pouze na zkušenosti jiných a to se odráží na samotné struktuře, organizaci a činnosti těchto pracovišť. Je proto nutné poukazovat na okolnosti, vedoucí k potřebě vzniku těchto pracovišť a benefitů, které jak celému systému zdravotnictví, tak pacientům přináší.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> **POKORNÝ, J.** Srovnání různých systémů neodkladné péče a jejich perspektivní vývoj. Dizertační práce, Univerzita Karlova v Praze 2013. [online] Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/58185>

# 1 Urgentní příjem - oddělení urgentní medicíny

To, že něco dokážeš vysvětlit, ještě neznamená, že to není zázrak.

*Terry Pratchett, spisovatel (1948-2015)*

Budování pracovišť urgentních příjmů je doprovodným jevem změn, které se dějí nejen v českém zdravotnictví, ale celkově v české společnosti. Rostoucí životní úroveň, vyšší míra vzdělanosti a informovanosti, rostoucí délka života, to vše jsou faktory, se kterými se musí moderní zdravotnický systém vypořádat. Společným jmenovatelem pro tyto faktory jsou rostoucí náklady, které je nutno na zdravotní péči vynakládat. Proto je jednou z největších výzev moderního zdravotnictví najít cesty, jak poskytovat adekvátně kvalitní péči všem, kteří na ni mají nárok a jak zajistit finanční udržitelnost tohoto systému.

Jednou z možností, jak se s danou situací vypořádat je úspora času, a to jak na úrovni přednemocniční péče, tak na úrovni řízení toku pacientů, přicházejících do nemocničních zařízení. Zvýšení efektivity práce, na podkladě moderních postupů a využití možností a kapacit dnešní medicíny a managementu umožňuje přesněji zacílit zdravotní péči, a tím i zkrátit dobu hospitalizace pacienta. To vše je cesta k regulaci nákladů, které stále narůstají.

Brookes a Gilbert (2011) poukazují na to, že při dobré organizaci zdravotní péče lze ušetřit nemalé finanční prostředky, které mohou být následně investovány nejen do diagnostických a terapeutických přístrojů, ale i do dalšího vybavení, bez kterého se dnes moderní medicína neobejde, a které také pomáhá zdravotníkům životy zachraňovat. Platí to samozřejmě i obráceně: možnosti dnešní medicíny jsou takové, že při špatné organizaci a bez regulačních mechanismů by na financování zdravotní péče neměly dost peněz ani nejbohatší státy světa.<sup>8</sup>

## 1.1 Počátky vzniku koncepce OUM ve světě

Samotný počátek rozvoje „Emergency“, jak jsou veřejností pracoviště urgentních příjmů nazývány, se dá vysledovat do Spojených států amerických. S nástupem nových trendů v anesteziologii a budování záchranné služby se ukázala potřeba mít takové oddělení, které by umožňovalo přijetí pacienta, který je v natolik kritickém stavu, že časové prodlevy, které mohou nastat standartní příjmovou procedurou, by měli fatální dopad na jeho zdravotní stav. Dle McNeeleye (2012) je rozvoj tohoto typu oddělení těsně spjat s rozvojem lékařské odbornosti „urgentní medicína“. Tato odbornost patří mezi mladé disciplíny, počátky se datují

---

<sup>8</sup> **BROOKES L, GILBERT LR.** CCTA for Acute Chest Pain: Will It Become Routine? *J Am Coll Cardiol.* 2011;58:1414-22.

od 60. let minulého století, kdy v USA dochází k výstavbě prvních oddělení, zaměřených na poskytování akutní zdravotní péče těm pacientům, kteří byli při příchodu do zdravotnického zařízení ohroženi na životě. Na těchto odděleních však často pracovali lékaři, kteří neměli odpovídající zkušenosti a vědomosti pro práci s tímto typem pacientů. Vystala proto potřeba systematicky řešit přípravu zdravotníků pro práci v podmínkách neodkladné medicíny na pomezí přednemocniční a nemocniční péče<sup>9</sup>.

Suter (2012) poukazuje na to, že dalším výrazným milníkem bylo zveřejnění zprávy americké akademie věd, která v roce 1966 poukázala na hrubé nedostatky v akutní péči na území USA. Ukázalo se, že poskytování této akutní péče vyžaduje od lékařů zcela nový druh odbornosti. Proto byla v roce 1968 skupinou osmi lékařů založena American College of Emergency Physicians (ACEP). Hlavním cílem této organizace bylo určit novou strukturu vzdělávání lékařů urgentní medicíny a vymezení norem pro jejich práci. Tato instituce byla první a dnes je největší profesní organizací lékařů urgentní medicíny na území USA<sup>10</sup>.

Rockwood a Charles (1976) dokládají, že se se o popularizaci a rozvoj oboru obrovskou měrou zasadil dr. Peter Safar, kterého lze považovat za otce urgentní medicíny jak v USA, tak ve zbytku světa. I díky jeho přičinění byla v roce 1956 v Pittsburgu založena první Emergency Medical Service (EMS), která byla charakteristická zavedením neodkladné resuscitace do terénních podmínek. Tato služba byla primárně určena k výjezdům do terénu a dala tak základ dnešní podoby zdravotnické záchranné služby<sup>11</sup>.

V evropském prostředí byl rozvoj urgentní medicíny složitější. Dle Tottena a Belloua (2013) byla snaha o zařazení urgentní medicíny mezi základní lékařské obory zpočátku akceptována s velikou nelibostí odborníků klasických lékařských oborů (anesteziologie, chirurgie, vnitřní lékařství). V květnu roku 1994 vznikla Evropská společnost urgentní medicíny (European Society of Emergency Medicine - EuSEM). Česká republika byla jedním z prvních států, které se staly členy této společnosti<sup>12</sup>. Vzhledem k tomu, že zdravotnický systém jednotlivých států Evropy je národní odpovědností, je na každém z těchto států, nakolik akceptují a přijmou zásady EuSEM. Nicméně v dnešní době již lze konstatovat, že 15 členských států EU uznává

---

<sup>9</sup> **MCNEELEY, S.** Urgent care centers: An overview. *American Journal of Clinical Medicine*, 2012, 9.2: 80-81.

<sup>10</sup> **SUTER, RE.** Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World journal of emergency medicine*, 2012, 3.1: 5.

<sup>11</sup> **ROCKWOOD, JR, CHARLES, A. et al.** History of emergency medical services in the United States. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 1976, 16.4: 299-308.

<sup>12</sup> **TOTTEN, V., BELLOU, A.** Development of emergency medicine in Europe. *Academic Emergency Medicine*, 2013, 20.5: 514-521.

obor urgentní medicína jako samostatnou specializaci a ostatní ji považují jako specializaci nadstavbovou.

## 1.2 Pojetí neodkladné péče

Rozdíly mezi USA a Evropou v pojetí urgentní medicíny se odrážejí i v konceptu poskytování neodkladné péče (dále jen NP). V dnešní době lze definovat dva způsoby přístupu k poskytování neodkladné péče. Jedním je systém anglo-americký, druhým pojetím je systém franko-německý. Svou charakteristikou zasahují jak do roviny přednemocniční, tak i nemocniční péče.

### 1.2.1 Angloamerický systém poskytování NP

V angloamerickém systému je NP v rámci přednemocniční péče (dále jen PNP) poskytována školeným nelékařským personálem, který po stabilizaci pacienta transportuje na oddělení urgentního příjmu, kde probíhá další diagnostika a terapie. Arnold a Holimann (2005) potvrzují, že pacient je svěřen do péče lékařů se specializací urgentní medicíny. Snahou záchranného týmu v tomto systému je neztrácet zbytečně čas diferenciální diagnostikou neodkladných stavů. Základní filosofií je převézt po nezbytném zajištění a bez zbytečné ztráty času co nejrychleji všechny pacienty do nemocnice na oddělení urgentního příjmu<sup>13</sup>. V přednemocniční a následné nemocniční péči je dle Schwartze (2011) postupováno za využití systému Prehospital Trauma Life Support (dále jen PHTLS) a následně při přijetí v traumacentru dle systému Advance Trauma Life Support (dále jen ATLS)<sup>14</sup>.

Základním pilířem tohoto přístupu jsou právě Oddělení urgentního příjmu. Tento systém je ale v poslední době vystaven i značné kritice odborné veřejnosti, kdy se stav vyvinul do skutečné krize systému, která je velmi vážná a ve velkém počtu nemocnic mnoha zemí doslova kritická. Jak píše Pokorný (2013), na jedné straně se stále zvyšuje poptávka po službách, které oddělení UP poskytují, na straně druhé se řada těchto oddělení potýká s vážnými finančními, personálními, prostorovými a organizačními problémy. Vzhledem k tomu, že stejné či velmi podobné problémy jako v USA se řeší v řadě dalších zemí, které mají anglo-americký systém

---

<sup>13</sup> **ARNOLD JL, HOLIMANN CJ.** Lessons learned from international emergency medicine development. *Emerg Med Clin North Am* 2005;23(1):133-47.

<sup>14</sup> **SCHWARTZ, RB, et al.** Tactical medicine—competency-based guidelines. *Prehospital Emergency Care*, 2011, 15.1: 67-82.

poskytování NP, stává se diskuse o dobré organizaci zdravotnické péče v posledních letech skutečně celosvětovou.<sup>15</sup>

Jak píše Smith a Conn (2009), tento systém poskytování NP byl zaveden v USA z důvodů ekonomických a personálních. Jde o rozlehlou zemi, kde není v určitých oblastech s nízkou hustotou osídlení možno dosáhnout adekvátní dostupnosti lékaře, a proto byl tento nedostatek sanován systémem paramediků, středního zdravotnického personálu, který má kompetence k tomu, aby pacienta zajistil po zdravotní stránce do doby předání lékaři na „Emergency.“ Dále zde byl trvalý nedostatek lékařů, kteří byli ochotni sloužit právě na záchranné službě. Tento systém kooperace paramediků v terénu (v našich podmínkách zdravotnických záchranářů) a lékařů na odděleních urgentního příjmu je nazýván také jako *Scoop and run*.<sup>16</sup>

Dle Vastyana (1971) byl tento systém realizován i díky americkým zkušenostem z války ve Vietnamu, kde systém odsunu těžce raněných vojáků na pracoviště finálního ošetření s vysokým množstvím specializovaného personálu fungoval jako vzor pro tvorbu podobného systému i v civilní sféře.<sup>17</sup>

Všichni postižení bez ohledu na etiologii onemocnění či úrazu jsou v nemocnici přiváženi na jedno oddělení, kterým je oddělení UP. Třídění, vyšetření, diferenciální diagnostika, akutní i odložitelná terapie - stejně jako všechna zásadní rozhodnutí, týkající se dalšího osudu pacientů - jsou prováděna až v nemocnici na oddělení UP.

Tato oddělení mají i svá expektační lůžka, na kterých je možno pacienta pozorovat. Nicméně pobyt pacienta na „Emergency“ by měl být limitován řádově několika hodinami. Platí úzus, že maximální délka pobytu na OUM by měl být do 24 hodin a poté by měl být hospitalizován, nebo propuštěn do domácího ošetřování.

Z výše uvedeného je evidentní, že struktura a funkce OUM je velice těsně spjata s činností záchranné služby. Lze souhlasit s Dickem (2003), který tvrdí, že angloamerický systém je jedním z nejrozšířenějších na světě a je přejímán stále vyšším počtem států.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> **POKORNÝ, J.** Srovnání různých systémů neodkladné péče a jejich perspektivní vývoj. Dizertační práce, Univerzita Karlova v Praze 2013. [online] Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/58185>

<sup>16</sup> **SMITH, RM. CONN, AKT.** Prehospital care – Scoop and run or stay and play? *Injury* 2009;40: S23-S26.

<sup>17</sup> **VASTYAN, E. A.** Civilian war casualties and medical care in South Vietnam. *Annals of internal medicine*, 1971, 74.4: 611-624.

<sup>18</sup> **DICK, WF.** Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehospital and disaster medicine*, 2003, 18.1: 29-37.

### 1.2.2 Franko-německý systém poskytování NP

V německo-francouzském systému je NP v rámci PNP poskytována posádkou záchranné služby, ve které je i lékař. Následně je pacient předán do zdravotnického zařízení cestou specializovaných ambulancí, na základě prvotní diagnostiky lékaře záchranné služby (dále jen ZS). Variantou je také příjem pacienta na jedno pracoviště, kde je ale dále vyšetřován lékaři rozdílných specializací.

Dle Championa se vychází z předpokladu, že není důležité, jak rychle se pacient dostane do zdravotnického zařízení, ale zda se tam dostane živ. Lékař se specializací UM je pouze v posádce záchranné služby. Následná nemocniční NP je poskytována lékaři různých medicínských specializací, proto bývá tento systém nazýván multidisciplinárním systémem UM. V Evropské unii v přednemocniční a následné péči jsou využívány modely PHTLS, ATLS a European Trauma Course (ETC)<sup>19</sup>.

Tento systém se nazývá také *Stay and play*. Jak píše Smith a Conn (2009), cílem je zabránit vzniku nebo aspoň minimalizovat možnost sekundárního poškození orgánů vyvolaného posttraumatickým šokem poskytnutím první pomoci, infuzní terapie, časné intubace a ventilace. Přednemocniční péče je zajišťována lékaři díky systému *Rendez-vous*, ke kterému bylo přikročeno z obdobných důvodů, jako v USA k systému paramediků – personální a ekonomická úspora.<sup>20</sup>

Nicméně jak potvrzuje Timmermann (2008) a další, existuje řada studií, které se zabývají určením účinnosti jednotlivých systémů. Lze konstatovat, že neexistuje jednoznačná odpověď na otázku, který systém je lepší. Pro angloamerický systém hovoří kladně rychlost dojezdu na OUM, pro franko-německý zase kvalita zajištění pacienta už v přednemocniční péči.<sup>21</sup>

To vede k tomu, že se v dnešní době setkáváme s postupným sblížováním obou systémů a smazáváním jednotlivých rozdílů. Dle Fleischmanna a Fuldeho (2007) je to dáno zejména ekonomickým tlakem, kdy rostou finanční náklady na posádky přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP). Řešením je snižování počtu lékařů v posádkách PNP a právě rozvoj

---

<sup>19</sup> CHAMPION, HR. COPES, WS. SACCO WJ et al. The major trauma outcome study: establishing national norms for trauma care. *J Trauma* 1990;30:1356-1365.

<sup>20</sup> SMITH, RM. CONN, AKT. Prehospital care— Scoop and run or stay and play? *Injury* 2009;40: S23-S26.

<sup>21</sup> TIMMERMANN, A. RUSSO, SG. HOLLMANN, MW. Paramedic versus emergency physician emergency medical service: role of the anaesthesiologist and the European versus the Anglo-American concept. *Current Opinion in Anesthesiology*, 2008, 21.2; 222-227.

pracovišť urgentních příjmů. Tím dochází k ještě užšímu propojení PNP a nemocniční neodkladné péče (dále jen NNP).<sup>22</sup>

### 1.2.3 Pojetí funkce OUM v angloamerickém systému NP

OUM v americkém pojetí je oddělení, které bylo vytvořeno z důvodu potřeby koncentrace pacientů, kteří vyžadují urgentní ošetření, na jedno pracoviště. Bylo to zcela pragmatické rozhodnutí, vyplývající z potřeby časové úspory, kdy pacienti v kritickém stavu přijíždějí do zdravotnického zařízení pouze se zajištěnými základními fyziologickými funkcemi, dle kompetencí paramediků zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS).

V angloamerickém systému je kladen vyšší důraz na práci nelékařského personálu, což je opět dáno zejména ekonomickým faktorem. Jak píše Pokorný, Dison (2006) a další, o pacienty se v nemocnicích nejvíce starají tzv. registrované sestry, které mají na rozdíl od České republiky k dispozici početný tým nižšího zdravotnického personálu a mohou se tedy věnovat odborné práci.<sup>23</sup> Obrázek 1 znázorňuje žebříček časopisu Forbes, kde je v USA pro rok 2018 profese sestry uvedena jako společností nejvíce respektovaná, následovaná vojenskými důstojníky a vysokoškolskými profesory. Teprve jako čtvrtá se v žebříčku umístila profese lékaře. Registrované sestry mohou na standardních odděleních ordinovat vyšetření, provádějí anamnestické vyšetření pacientů a pacienti též vyšetřují při změně jejich stavu. Samy vyhodnocují laboratorní výsledky a dokonce mohou indikovat podání transfúze pacientům, pokud to po zhodnocení stavu a laboratorních výsledků považují za nutné. Teprve po vyšetření a celkovém zvážení všech okolností pak registrované sestry rozhodují o tom, zdali je či není nutné lékaře telefonicky informovat.

Dle Schultze (2012) se v případě neodkladné péče a prostředí Emergency sestry stávají rovnocennými partnery lékařů – specialisty na urgentní medicínu, a to v několika oblastech

---

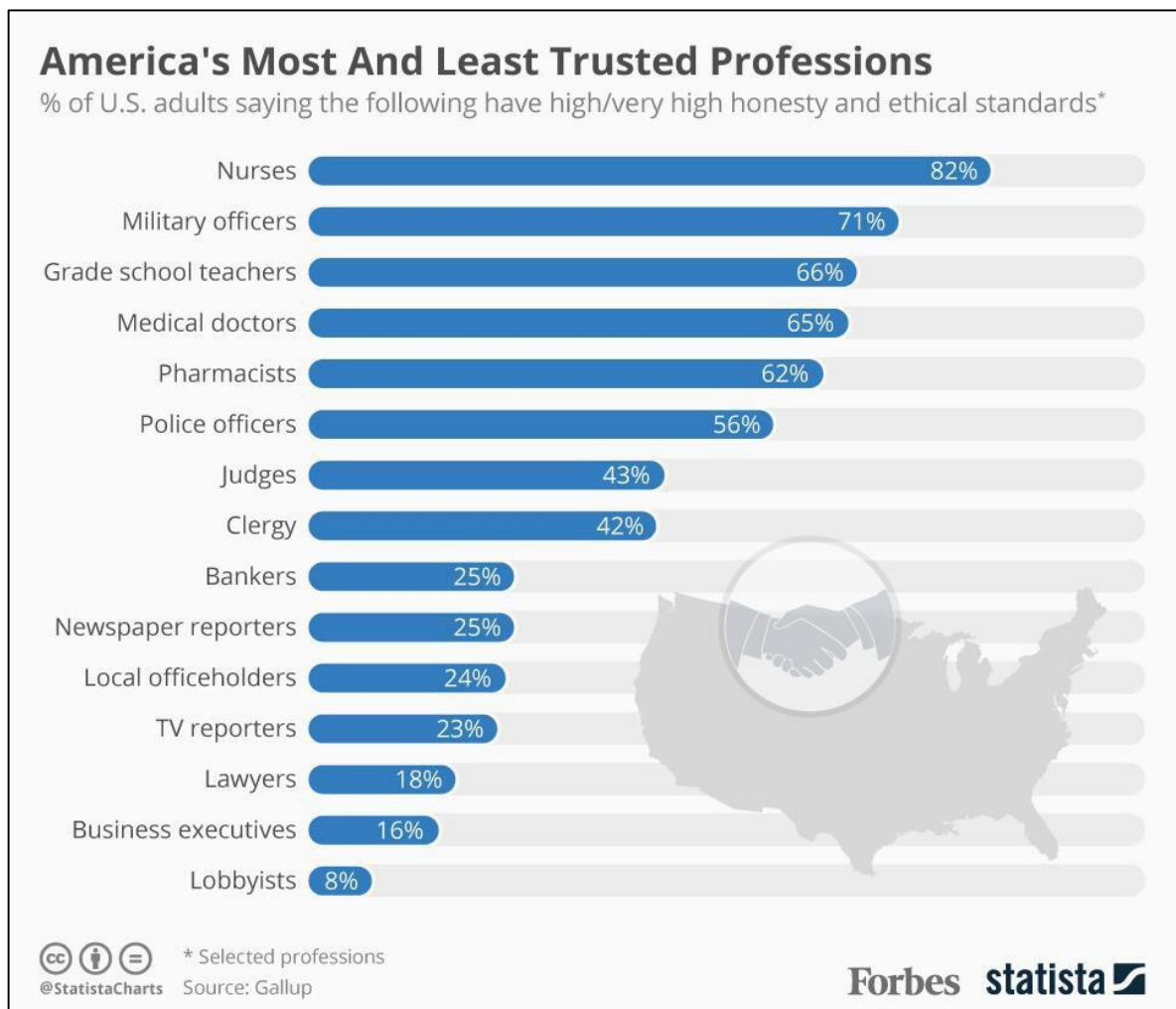
<sup>22</sup> **FLEISCHMANN, T. FULDE G.** Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia* [online]. 2007, 19(4);300-302 [cit. 2016-11-30]. ISSN 1742-6731. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1742-6723.2007.00991.x>

<sup>23</sup> **POKORNÝ, J. DIZON, J. RŮŽIČKA, J. ČERVENÝ, R. DiCARA, V. MAREČEK, V.:** Neodkladná resuscitace v první linii, poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti, stomatology, ambulantními specialisty, farmaceuty, zdravotními sestrami a fyzioterapeuty. Stanovisko České rady pro resuscitaci. *Prakt. Lék.*, 2006, 86(9): 491-493. SJR: 0.032/2006.



ošetřovatelství – péče o pacienta, ale i managementu práce na OUM. Předpokladem pro to je pochopitelně adekvátní úroveň vzdělání, odpovídající danému pracovišti a spektru práce.<sup>24</sup>

OUM je pojato jako bezprahové zařízení, kdy pacienti přichází s různým druhem zdravotních obtíží a na místě jsou diferenciallyně tříděni zdravotnickým personálem dle závažnosti. Toto třídění je povětšinou prováděno právě nelékaři. Na základě tohoto třídění jsou stanoveny priority ošetření, kdy lékař určí postup intervencí u pacienta na základě znalosti komplementárních vyšetření a možnosti zhodnocení vývoje pacientova zdravotního stavu. Podmínkou tohoto systému je ale specializace lékaře v oboru urgentní medicína.



Obrázek 1 Žebříček nejdůvěryhodnějších povolání v USA (McCarthy 2019, ©2019 Forbes Media LLC. online na <https://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2018/01/04/americas-most-and-least-trusted-professions-infographic/#3b35f3f865b5>)

<sup>24</sup> SCHULTZ, CARL H., et al. Development of national standardized all-hazard disaster core competencies for acute care physicians, nurses, and EMS professionals. *Annals of emergency medicine*, 2012, 59.3: 196-208.

OUM tohoto typu má několik výhod. Jako jedna z hlavních je to, že dochází k úspoře času a nákladů, vynakládaných na specializované a laboratorní vyšetření, které jsou prováděny na základě indikace lékaře OUM a prováděny na místě, a tím odpadá složité převážení pacientů na pracoviště, která se tímto zabývají. Dále je zde výhodou to, že pokud dojde k náhlému zhoršení stavu pacienta, nedochází k významným časovým ztrátám, adekvátní péče je mu poskytnuta na místě erudovaným personálem a tím se jednak snižuje riziko komplikací stavu pacienta, maximalizuje se efektivita péče a opět se šetří jak čas, tak i náklady.

Dalším důležitým faktorem činnosti OUM je to, že toto pracoviště funguje jako školící a vzdělávací centrum pro zdravotníky, kteří tak mohou získat zkušenosti, využitelné i v jiných oblastech medicíny či ošetrovatelství. Není jiný typ oddělení, na kterém je možno vidět a pracovat s tak pestrými škálami diagnóz a možností léčby, což je obrovský benefit pro všechny zdravotnické profesionály.

Obrovský význam má OUM v případě mimořádných událostí, jako jsou povodně, hurikány a další situace, kdy je nutno zvládnout v relativně krátkém časovém úseku velký počet zasažených osob s různým typem postižení. OUM je dle Ackermanna, Marxe a Vogela (2012) ideální pracoviště pro rozřídění a prvotní zaléčení pacientů před tím, než jsou dále distribuováni do zdravotnického zařízení. Zatímco v běžném provozu může probíhat poskytování péče podle standardizovaných postupů a strukturované předávání pacienta mezi lékaři s včasným upozorněním, při hromadném příjmu pacientů musí zdravotníci řešit nepřehlednou situaci, kdy je nutno se soustředit na řešení nejdůležitějších problémů a změnit postup při předávání pacientů mezi lékaři.<sup>25</sup>

Urgentní příjem má proto velký význam i pro krizové plánování a zvládání mimořádných a krizových situací. Jako příklad funkčnosti tohoto systému lze použít např. opatření při atentátu na maratonský závod v Bostonu v roce 2013, kdy dle Biddingerové, Baggishe a Harringtona (2013) Massachussettská všeobecná nemocnice přijala v rychlém sledu 5 těžce poraněných pacientů na svůj již plný urgentní příjem, avšak po krátkém zhodnocení jejich stavu a resuscitaci bylo všech 5 pacientů postupně v rámci asi 8 minut odesláno na operační sály. To bylo možné pouze díky předem připraveným plánům na rychlý přesun většího počtu pacientů do okolních chodeb, kde v péči pokračovaly další týmy lékařů, a díky plánům na rychlou připravenost operačních sálů zastavením plánovaných operací a přivoláním dalšího personálu. Celkem tato

---

<sup>25</sup> ACKERMANN, O., MARX, F., VOGEL, T. Urgentní příjem nemocnice jako kritické rozhraní při hromadném neštěstí. Zkušenosti z Love Parade 2010. Notfall + Rettungsmedizin 2012; 4: 313-318

nemocnice přijala 31 pacientů během asi 1 hodiny, ale mohla by přijmout v případě nutnosti i více poraněných. Taková odezva by nebyla možná bez předem připravených plánů, kde se počítalo s touto potřebou ošetrovací kapacity.<sup>26</sup>

Angloamerické pojetí OUM má i své nevýhody. Pokorný (2013) udává, že v dnešní době se ve státech, užívající tento systém, řeší problematika tzv. overcrowdingu, tj. přeplněnosti. Ve spojení s OUM to značí stav, kdy oddělení přestává zvládat poskytovat spektrum služeb, pro které bylo koncipováno. Je to zapříčiněno narůstajícím portfoliem výkonů a vyšetření, které je na oddělení k dispozici a dále stále rostoucím počtem pacientů, kteří na toto oddělení míří. Tím, že je OUM bezprahové, jsou zde ošetřováni pacienti jak v kritickém stavu, tak pacienti, kteří v danou chvíli pouze nemohou být ošetřeni např. u svého privátního lékaře. Je doložen kontinuální růst počtu pacientů, kteří se na oddělení UP obracují v době, kdy je jejich praktický lékař či ambulantní specialista nedostupný. Na oddělení UP jsou ale stále častěji odesíláni pacienti již po vyšetření svým lékařem v ambulantních zařízeních mimo nemocnici.<sup>27</sup>

Dalším problémem OUM angloamerického typu je tzv. boarding, což definují Jeanmond a Jeanmond (2017) jako stav, kdy pacient setrvává na expektačním lůžku OUM a není jej možno propustit pro jeho zdravotní stav, ale ani hospitalizovat pro absenci volné lůžkové kapacity daného zdravotnického zařízení (zejména oddělení JIP apod.). To může negativně ovlivnit schopnost přijímat další pacienty v terénu, kteří jsou na OUM přiváženi cestou ZZS a které je rovněž nutno na UOM lékařsky zajistit. Jde tak o zásadní faktor, ovlivňující kvalitu poskytovaných zdravotních služeb.<sup>28</sup> Jedná se o celosvětový problém, který je dle Yarmohammadiana (2017) předmětem řešení řady studií<sup>29</sup>.

#### 1.2.4 Pojetí funkce OUM ve franko-německém systému NP

Řada autorů se shodne na tom, že franko-německý systém je tradiční, v němž se předpokládá, že o pacienta v kritickém stavu se adekvátně postará lékař, nikoliv sestra, záchranář či jiná nelékařská profese. Jedná se o klasické pojetí poskytování zdravotní péče.

---

<sup>26</sup> **BIDDINGER PD, BAGGISH A, HARRINGTON L et al.**: Be prepared – The Boston Marathon and Mass-Casualty Events. *N Engl J Med* 368; 21, 1958-1960, May 23, 2013

<sup>27</sup> **POKORNÝ, J.** Srovnání různých systémů neodkladné péče a jejich perspektivní vývoj. Dizertační práce, Univerzita Karlova v Praze 2013. [online] Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/58185>

<sup>28</sup> **JEANMONOD, D. JEANMONOD, R.** Overcrowding in the Emergency Department and Patient Safety. In: *Vignettes in Patient Safety-Volume 2*. IntechOpen, 2017.

<sup>29</sup> **YARMOHAMMADIAN, MH., et al.** Overcrowding in emergency departments: a review of strategies to decrease future challenges. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 2017, 22.

Společnou vlastností tohoto systému je dle Tsiarchristase (2015) to, že za pacienta nese odpovědnost lékař. Samotná práce a výše zapojení nelékařského personálu do léčebného procesu je ovlivněna národní legislativou a kompetencemi, které jsou nelékařskému personálu (dále jen NLP) v daných státech přiznány, a lze konstatovat, že se jednotlivé evropské státy poměrně výrazně liší. Faktem zůstává, že se úloha NLP z důvodu úsporných opatření postupně mění i v tak tradicionalistickém prostředí, jako je Evropa.<sup>30</sup>

Jak píše Carney (2016), tyto rozdíly však řeší legislativa EU, která má za úkol ujednotit systém vzdělávání a výkon profese sester. Jedním z cílů zemí EU je kongruentní vzdělávací systém pro všeobecné sestry a porodní asistentky, který umožní jejich migraci v rámci členských států s možností uznání kvalifikace v oboru z jiné členské země.<sup>31</sup>

Co se samotného OUM týče, systém práce na těchto odděleních si prošel složitým vývojem. Jako první byl založen multidisciplinární urgentní příjem, kdy přes OUP prochází směs různých akutních stavů a jejich ošetřováním se zabýval samostatný medicínský obor – urgentní medicína. Meulemans (2003) uvádí, že tento model má nevýhodu ve vysoké zátěži lékaře a nutnosti širokého odborného záběru a tím možnosti vzniku pochybení, navíc zde roste doba pobytu pacienta na oddělení. Doprovodné vyšetření a konzultace jsou řešeny cestou konsilií. Jako další varianta byl následně použit model pluridisciplinárního urgentního příjmu, který lze charakterizovat jako soubor odborností na jednom pracovišti, ale bez jednotného vedení. Každá odbornost opět poskytuje péči pacientovi ve své odbornosti a odpovědnosti. Ideálním se jeví model multidisciplinárně integrovaný urgentní příjem, který lze charakterizovat podobně jako model předchozí, doplněný o jednotné vedení. Péče je poskytována týmem spolupracujících odborníků, kteří jsou členové jednoho týmu<sup>32</sup>.

Zásadním rozdílem od angloamerického systému je umístění OUM. Emergency není vnímáno jako samostatné pracoviště, ale je součástí nemocničního zařízení, které jej zastřešuje a kde figuruje jako jedno z mnoha oddělení. To umožňuje operativní řešení personálního obsazení, kdy na OUM může sloužit i personál z jiných pracovišť. Dále se tímto zkracuje doba předání pacienta na cílové klinické pracoviště. Tento způsob řešení má pozitivní dopad i na financování

---

<sup>30</sup> **TSIACHRISTAS, A. et al.** Costs and effects of new professional roles: evidence from a literature review. *Health Policy*, 2015, 119.9: 1176-1187.

<sup>31</sup> **CARNEY, M.** Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of nursing management*, 2016, 24.1: 105-114.

<sup>32</sup> **MEULEMANS, A.** Urgentní medicína a urgentní příjmy – management popřítavky versus poskytování akutní péče. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2003, 6(3/2003), str. 12-20 [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: [http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM\\_2003\\_03.pdf](http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2003_03.pdf)

OUM, kdy náklady na provoz jdou z celkového rozpočtu „mateřské“ organizace a tak nejsou tak zatěžující.

Jako pozitivum je odborníky vnímáno i to, že se lékař dostane k pacientovi v kritickém stavu již v rámci přednemocniční péče a tak je schopen poskytnout adekvátní zdravotnické intervence mnohem rychleji. Na OUM by se tak měl dostat pacient sice s vyšší časovou prodlevou, než v angloamerickém systému, ale na druhou stranu by měla být jeho prognóza příznivější, protože díky moderně vybaveným vozům ZZS je lékař v terénu schopen poskytnout péči na mnohem vyšší odborné úrovni, než záchranář / paramedik.

Vzhledem k tradicionalistickému pojetí vzdělávání mladých lékařů, které je svým pojetím také spíše franko-německým systémem, kladoucím hlavní odpovědnost za stav pacienta na osobu lékaře, je pro mladé lékaře snazší začít na takto exponovaném oddělení pracovat a získávat cenné zkušenosti. Obdobně lze pohlížet i na problematiku NLP.

Nicméně i tento systém má své nevýhody. Jako hlavní negativum je v porovnání s předchozím systémem finanční náročnost chodu oddělení, plynoucí z množství personálu, které je přítomen na pracovišti, a to jak v běžné pracovní době, tak v době pohotovosti. Tím, že není část úkonů delegována na nelékařský personál, dochází k tomu, že musí být v pohotovosti vysoký počet lékařů, kdy finanční náklady na jejich služby jsou vyšší, než náklady na NLP.

Mnoho studií se pokusilo porovnat dva systémy z hlediska výsledků nebo nákladové efektivnosti. Zdá se však, že nejsou skutečně srovnatelné, protože mají tendenci působit v různých kontextech s různými typy požadavků na splnění. Tabulka 1 přehledně znázorňuje porovnání základních charakteristik obou systémů. Nedostatek jednotných norem mezi těmito dvěma modely také činí srovnání neopodstatněné. Jak potvrzuje Al-Shaqsi (2010) a i Pan American Health Organisation (dále jen PAHO) (2003), v současné době tedy neexistuje žádný důkaz, že jeden model je lepší než druhý a studie nadále vykazují protichůdné závěry.<sup>33, 34</sup>

---

<sup>33</sup> **AL-SHAQSI, S.** Models of international emergency medical service (EMS) systems. *Oman medical journal*, 2010, 25.4: 320.

<sup>34</sup> **PAN AMERICAN HEALTH ORGANISATION.** World Emergency Medical Services Systems. lessons learned from the United States of America for Developing Countries. Holtermann K-e, editor. Washington D.C: PAHO HQ Library Cataloguing-in-publication; 2003.

Tabulka 1 Srovnání systémů OUM dle Dicka (Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehospital Disaster Medicine* 2003;18(1):29-35.

Anglo-americký systém	Franko-německý systém
Pacient přivážen za lékařem	Lékař přivážen za pacientem
Všichni pacienti jsou odvázeni na OUM	Léčba je zahájena lékařem na místě zásahu, na OUM je odvážen nižší počet pacientů
Paramedici/záchranáři řeší i život ohrožující stavy	Život ohrožující stavy jsou řešeny lékařem
Omezené terapeutické spektrum záchranářů	Široké terapeutické spektrum lékařů
Čas zásahu je kratší	Čas zásahu je delší
Třídění je prováděno na OUM	Třídění je prováděno na místě zásahu
Nutný vysoký počet vozidel a personálu ZZS	Postačuje nižší počet vozidel a personálu ZZS

### 1.3 Pojetí OUM v České republice

Jak píše Pokorný (2001), ke vzniku oddělení urgentních příjmů v českých nemocnicích vede snaha odstranit tzv. „příjmové vakuum“ a též nutnost zajistit kontinuitu přednemocniční neodkladné péče do neodkladné péče nemocniční. Urgentní příjem je jednotka víceoborová, kam jsou přiváženi pacienti vyžadující neodkladnou péči nikoliv podle oborové diagnózy, ale na základě zhodnocení aktuální poruchy zdravotního stavu.<sup>35</sup> Dle Drábkové (1997) jsou jednoznačné důkazy, že odstranění tzv. „příjmového vakua“ a plynulý přechod z přednemocniční neodkladné péče do neodkladné péče nemocniční zlepšuje šanci na přežití, hlavně u těch nejzávažněji postižených pacientů.<sup>36</sup>

S výstavbou OUP se v ČR dle Hlaváčkové (2000) začalo v souvislosti se zákonem 47/1997 na úrovních nemocnic III. typu. V této době byla zahájena výstavba specializovaných center (popáleninová centra, traumacentra apod.) V rámci těchto pracovišť začaly vznikat první urgentní příjmy, které se však lišily nejen názvem, ale i personálním obsazením a náplní jejich činnosti. Rozmanitost nově vznikajících pracovišť byla dána především chybějící koncepcí, která by dávala jasný rámec snaze o vybudování těchto oddělení napříč zdravotnickými zařízeními.<sup>37</sup>

<sup>35</sup> POKORNÝ J. Urgentní příjem, vliv na ekonomiku a vzdělávání lékařů nemocnic. *Zdravotnictví v České republice*, Praha 2001; 1-2(4):64-68.

<sup>36</sup> DÁBKOVÁ J. Problémy návaznosti přednemocniční a nemocniční neodkladné péče, In: Sborník přednášek 1. Kongresu České lékařské společnosti J. E. Purkyně “Lékařská pomoc při stavech ohrožujících život”. Praha 12.–13.12.1997, IPVZ Praha; 155–158.

<sup>37</sup> HLAVÁČKOVÁ, D. Koncepce budování urgentních příjmů v ČR [online]. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, 2000. Dostupné z: [www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142).

Jak píše Pokorný (2013), v některých nemocnicích byly již v 80. letech minulého století snahy o vybudování příjmové ambulance v blízkosti anesteziologicko-resuscitačních oddělení (dále jen ARO), nicméně jejich podoba byla vzdálená tomu, co dnes nazýváme UP. Jednalo se o ambulanci, která měla za cíl zabránit časovým prodlevám při předávání pacienta v těžkém stavu. Jako velice progresivní a nadčasové se ukázala rozhodnutí MUDr. Františka Ždichynce, který inicioval nemocnici záchranné služby (dále jen NEZAS), což bylo v Českých zemích první pracoviště, přímo zaměřené na problematiku urgentní medicíny a příjmu akutních stavů.<sup>38</sup>

Dle Pokorného (1998) zde fungoval první centrální příjem (dále jen CP) pacientů, který byl schopen zabezpečit a stabilizovat pacienta do doby, než mu bylo zajištěno adekvátní, např. ventilované lůžko na daném oddělení. Navíc CP zde fungoval jak na nízkoprahové, tak vysokoprahové úrovni a proto lze tedy konstatovat, že to bylo pracoviště, podobající se svým charakterem Emergency amerického typu. Největším ponaučením z doby fungování CP je to, že je jednak výrazným přínosem pro lékaře i pacienty, ale hlavně také to, že by měl být vybudován především ve velkých nemocnicích.<sup>39</sup>

Bohužel NEZAS ukončil svou činnost na konci 90. let, kdy došlo k výrazným celospolečenským změnám, odrážející se i ve zdravotnictví a NEZAS byl nucen po několika reorganizacích a postupné integraci do fakultní nemocnice (dále jen FN) Motol ukončit svůj provoz. Nicméně první krok již byl učiněn a postupná výstavba obdobných pracovišť napříč ČR začala. Chybějící koncepce či jasný rámec výstavby těchto oddělení vedl ke značné variabilitě a odlišnosti jednotlivých OUM, daných jak množstvím a skladbou personálu, tak celkovým pojetím práce.

Pokorný (2001) také uvádí, že v roce 1999 provedl primář Centrálního příjmu FN v Ostravě MUDr. Stanislav Jelen dotazníkové šetření týkající se provozování urgentních příjmů v nemocnicích v České republice. Na základě jeho šetření bylo zjištěno, že urgentní příjem v ČR provozuje cca 20 nemocnic, ale pouze 11 z nich má mezioborový charakter.<sup>40</sup>

Ucelený pohled na problematiku budování urgentních příjmů v nemocnicích v České republice přinesla MUDr. Dana Hlaváčková ve své disertační práci „Koncepce budování urgentních příjmů v ČR“ z roku 2000. Cílem jí navrhované koncepce je podpořit vznik OUP v nemocnicích

---

<sup>38</sup> POKORNÝ, J. Srovnání různých systémů neodkladné péče a jejich perspektivní vývoj. Dizertační práce, Univerzita Karlova v Praze 2013. [online] Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/58185>

<sup>39</sup> POKORNÝ J. Oddělení akutního příjmu pacientů v nemocnicích, kdy, kde, jak? Anesteziologie a neodkladná péče, Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, Praha 1998; 9:261.

<sup>40</sup> POKORNÝ, J. Urgentní příjem: vliv na ekonomiku nemocnic a vzdělávání lékařů [online]. 2001 [cit. 2019-1-04]. Dostupné z: [http://www.urgmed.cz/up/07\\_pokorny.pdf](http://www.urgmed.cz/up/07_pokorny.pdf)

v ČR. Teprve v roce 2011 byl cestou Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof, sekce urgentních příjmů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vypracován dokument „Poslání, činnost a struktura oddělení urgentního příjmu“, který posléze fungoval jako hlavní podklad pro tvorbu věstníku MZ.

Urgentní příjem dnes lze definovat jako centralizovaně poskytovaná akutní péče všem pacientům, a to bez ohledu na tradiční rozdělení medicíny. Jde o pracoviště, které umožňuje v rámci péče o akutní stavy komplexní pohled na pacienta. Východiskem je správně poskytovaná neodkladná péče. Ta je dnes řešena na třech navazujících úrovních:

- přednemocniční neodkladná péče - ZZS (dále jen PNP),
- neodkladná a akutní péče poskytovaná v lůžkovém zdravotnickém zařízení v rámci oddělení urgentního příjmu (dále jen NNP),
- nemocniční péče (ARO, JIP, standardní lůžka (dále jen NP)).

V ČR bohužel stále neexistuje jednotná koncepce podpořená jednotnou metodikou, která by sjednotila podobu tohoto typu oddělení. Ta se od sebe velmi odlišují – ať už strukturou, nebo typem (v některých nemocnicích nalezneme vysokoprahový příjem, v jiných zase nízkoprahový s různým počtem ambulancí nebo pouze s LSPP). Lze vycházet pouze z Věstníku ministerstva zdravotnictví 04/15, který definuje oddělení urgentního příjmu, jeho strukturu a materiální vybavení, nicméně pouze na bazální úrovni.<sup>41</sup>

Uspořádání OUP by mělo umožňovat, aby pacient po vyšetření, stabilizaci vitálních funkcí a primárním ošetření byl předán na příslušné pracoviště s intenzivními lůžky (operační sál, JIP, ARO), standardními lůžky, či v případě zvládnutí akutního stavu, za případného využití expektačních lůžek, propuštěn do domácího ošetřování (péče praktického lékaře, ambulantního specialisty apod.). Dále je zde předpoklad toho, aby urgentní příjem byl schopen zvládnout v co nejkratší době postarat o co nejvíce postižených. Z těchto předpokladů je vycházeno v návrzích vnitřního členění OUP.

Samotnou strukturu OUP (tj. jeho části) tvoří jednotlivé složky jako:

- informační úsek (recepce, operační středisko),
- bezprahový příjem (všeobecná část – všeobecné ambulance, LSPP),

---

<sup>41</sup> VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY č. 4/15, částka 4., 2015.  
Dostupné online na: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015\\_10111\\_3242\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015_10111_3242_11.html)



- nízkoprahový příjem (specializovaná část – odborné ambulance),
- vysokoprahový příjem (intenzivní část – Emergency room),
- lůžková část (expektační lůžka + izolace).

Výše zmiňovaný Věstník MZ 4/15 rozděluje typy OUP na dva druhy:

- urgentní příjem poskytovatelů akutní lůžkové péče, kteří zajišťují vysoce specializovanou péči traumatologickou, kardiovaskulární, komplexní cerebrovaskulární, perinatologickou (tj. krajské a fakultní, – dříve nemocnice III. typu, dále jen „velké nemocnice“),
- urgentní příjem ostatních poskytovatelů akutní lůžkové péče (dříve nemocnice II. typu, dále jen „malé nemocnice“).

Jak píše Kočí a Tuček (2015), o bližší členění, či nějaké typové rozdělení, které by mohlo být vodítkem v plánování struktury, vybavení, personálního obsazení či způsobu činnosti se v tuto chvíli nelze opřít. Důležitý stimul pro růst OUP v ČR jsou ministerské vyhlášky o traumacentrech z roku 2008 a o péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou z roku 2012, které vedly k nárůstu pacientů, přijímaných právě na OUP velkých nemocnic.<sup>42</sup>

Podle Vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb musí mít urgentní příjem lékaře anesteziologa, intenzivistu, chirurga, internistu, kardiologa, neurologa nebo traumatologa, všeobecnou sestru, sestru pro intenzivní péči nebo zdravotnického záchranáře a sanitáře nebo ošetřovatele, u kterého stačí fyzická přítomnost na vyžádání. Pokud není UP zajištěn lékařem anesteziologem nebo intenzivistou, musí být jeho přítomnost dostupná na vyžádání maximálně do 5 minut.<sup>43</sup>

Dle Vyhlášky 284/2017 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, pokud je zřízen urgentní příjem, musí mít minimální plochu 40 m<sup>2</sup>, podlahy musí být snadno omyvatelné a dezinfikovatelné. Urgentní příjem musí mít bezbariérový přístup a bezbariérovou návaznost na oddělení jednotek intenzivní péče, pracoviště radiodiagnostiky a operační sál. Příjezd pro sanitní vozidla musí být viditelně

---

<sup>42</sup> **KOČÍ, J. TUČEK D.** Oddělení urgentní medicíny Hradec Králové. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2015, 6(3/2003), str. 12-13 [cit. 2019-1-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_02.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf)

<sup>43</sup> **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ.** Vyhláška č.99/2012 sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

označen.<sup>44</sup> Výše citovaný věstník MZ č. 4/15 dále řeší minimální materiální vybavení urgentního příjmu.

Provoz OUM lze rozdělit dle Remeše (2013) do tří kategorií, které jasně determinují způsob práce na daném pracovišti.

- Kategorie vysokoprahového příjmu, řešící pacienty v kritickém stavu, ohrožené selháním základních fyziologických funkcí.
- Kategorie nízkoprahového příjmu, řešící pacienty s akutním onemocněním či zhoršením chronického stavu ovšem bez ohrožení vitálních funkcí.
- Kategorie bezprahového příjmu, řešící pacienty s minimálním poškozením, bez ohrožení na životě, kteří přicházejí zejména v době nedostupnosti jejich vlastního praktického či odborného lékaře.<sup>45</sup>

Celkový provoz OUM proto musí být nastaven tak, aby byl schopen skloubit do jednoho celku péči o všechny kategorie příchozích pacientů. Dle Hlaváčkové (2000) je možno rozdělit příchozí pacienty do dvou základních proudů – interního a chirurgického, tj. netraumatický a traumatický proud. Nicméně v jejím podání se OUM zabývá pouze pacienty v ohrožení života, což neodpovídá dnešnímu trendu multioborových akutních příjmů, řešících všechny typy závažnosti diagnóz u pacientů, přicházejících do nemocničního zařízení.<sup>46</sup>

Aby bylo možno dosáhnout této odborné variability, je nutno mít stanovený systém, umožňující jasné a rychlé klasifikování stavu pacienta. Ačkoliv je zde předpoklad toho, že pacient v kritickém stavu bude na OUM přivezen ZZS, je zde i pravděpodobnost jeho příchodu přes ambulantní část, navíc se může klinický obraz pacienta v čase i výrazně měnit. Proto jak píše Ministry (2018), je v rámci příchodu pacienta užíván systém třídění – triáže. Jednou z častých stupnic ve světě i v ČR je algoritmus ESI (Emergency severity index), který má celkem pět kategorií. Byl vyvinut americkou agenturou AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) v roce 1999. V dnešní době se pracuje již s jeho pátou verzí.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ.** Vyhláška č. 284/2017 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. In sbírka zákonů České republiky. 2017, částka 100, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-284>

<sup>45</sup> **REMEŠ, R. a kol.** *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. . ISBN 978-80-247-4530-5.

<sup>46</sup> **HLAVÁČKOVÁ, D.** Koncepte budování urgentních příjmů v ČR [online]. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, 2000. Dostupné z: [www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142).

<sup>47</sup> **MISTRY, Binoy, et al.** Triage Accuracy and Variability Using the Emergency Severity Index: A Multinational Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 2018, 19(2).

## 1.4 Zkoumané Oddělení urgentní medicíny - Emergency

Předmětem zájmu této disertační práce je jeden z představitelů českého pojetí OUM - oddělení, které vzniklo v podmínkách a jako nedílná součást fakultní nemocnice.

Zámysl vybudovat oddělení, které by fungovalo jako centrální příjem a pracoviště urgentní medicíny, vzniklo v letech 1999 až 2000, kdy vznikl generel – zámysl rozvoje fakultní nemocnice do dalších let. V rámci tohoto generelu bylo myšleno i na OUM, které mělo být vytvořeno dle vzoru obdobných zahraničních pracovišť, zejména v Holandsku a Jihoafrické republice.

Na vzniku OUM se velkou měrou podíleli velkou měrou i budoucí vedoucí pracovníci OUM, kteří vytvořili pracovní skupinu, sbírající zkušenosti ze zahraničních pracovišť a tvořící koncept pracoviště, umístěného do podmínek této fakultní nemocnice.

Klinická činnost byla zahájena 4. 2. 2008 sloučením původních akutních chirurgických a interních ambulancí této fakultní nemocnice. V květnu 2008 byla přidružena Lékařská služba první pomoci (LSPP), v červenci téhož roku byl přičleněn iktový program FN. Tím oddělení dokončilo začlenění zásadních toků akutních pacientů v nemocnici.<sup>48</sup>

Mateřská fakultní nemocnice je pavilonový typ nemocnice, se všemi klady a zápory, které z tohoto způsobu uspořádání vyplývají. Původně měla každá klinika svůj vlastní vstup, který byl používán pro příjem pacientů, přivezených ZZS, včetně vyčleněného personálu. To vedlo k značné nepřehlednosti z hlediska PNP, kdy docházelo k časovým prodlevám v rámci předání pacienta do ústavní péče. Hlavním důvodem vybudování OUM tedy byla koncentrace personálu a prostředků na jedno místo tak, aby byl maximálně optimalizován přechod z přednemocniční do nemocniční péče.

Hlavním mottem pro chod OUM je „zdravý lékař jde za nemocným pacientem“. Od tohoto se odvíjí celá filosofie tohoto oddělení. Model chodu je multidisciplinárně integrovaný, kdy péče je poskytována týmem spolupracujících odborníků a hlavní odpovědnost za léčbu a celkový proces léčebné péče nese vedoucí lékař tohoto týmu.

---

<sup>48</sup> **KOČÍ, J., TUČEK D.,** Oddělení urgentní medicíny Hradec Králové. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2015, 6(3/2003), str. 12-13 [cit. 2019-1-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_02.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf)

OUM integruje na jednom místě několik zásadních funkcí.

- Chirurgické a interní emergency, řešící stavy se selháním základních životních funkcí, polytraumata, závažná monotraumata, popáleniny, intoxikace a další stavy, ohrožující pacienty na životě. Tyto pacienty můžeme v rámci triáže klasifikovat jako P1, k jejich léčbě je vyčleněn trauma-tým pro chirurgické a rescue-tým pro neúrazové diagnózy.
- Akutní chirurgické a interní ambulance, řešící pacienty s akutní poruchou zdraví, a to jak chirurgické, tak interní povahy. Tito pacienti jsou v rámci triáže klasifikováni jako P2 a P3 a k jejich léčbě je vyčleněn tým lékařů a nelékařského personálu.
- Třídící centrum v případě mimořádné události, v souladu s krizovou připraveností kraje a traumaplány fakultní nemocnice a krajského města, kde FN sídlí.
- Vzdělávací centrum pro Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy a další školní zařízení, zaměřující se na výuku urgentní medicíny a přípravu lékařů, sester a zdravotnických záchranářů.

#### 1.4.1 Struktura oddělení

OUM je pracovištěm karuselového typu, tj. oddělení, kde jednotlivá pracoviště vytváří okruh okolo centrálního pultu a místností pro personál. Na samotné členění oddělení lze nahlížet několika způsoby. Základní rozdělení oddělení je na chirurgickou a interní část, kdy obě tyto části mají vlastní lůžkovou a ambulantní kapacitu.

Chirurgická část je složena z:

- vyšetřovací boxy o kapacitě 3 lůžek,
- ambulance pro všeobecnou chirurgii,
- ambulance pro úrazovou chirurgii v kombinaci se sádrovnou,
- převazový sálek všeobecné chirurgie,
- převazový sálek úrazové chirurgie,
- centrální pult, sloužící jako velín pracoviště.

Interní část je tvořena:

- lůžkové boxy o kapacitě 7 lůžek,
- izolátor o kapacitě 1 lůžka,
- 2 vyšetřovací ambulance,
- biochemická základní laboratoř,

- centrální pult, fungující jako monitorovací jednotka lůžek, velín a jako další pracoviště pro sloužící lékaře.

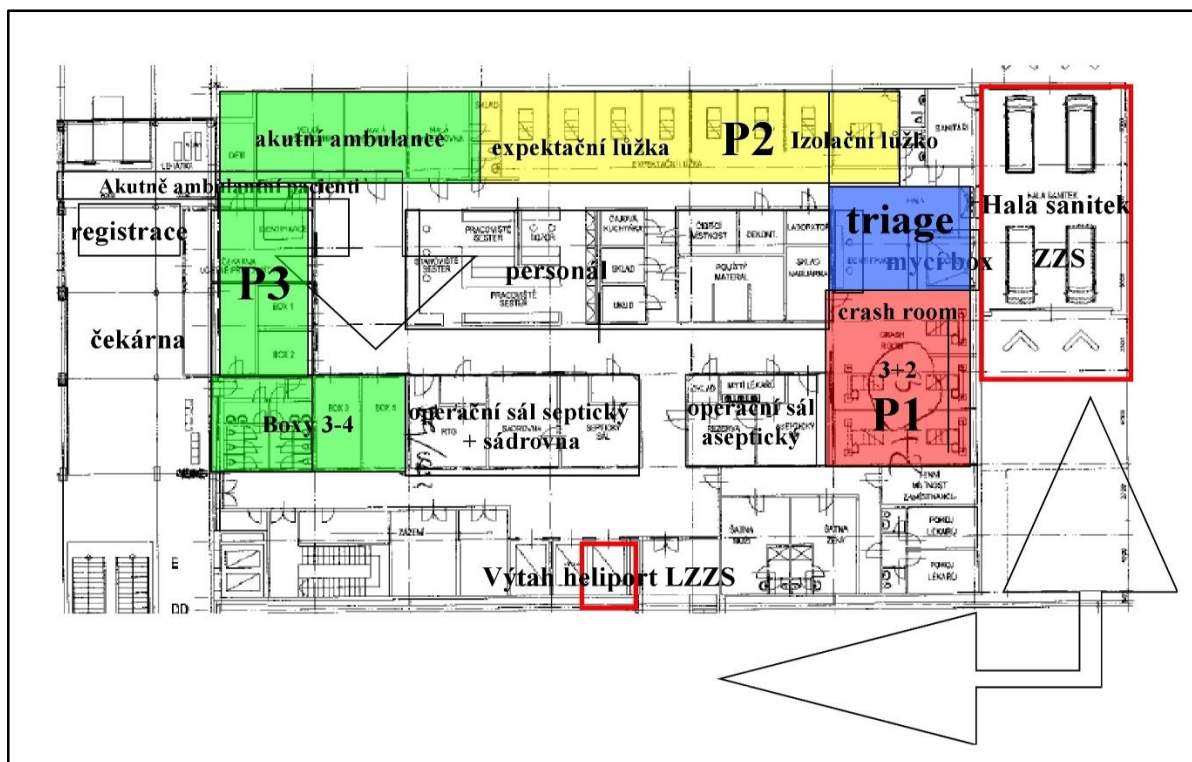
Urgentní část (tzv. CRASH ROOM) je tvořena:

- centrální místností s kapacitou 5 urgentních lůžek,
- tirážní a příjmový prostor,
- dekontaminační místnost,
- příjezdová hala pro vozidla RZP,
- chirurgický sálek pro urgentní chirurgické život zachraňující výkony,
- chirurgická přípravná.

Oddělení je pochopitelně dále tvořeno prostory, umožňující provoz a zajišťující pracovní podmínky pro personál, kdy tyto prostory již nejsou včleněny d prostoru kontaktu s pacientem:

- šatny personálu,
- sesterna,
- pokoj lékařů,
- skladovací prostory,
- kancelářské prostory.

Z hlediska triáže pacientů je použití jednotlivých úseků OUM odpovídající stavu pacienta. Jako bezprahový je považován úsek ambulancí, chirurgických i interních. Samotná triáž je prováděna v čekárně OUM, kde je třídící stanoviště. Jako nízkoprahovou část lze považovat úsek monitorovaných lůžek, lokalizovaných na interní části, nicméně v případě nutnosti využívaných i pro chirurgické pacienty. Konečně vysokoprahová část je reprezentována akutními lůžky na CRASH ROOM, která jsou využívána jak trauma-týmem pro chirurgické pacienty, tak rescue-týmem pro další život ohrožující urgentní stavy.



Obrázek 2 Plán OUM s ohledem na triáž pacientů

#### 1.4.2 Personální obsazení a systém služeb na OUM

Systém služeb a samotné personální obsazení je na takto specifickém oddělení zásadní. Každá ze zdravotnických profesí, která je součástí zdravotnického týmu OUM má svůj vlastní systém služeb, poplatný části OUM, na kterém se služba vykonává.

##### Nelékařský personál

Na OUM je v tuto chvíli 30 pozic všeobecných sester. Tyto tabulky jsou plně obsazeny. Ačkoliv je několik míst obsazeno zdravotnickými záchranáři, jejich funkční náplň práce odpovídá výkonu práce všeobecné sestry. Za NZP odpovídá vrchní sestra.

Mimo členění pracovišť OUM je sestra, sloužící v čekárně na třídícím stanovišti. Tato sestra provádí evidenci a triáž všech příchozích pacientů na OUM a dále usměrňuje průtok pacientů oddělením, zejména v okamžiku nasazení kapacit OUM na CRASH ROOM.

Na chirurgické části je tým NZP tvořen vedoucí sestrou směny, dále sestrou určenou pro úrazovou chirurgii, sestrou pro všeobecnou chirurgii a tzv. obíhající sestrou, která může být využita i v prospěch interní části OUM. Všechny sestry pracují v dvanáctihodinových směnách, s výjimkou „obíhající“, která má pouze směny osmihodinové.

Na interní části je rovněž vedoucí sestry směny společně s dvěma sestrami pro provoz na lůžkové části OUM a sestrou, vyčleněnou pro ambulantní provoz. Ve stálé službě je také pro potřeby provozu OUM biochemický laborant.

Jako pomocný personál jsou v každé směně také tři sanitáři, kteří fungují pro obě části OUM. Rovněž oni slouží ve dvanáctihodinových směnách.

Veškerý nelékařský personál kromě laboranta je zařazen do stálého stavu Emergency.

### Lékařský personál

Na OUM je nutno skloubit výkon práce jak lékařů, zařazených do stálého stavu, tak lékařů, vyčleňovaných pro potřeby OUM z chirurgické a interních klinik FN. Rozdíly lze také nalézt ve způsobu služeb lékařů na chirurgické a interní části OUM.

Za lékařský personál odpovídá primář oddělení a jeho zástupce. Oba jsou zařazeni do stálého stavu oddělení. Nicméně na chirurgické části jsou sloužící primárně lékaři, vyčlenění z chirurgické kliniky jako externí spolupracovníci. V rámci standardní pracovní doby jsou ve službě dva traumatologové, kdy jeden je stále přítomen na oddělení a druhý je v pohotovosti na telefonu. Dále slouží všeobecný chirurg, rovněž v rámci běžné pracovní doby. Tento je ve stálém stavu OUM. Po uplynutí pracovní doby přichází na řadu službu konající chirurgové v rámci operační služby pro všeobecnou chirurgii i traumatologii, kteří slouží jak v rámci OUM, tak chirurgické kliniky. Jak všeobecní, tak úrazoví chirurgové slouží v páru, kdy mladší lékař je fyzicky na OUM a starší (atestovaný) lékař je na chirurgické klinice (zpravidla na sálech).

Na „Emergency“ je rovněž sloužena lékařská služba první pomoci, jako bezprahové pracoviště mimo běžnou pracovní dobu. Tato služba je vykonávána lékaři, kteří nejsou povětšinou ve stálém stavu OUM a účastní se pouze služeb LSPP.

Na interní části je situace poněkud odlišná. V rámci běžné pracovní doby (osmihodinové směny) je činnost zajištěna čtyřmi, někdy až pěti internisty, kteří rovněž patří do stálého stavu OUM. Tito lékaři mají rozdělené pole působnosti mezi ambulance, kam přicházejí pacienti z čekárny a monitorovaná expektační lůžka, kam jsou pacienti přiváženi cestou RLP. Po uplynutí pracovní doby přichází do služby dva lékaři, vyčlenění z interních klinik a kteří nejsou stálým stavem OUM.

Ostatní lékařské odbornosti jsou k dispozici na vyžádání cestou konsilií, kdy konsiliáři rovněž nejsou stálými členy OUM.

## 1.5 Cíle práce

Jako hlavní cíle práce byly stanoveny tyto:

1. Identifikovat faktory, které mohou pozitivně či negativně působit na kvalitu a efektivitu poskytované péče.
2. Zpracovat dílčí návrhy, jež mají možný potenciál ovlivnit výkon práce na OUM.

Pro hlubší proniknutí do problematiky byly stanoveny tyto dílčí cíle práce:

1. Charakterizovat OUM jako pracoviště, provést SWOT analýzu tohoto oddělení.
2. Provést psychologické šetření personálu OUM se zaměřením na jejich pracovní spokojenost a na zátěž na pracovišti.
3. Provést kvalitativní šetření personálu OUM s využitím interpretativní fenomenologické analýzy.

## 1.6 Metodologie - situační analýzy OUM

Na „Emergency“ lze nahlížet z několika pohledů, které se odráží i v možnostech analýz, kdy jejich výstupy poté vytvoří podklady pro tvorbu strategií a postupů optimalizace provozu. Tyto analýzy lze souhrnně označit jako analýzy situační.

Situační analýza je typ analýzy, která zhodnocuje vnější i vnitřní podmínky konkrétní organizace, které mají vliv na výkonnost organizace nebo pomáhají při rozhodování o výběru vhodné strategie. Jak říká Armstrong a Taylor (2015), při provádění situační analýzy je zejména důležité postupovat systematicky, protože vynechání nějakých faktorů může negativně ovlivnit strategické rozhodnutí - jinými slovy při špatně udělané situační analýze může být uděláno špatné strategické rozhodnutí. Obvykle se zhodnocují vnitřní i vnější vlivy (např. politické, ekonomické, technologické). Zcela logicky se zaměřuje na zhodnocení silných a slabých stránek, příležitostí, hrozeb a podobně. Její výsledky by měly odpovědět organizaci na to, kde jsou její schopnosti, jaké jsou trendy na trhu a jaké je celkové podnikatelské a obchodní prostředí. Při situační analýze se proto kombinuje více analytických technik, jako jsou např. SWOT analýza, PEST analýza, analýza pěti sil a další.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> AMSTRONG M., TAYLOR S., Řízení lidských zdrojů, str. 208. Grada publishing, Praha 2015



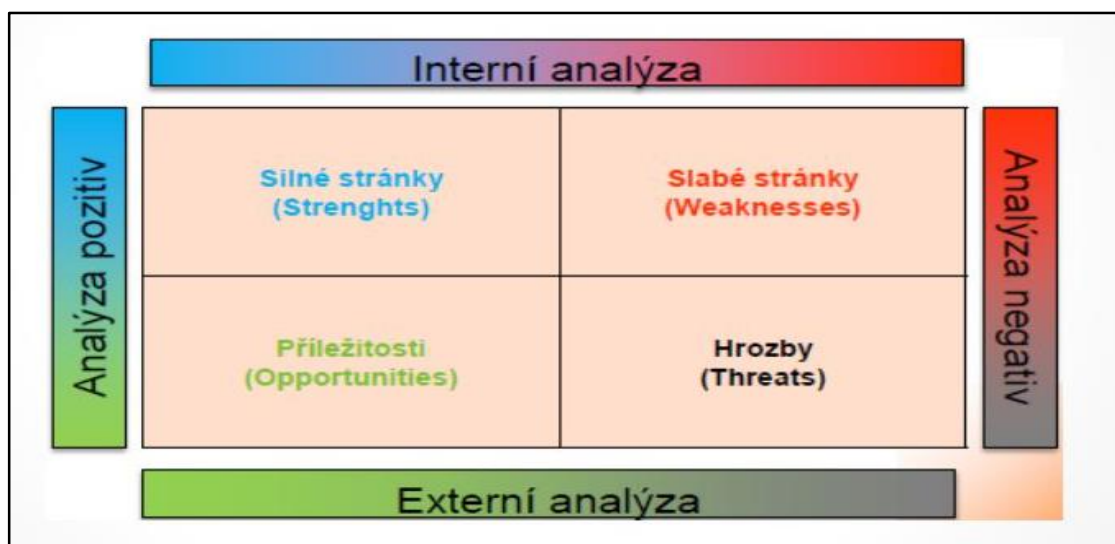
### 1.6.1 SWOT analýza

SWOT analýza je dle Gürera a Tata (2017) univerzální analytická technika používaná pro zhodnocení vnitřních a vnějších faktorů ovlivňujících úspěšnost organizace. Autorem SWOT analýzy je Albert Humphrey, který ji navrhl v šedesátých letech 20. století. SWOT je akronym z počátečních písmen anglických názvů jednotlivých faktorů:

- Strengths - silné stránky
- Weaknesses - slabé stránky
- Opportunities - příležitosti
- Threats – hrozby<sup>50</sup>

Jak se píše např. i v doktrínách Severoatlantské aliance (dále jen NATO), SWOT analýza je technika, která pomáhá snižovat nejednoznačnost prostřednictvím hlubšího porozumění silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb, kterým se může v budoucnu čelit. Hodnotí vzájemné působení vnitřních a vnějších faktorů. Technika je všestranná v tom, že může být aplikována na velké nebo i malé problémy<sup>51</sup>.

Nicméně ačkoliv se použití SWOT analýzy zdá být jednoduché, je nutné zjistit základní vstupní data o analyzovaném objektu, v tomto případě o OUM. To lze pomocí následujících analýz.



Obrázek 3 SWOT analýza, její struktura a principy

<sup>50</sup> GÜREL, E. TAT, M. SWOT analysis: a theoretical review. Journal of International Social Research, 2017;10(51).

<sup>51</sup> THE NATO ALTERNATIVE ANALYSIS HANDBOOK, SHAPE, 2017. Online. Dostupné z: <https://www.act.nato.int/images/stories/media/doclibrary/alta-handbook.pdf>

### 1.6.2 PEST analýza

Sharp (2013)<sup>52</sup> dělí marketingové prostředí ovlivňující organizaci na následující úrovně:

- Makroprostředí – vnější prostředí,
- Mikroprostředí – vnější prostředí,
- Vnitřní prostředí.

Do kategorie makroprostředí organizace lze zahrnout např. demografické, přírodní, politické, legislativní, ekonomické, sociokulturní, geografické, technologické, inovační a také ekologické vlivy. Pro analýzu těchto vlivů je využívána zejména metoda PEST, popř. její podrobnější verze PESTLE. Pro makroprostředí je zásadní to, že lze pouze minimálně, či vůbec ovlivnit.

PEST analýza:

P – politické – existující a potenciální působení politických vlivů,

E – ekonomické – působení a vliv místní, národní a světové ekonomiky,

S – sociální – průmět sociálních změn dovnitř organizace,

T – technologické – dopady nových a vyspělých technologií.

### 1.6.3 Porterův model pěti sil

Do kategorie mikroprostředí organizace zahrnujeme např. výběr dodavatelů, financování a výběr obchodních partnerů. Do mikroprostředí patří i konkurenti, zákazníci a veřejnost. Pro analýzu mikroprostředí se osvědčila analýza dle „Porterova modelu pěti sil“, která umožňuje analýzu konkurenčního prostředí firmy a jejího strategického řízení.

Podstatou metody je dle Portera (2008)<sup>53</sup> určení prognózy vývoje konkurenční situace na základě odhadu možného chování následujících subjektů a objektů působících v dané oblasti a rizika hrozícího podniku z jejich strany.

- Stávající konkurenti – jejich schopnost ovlivnit cenu a nabízené množství daného výrobku/služby.
- Potenciální konkurenti – možnost, že vstoupí na trh a ovlivní cenu a nabízené množství daného výrobku/služby.

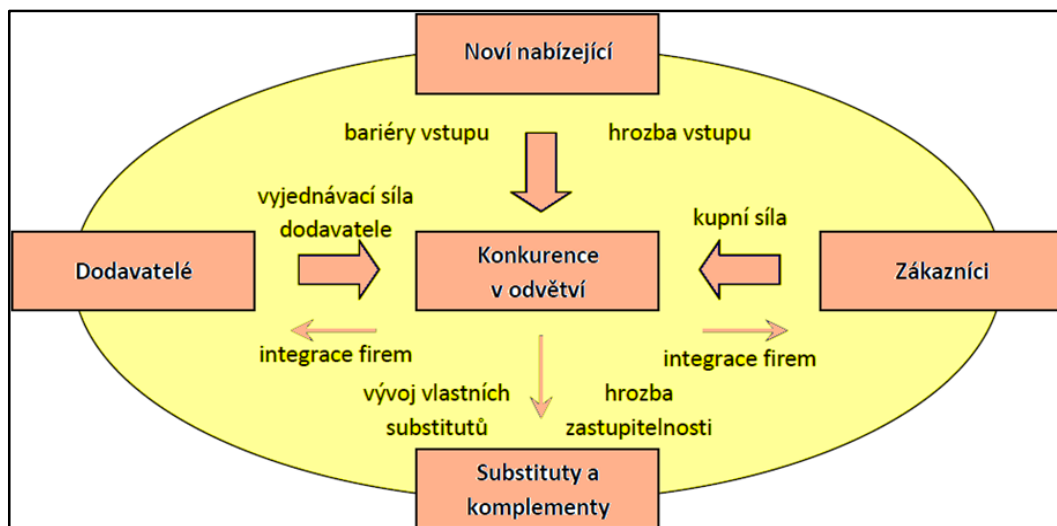
---

<sup>52</sup> SHARP, B., 2013. Marketing: theory, evidence, practice. 1st pub. South Melbourne: Oxford University Press

<sup>53</sup> PORTER, M. E. The five competitive forces that shape strategy. *Harvard business review*, 2008, 86.1: 25-40.

- Dodavatelé – jejich schopnost ovlivnit cenu a nabízené množství potřebných vstupů.
- Kupující – jejich schopnost ovlivnit cenu a poptávané množství daného výrobku/služby
- Substituty – cena a nabízené množství výrobků/služeb aspoň částečně schopných nahradit daný výrobek/službu.

Dle Staňkové (2013)<sup>54</sup> je cílem tohoto modelu zobrazit a popsat konkurenční síly v oborovém odvětví a zároveň určit místo v prostředí, jak se těmto silám bránit. Porter určil pět základních konkurenčních sil, znázorněno na obrázku č. 4, které jsou základními faktory, ovlivňující prospěch odvětví a tak působí na danou organizaci.



Obrázek 4 Principy Porterova modelu pěti sil

#### 1.6.4 Analýza vnitřního prostředí

Jak píše Kozel, Mynářová a Svobodová (2011), vnitřní prostředí je tvořeno uvnitř daného provozu všemi prvky, vztahy a vazbami mezi nimi. Všechny prvky, jednotlivá oddělení podniku, musí navzájem spolupracovat. Vhodná kombinace využívání podnikových zdrojů a marketingových nástrojů má za následek vyšší účinnost všech činností, vytváří relativní konkurenční výhodu a vede k dosahování podnikových cílů a k rozvoji podniku.<sup>55</sup>

Většina metod, které se v managementu používají k zjištění vnitřního prostředí, jsou zaměřeny na klasické provozy, generující specifickou, hmotnou formu produktu. Zdravotnická zařízení

<sup>54</sup> STAŇKOVÁ, P., 2013. Marketing zdravotnictví. Zlín: Tigris, spol. s.r.o. 104 s.

<sup>55</sup> KOZEL, R., MYNÁŘOVÁ, L., SVOBODOVÁ, H. (2011). Moderní metody a techniky marketingového výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada.

vytváří produkt nehmotný – zdraví. Proto je správná volba metody klíčová a v mnoha ohledech obtížná.

Hlavní myšlenkou analýzy vnitřního prostředí je uskutečnit objektivní zhodnocení současného postavení firmy. Jde o snahu identifikovat, co není silnou stránkou firmy a v čem naopak vyniká. Tato analýza zahrnuje hodnocení všech veličin, které jsou uvnitř analyzované firmy a vytvoří bázi, na které bude analýza provedena.

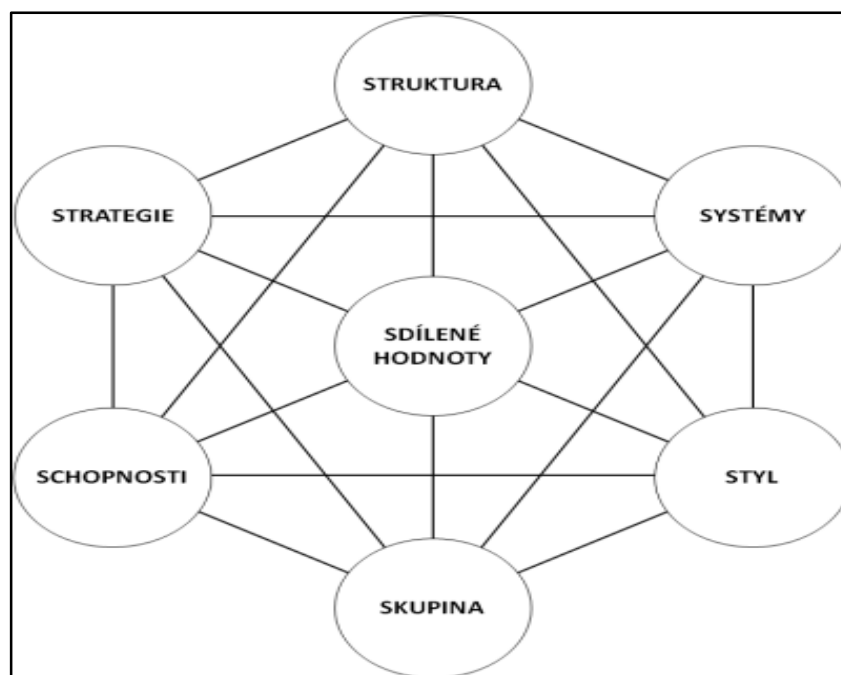
Jak píše Sarqrah (2018), nejčastěji využívanou a v případě hodnocení OUM vhodnou metodou se projevil „McKinseyho model 7S“. Jde o způsob strategické analýzy interních faktorů podniku, kdy se dle Sharqraha ve své podstatě nahlíží na provoz jako na množinu sedmi základních faktorů, které se vzájemně ovlivňují. Jedná se o tyto komponenty:

- skupina – cíleně orientované společenství lidí,
- strategie – definice cílů skupiny a způsobu jejich dosažení,
- sdílené hodnoty – vize, poslání, firemní kultura,
- schopnosti – dovednosti, znalosti, zkušenosti,
- styl – charakteristický způsob konání, jednání, chování,
- struktura – organizační uspořádání skupiny, mechanismus řízení,
- systémy – metody, postupy, procesy, včetně technických systémů, informačních systémů a technologií.

Rámec se používá například ve strategickém auditu, ve strategickém řízení a v řízení změn.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> SHARQRAH, A. A. (2018). Analyzing business intelligence systems based on 7s model of McKinsey. *International Journal of Business Intelligence Research (IJBIR)*, 9(1), 53-63.



Obrázek 5 Princip McKinseyho modelu 7S

## 1.7 Metodologie - Psychologická analýza pracovního prostředí OUM

Dalším cenným zdrojem informací o OUM je analýza stavu oddělení z hlediska psychologického, se zaměřením na vnímání psychické zátěže a jejího odrazu na celkové psychické rozpoložení pracovníků.

Poskytovatelem zdravotní péče o pacienty je na OUM interdisciplinární multifunkční zdravotnický tým, který je definován skladbou jednotlivých zdravotnických odborností do jednoho celku. Tento tým je tvořen lékařským, nelékařským i pomocným personálem a jeho souhra je stěžejním předpokladem pro kvalitní výkon práce na OUM. Proto je evidentní, že pro analýzu současného stavu na tomto oddělení je vhodné provést i cílené psychologické vyšetření, které je schopno odhalit, jak je členy pracovního týmu vnímána práce na OUM. Vzhledem k zaměření této disertační práce a k tomu, že nelékařské profese jsou zastoupeny v tomto týmu nejpočetněji, psychologický výzkum se soustředil zejména na profese sester a zdravotnických záchranářů.

Z důvodu nemožnosti obsažení širší této problematiky pouze jedním psychologickým vyšetřením se jako nejvhodnější ukazuje vytvoření dotazníkové baterie, složené z několika dotazníků, která tak umožňuje široký záběr všech faktorů, týkajících se problematiky pracovního prostředí a možné zátěže na pracovišti. Rámcem pro výběr dotazníků, tvořící tuto

dotazníkovou baterii, se stal výzkum Mikšíka, který vyvinul a v praxi zavedl dotazník SUPOS 7 a jeho další modifikaci SUPSO, dále Cakirparoglu a Šmahaje, kteří validovali a v praxi realizovali užití otazníku NAQ právě ve spojení s dotazníkem SUPOS ve vztahu k negativním jevům na pracovišti a konečně Kollarika, který vyvinul a do praxe zavedl dotazník Škály skupinové atmosféry (dále jen ŠSA).

### 1.7.1 SUPOS 7

Jedná se o dotazník, který si klade za cíl postihnout kvalitativní rysy psychického stavu a jeho změny u konkrétního jedince v situačních kontextech. Autorem je Oldřich Mikšík (1975), který uvádí, že dotazník umožňuje predikovat možné nebezpečí vzniku tzv. „kritického psychického stavu“ a předcházet dopadu psychického selhávání. Tato metoda je výslednicí faktorové a multivariační analýzy široce ověřovaných škál přídavných jmen, která vystihují konkrétní symptomy psychických prožitků. Komplexně tedy postihuje psychický stav na základě proporcionálního zastoupení jednotlivých komponent.<sup>57</sup>

SUPOS postihuje a hodnotí strukturu a dynamiku subjektivních prožitků a stavů. Je výsledkem faktorové analýzy operacionálně vymezených a pragmaticky koncipovaných škál zahrnujících 28 adjektiv.

Zjišťované komponenty psychického stavu jsou dle Mikšíka (2006) členěny takto:

- P = psychická pohoda,
- A = aktivnost, činnost,
- O = impulsivnost, odreagování se,
- N = psychický nepokoj,
- D = psychická deprese, pocity vyčerpání,
- U = úzkostné očekávání, obavy,
- S = sklíčenost.

Uvedené komponenty lze vnitřně členit podle dvou klíčových kritérií co do základního směřování prožitkových a aktivačních dimenzí obvyklých i aktualizovaných psychických stavů. Jde o kritéria:

---

<sup>57</sup> **MIKŠÍK, O.** Posuzování struktury a dynamiky aktuálních psychických stavů. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1975.

- KD = komfort versus dyskomfort
- PA = prožívání versus aktivace.<sup>58</sup>

### 1.7.2 NAQ dotazník

Tento dotazník (Negative Acts Questionnaire - Revised, NAQ-R) je používán k identifikaci a stanovení četnosti negativního chování na pracovišti. Jeho originální verze pochází od autorů Einarsena, Hoela a Notelaerse (2009).<sup>59</sup> Tento dotazník obsahuje 22 výroků popisujících negativní chování na pracovišti (např. ponižování nebo zesměšňování v souvislosti s Vaší prací, narážky nebo signály od ostatních), na něž mohou respondenti odpovědět na pětibodové Likertově škále (nikdy, občas, jednou měsíčně, jednou týdně, každý den).

Vhodnost použití tohoto dotazníku v kombinaci s SUPOS 7 byla prokázána i díky již zmíněné práci Cakirpaloglu, Dobešové a Šmahaje (2017),<sup>60</sup> která prokázala, že jednotlivé faktory NAQ-R signifikantně korelují se všemi indikátory psychického stavu dotazníku SUPOS. Nejvyšší pozitivní korelace byly zjištěny u sklíčenosti, úzkosti a deprese, zatímco negativní korelace byly nalezeny u pocitu subjektivní pohody a činorodosti. Tyto nálezy souhlasí s řadou studií o negativních účincích dlouhodobého mobbingu na psychiku postižených zaměstnanců, jak potvrzuje např. Tehrani (2004).<sup>61</sup>

### 1.7.3 Škála skupinové atmosféry (ŠSK)

Třetí složkou dotazníkové baterie je vyšetření skupinové atmosféry podle autorů Kollárika, Černého, Letovancové a dalších (1993),<sup>62</sup> které je zaměřeno na diagnostikování sociální atmosféry v pracovní skupině. Pomocí ohodnocení 10 charakteristik skupinové atmosféry na škále od 1 do 8 lze prokázat, jak vnímají respondenti svůj pracovní kolektiv. Opět může poukazovat na faktory, negativně či pozitivně ovlivňující pracovní výkon.

<sup>58</sup> **MIKŠÍK, O.** Ekonomické, osobnostní a situační pozadí základních postojů k životní realitě. Pražské sociálně vědní studie. Edice pracovních sešitů PSSS. Psychologická řada. Praha: FSV UK. 2006  
Online na [http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/258\\_017%20-%20Miksik.pdf](http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/258_017%20-%20Miksik.pdf)

<sup>59</sup> **EINARSEN, S., HOELI, H., NOTELAERS, G.** Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work and Stress*, 2009;23(1), 24–44

<sup>60</sup> **CAKIRPALOGLU, P. ŠMAHAJ, J. CAKIRPALOGLU, SD. ZIELINA, M.** Šikana na pracovišti: reliabilita a validita českého překladu revidované verze dotazníku negativních aktů-NAQ-R. *Ceskoslovenska Psychologie*, 2017;61(6), 546-558.

<sup>61</sup> **TEHRANI N.** Bullying: a source of chronic post traumatic stress? *British Journal of Guidance & Counselling*, 2004;32(3), 357–366.

<sup>62</sup> **KOLLÁRIK, T. ČERNÝ, V. LETOVANCOVÁ, E. POLIAKOVÁ, E. RITOMSKÝ, A.** Škála sociálnem atmosféry v skupine. 2. upravené vyd. Bratislava: Psychodiagnostika, spol. s. r. o., 1993.

Sociální atmosféru chápeme jako reálně existující vnitřní strukturovaný fenomén, znak skupiny, který má přímou souvislost se spokojeností členů skupiny a jejím působením (výkonnost, stabilita, konflikty apod.). Teoretickým základem její struktury je vlastní koncepce autorů metody, která zvyrazňuje tři roviny sociální atmosféry:

1. celková sociální atmosféra, která je sycena,

2. faktory sociální atmosféry, jež jsou:

- činnostně morální (5 dimenzí: Kooperace, Komunikace, Styl řízení skupiny, Vztah k práci, Zaměřenost na úspěch),
- emocionálně sociální (5 dimenzí: Psychologická atmosféra, Mezilidské vztahy, Zralost - rozvoj skupiny, Sociální začleněnost, Spokojenost).

3. dimenze sociální atmosféry, které sytí výše uvedené faktory.

Tato dotazníková metoda je založena na systému výpovědi (ano - ne) na verbálních výrocih, týkajících se vlastní pracovní skupiny probandů. Vyhodnocení výsledků je nenáročné a dělá se pomocí šablony. Získaný hrubý skór pro každou dimenzi se provádí podle norem na vážený skór.

Škálu je možné použít na diagnostiku jednotlivce a skupin a v obou případech poskytuje údaje o aktuální sociální atmosféře v konkrétní pracovní skupině a její hodnocení. Primárně vyjadřuje úroveň sociální atmosféry a jejich složek z pohledu členů skupiny, kteří jsou objekty i subjekty dění v určitém sociálním systému. Sekundárně vyjadřuje i úroveň subjektivního prožívání a vyrovnání se jednotlivce s danou sociální atmosférou - může to být ukazatelem adaptace jednotlivce na konkrétní skupinu, shodu nebo rozpor mezi vlastními představami, očekáváními směrem k sociální atmosféře. Celkově získané hodnoty umožní diagnostikovat úroveň celkové sociální atmosféry, jejich faktorů a dimenzí.

## **1.8 Metodologie - Kvalitativní šetření personálu OUM**

Stěžejní částí výzkumu, který má za svůj primární cíl poukázat na faktory, které ovlivňují výkon práce personálu OUM, je kvalitativní šetření personálu metodou interpretativní fenomenologické analýzy.

Kvalitativní výzkum nespádá do typických metod managementu, nicméně v případě této práce se ukázal jako vhodný. Jak uvádí Hendl (2016), kvalitativní výzkum je charakteristický tím, že



nezávisí na předem vybudované teorii a nejsou zde předem stanoveny žádné hypotézy. Logickou operací je tedy indukce, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kde se jedná o dedukci. V rámci kvalitativního výzkumu dochází k získání dostatečného množství dat, a až poté nastává fáze hledání pravidelností, které se v nich objevují. Díky možnosti modifikování a doplňování výzkumných otázek v průběhu výzkumu, sběru dat a jejich analýzy, je některými autory považován kvalitativní výzkum za emergentní či pružný typ výzkumu.<sup>63</sup>

FN je opakovaně podrobována jak interním, tak externím auditům, které mají za úkol udržet či navýšit dosaženou kvalitu péče v tomto nemocničním zařízení. OUM je obdobně jako další oddělení fakultní nemocnice podrobena různým typům auditů několikrát do roka, nicméně žádný z těchto auditů nepoukázal na jediný faktor, který negativně či pozitivně ovlivňuje práci personálu. Výroční zpráva FN z roku 2017 deklaruje, že nemocnice byla re-akreditována cestou Spojené akreditační komise České republiky (SAK ČR) a Program kvality zdravotní péče je plněn v maximální míře.<sup>64</sup> Standartní metodologie tzv. hard managementu je tedy v tomto případě použitelná pouze obtížně.

Na druhou stranu množství studií poukazuje na řadu rizikových faktorů, které se na odděleních typu Emergency vyskytují a které mohou mít zásadní dopad na management práce. Tyto faktory je možno definovat pomocí analýzy názoru těch, kteří se na samotném provozu OUM podílejí – zdravotnického personálu. K tomu, aby tato analýza měla adekvátní vypovídající hodnotu je nutno zvolit optimální metodologické řešení kvalitativního výzkumu, proto tedy interpretativní fenomenologická analýza (IPA).

Kvalitativní výzkum je metoda, která umožňuje analýzu a následné porozumění zkoumaného fenoménu. Umožňuje hloubkovou analýzu tam, kde uniformní metodika již nepostačuje. Výsledkem tedy v konečném důsledku je to, že dle Ivankové, Creswella a Sticka (2006) kombinací kvalitativního výzkumu a v předchozích kapitolách popsaných metod, které lze zařadit do výzkumu kvantitativního, dojdeme k vytvoření smíšené výzkumné strategie.<sup>65</sup> Tato strategie nám bude schopna umožnit odpovědět na položené výzkumné otázky. Lze tak

---

<sup>63</sup> HENDL J. Kvalitativní výzkum - Základní teorie, metody a aplikace. Praha Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

<sup>64</sup> VÝROČNÍ ZPRÁVA FNHK 2017, Fakultní nemocnice Hradec Králové, dostupné online na <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

<sup>65</sup> IVANKOVA, NV. CRESWELL, JW. STICK, SL. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field methods*, 2006;18(1), 3-20.

souhlasit s Hendlem (2016), který definuje smíšený výzkum jako obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie.<sup>66</sup>

Interpretativní fenomenologická analýza je Řiháčkem, Čermákem a Hytychem (2013) považována za přístup, vhodný k analýze neobvyklých skupin.<sup>67</sup> Zdravotnický personál OUM lze jistě za takovou skupinu považovat. Zvolená kvalitativní metoda tedy byla zaměřena na podrobný popis jednotlivých oblastí práce na OUM a na nalezení významných faktorů, které ovlivňují celkový pracovní výkon personálu OUM, a to jak v negativní, tak pozitivní rovině.

---

<sup>66</sup> **HENDL J.** Kvalitativní výzkum - Základní teorie, metody a aplikace. Praha Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

<sup>67</sup> **ŘIHÁČEK, T. ČERMÁK, I. HYTYCH, R.** Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013.

## 2 Výsledky - Situační analýzy

Po moři příčinných souvislostí se rozběhly vlnky paradoxu.

*Terry Pratchett, spisovatel (1948-2015)*

### 2.1 Makroprostředí - PEST analýza

Pro stanovení vlivů globálního prostředí, tj. makroprostředí je využita PEST analýza, což je metoda, zaměřující se na politické, ekonomické, sociální a technologické faktory. Ty lze dále využít jako východiska pro vypracování SWOT analýzy.

#### 2.1.1 Politické a právní faktory

Česká republika je demokratická země s rozvinutým právním systémem. Český zdravotnický systém je založen na principu povinného zdravotního pojištění a je regulován systémem právních norem, které se komplexně dotýkají všech aspektů zdravotnické péče.

OUM je součástí fakultní nemocnice, což je příspěvková organizace řízená přímo Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Stěžejní právní normou, která definuje činnost fakultních nemocnic je zákon č. 372/2011 O zdravotních službách, zejména část dvanáctá, § 111, zabývající se fakultními nemocnicemi. Dalšími právními normami, které se chodu FN týkají, jsou zákony a prováděcí vyhlášky, upravující tyto oblasti českého systému zdravotnictví:

- zdravotní služby,
- pracovníci ve zdravotnictví,
- zdravotní pojištění,
- zdravotnické prostředky,
- léčiva,
- ochrana veřejného zdraví.

Jako stěžejní lze zmínit zejména tyto zákony:

- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě,
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání,

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů,
- Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě.

Lze však konstatovat, že chod urgentních příjmů není v rámci české legislativy uspokojivě řešen. Těchto oddělení se týkají pouze normy, které jsou již zmíněny v předchozí kapitole. Jedná se o tyto:

- Věstník ministerstva zdravotnictví 04/15, který definuje oddělení urgentního příjmu, jeho strukturu a materiální vybavení, nicméně pouze na bazální úrovni,
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,
- Vyhláška 284/2017 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení.

To bohužel značí to, že neexistuje koncepce podpořená jednotnou metodikou, která by sjednotila podobu tohoto typu oddělení.

### 2.1.2 Ekonomické faktory

Jak píše Hnilicová a Janečková (2009), český zdravotnický systém je specifický obligatorním veřejným pojištěním, které je povinné pro všechny občany, případně pro určité skupiny obyvatel, a je definováno zákonem. Nosnou myšlenkou tohoto systému je princip solidarity, kdy každý občan přispívá do společných fondů a čerpá dle své aktuální potřeby.<sup>68</sup> Plátcí pojistného jsou osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů, zaměstnavatelé i stát. Dle Červenky (2018) je sazba pojistného pro platbu zdravotního pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu. Pro zaměstnance je vyměřovacím základem hrubá mzda, z níž zaměstnavatel strhává 4,5 %, dalších 9 % pak zaměstnavatel připlácí jako vedlejší náklad práce k hrubé mzdě.<sup>69</sup>

Fakultní nemocnice je nemocniční zařízení řízené státem, proto je její finanční zabezpečení stabilní. Fakultní nemocnice jsou na území České republiky zřízeny jako státní příspěvkové

---

<sup>68</sup> HNILICOVÁ H., JANEČKOVÁ H. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha, Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

<sup>69</sup> ČERVINKA, T. Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2018. 9. vyd. Olomouc: ANAG, 2018. 167 s. ISBN 978-80-7554-130-7.

organizace, tzv. přímo řízené organizace (dále SPO). Hospodaření SPO upravuje § 53 až § 63 Zákona o rozpočtových pravidlech. SPO hospodaří s finančními prostředky získanými hlavní činností a ze státního rozpočtu pouze v rámci finančních vztahů stanovených zřizovatelem, tj. státem. Hospodaření SPO se řídí jejím rozpočtem, který musí být sestaven jako vyrovnaný a může zahrnovat pouze náklady a výnosy související s poskytovanými službami, které jsou předmětem její hlavní činnosti.

Malíková (2019) uvádí, že financování fakultních nemocnic má několik zdrojů, nejvíce prostředků přichází ze zdravotního pojištění (80-85%), dále z prodeje zboží a jiných služeb (5-10%), z dotací na vědu a výzkum (3-5%) a z dotací poskytnutých zřizovatelem (1-5%). Pro úhradu nákladů léčebné péče fakultních nemocnic je tvořena úhradová vyhláška.<sup>70</sup>

Dle Krále (2011) je úhradová vyhláška je právní předpis, kterým se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení ve zdravotnictví. Úhradovou vyhlášku vydává Ministerstvo zdravotnictví na základě § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Úhradová vyhláška pro rok 2019 byla vydána dne 5. 9. 2018 jako vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.<sup>71</sup>

Lze konstatovat, že fakultní nemocnice, která je předmětem této dizertační práce, je díky svému statutu a nastavení financování finančně stabilním nemocničním zařízením, které svou činností zabezpečuje dva vyšší územní samosprávné celky - kraje. Je jednou z největších nemocnic tohoto typu v ČR a její pozice v systému zabezpečení zdravotní péče je i v celorepublikovém měřítku nezastupitelná. Přehled hospodaření s financemi fakultní nemocnice je v tabulce 2.

---

<sup>70</sup> **MALÍKOVÁ, K.** Zhodnocení hospodaření vybraných fakultních nemocnic v ČR. Diplomová práce, Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava. Ostrava 2019. Dostupné online na [https://dspace.vsb.cz/bitstream/handle/10084/135483/MAL0232\\_EKF\\_N6202\\_6202T055\\_2019.pdf?sequence=1](https://dspace.vsb.cz/bitstream/handle/10084/135483/MAL0232_EKF_N6202_6202T055_2019.pdf?sequence=1)

<sup>71</sup> **KRÁL, J.** Cenová a úhradová regulace léčiv: mechanismy a vývoj právní úpravy. Zdravotnictví a právo, Praha: JUDr. K. Havlíček - Havlíček Brain Team, 2011, roč. XV, 1/2011, s. 11-17. ISSN 1211-6432.

Tabulka 2 Hospodaření FN dle Výroční zprávy roku 2018. Dostupné online na <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

Fakultní nemocnice					
Zveřejnění informací dle §5 zákona č. 23/2017 Sb. o pravidlech rozpočtové odpovědnosti					
položka	skutečnost 2018	schválený rozpočet 2019	aktualizovaný výhled rozpočtu 2020	aktualizovaný výhled rozpočtu 2021	návrh výhledu rozpočtu 2022
léky, krev, SZM	2 835	3 050	3 236	3 403	3 560
osobní náklady	3 211	3 538	3 688	3 822	3 943
ostatní náklady (vč. daně)	735	753	769	758	777
<b>náklady celkem</b>	<b>6 780</b>	<b>7 341</b>	<b>7 693</b>	<b>7 983</b>	<b>8 280</b>
výnosy od ZP	5 878	6 388	6 735	7 033	7 326
rezervní fond	0	0	0	0	0
ostatní výnosy	903	953	957	950	954
<b>výnosy celkem</b>	<b>6 781</b>	<b>7 341</b>	<b>7 693</b>	<b>7 983</b>	<b>8 280</b>
HV po zdanění	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0

částky jsou v mil. Kč

Zpracoval: OFA

### 2.1.3 Sociální faktory

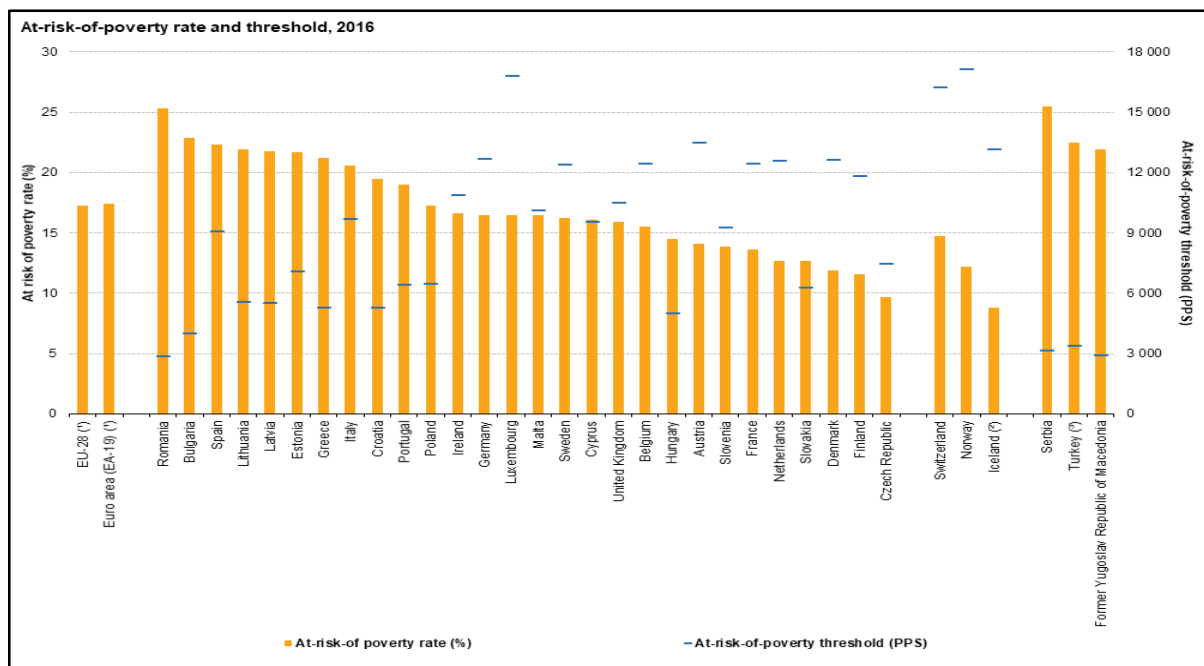
Česká republika je stát, lokalizovaný ve střední Evropě. Administrativně se dělí na 14 samosprávných krajů. Hlavním městem je Praha.

Jak uvádí Filip (2003), podle české ústavy je ČR parlamentní, demokratický právní stát s liberálním státním režimem a politickým systémem založeným na svobodné soutěži politických stran a hnutí. Hlavou státu je prezident republiky, vrcholným a jediným zákonodárným orgánem je dvoukomorový Parlament České republiky, na vrcholu moci výkonné stojí vláda České republiky.<sup>72</sup>

Dle ČSU je v roce 2019 v ČR 10 668 641 obyvatel, dále v krajích, spádových zkoumané fakultní nemocnici je souhrnně 1 071 337 obyvatel.<sup>73</sup> Sociální úroveň státu je na poměrně vysoké úrovni a mírou chudoby je dle Eurostatu na jednom z posledních míst EU (obrázek 6).

<sup>72</sup> **FILIP, J.** Ústavní právo České republiky 1. Brno : Masarykova univerzita a Doplněk, 2003, ISBN 80-210-3254-5, s. 145

<sup>73</sup> **EUROSTAT Stacistic explained.** Dostupné online na [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide)



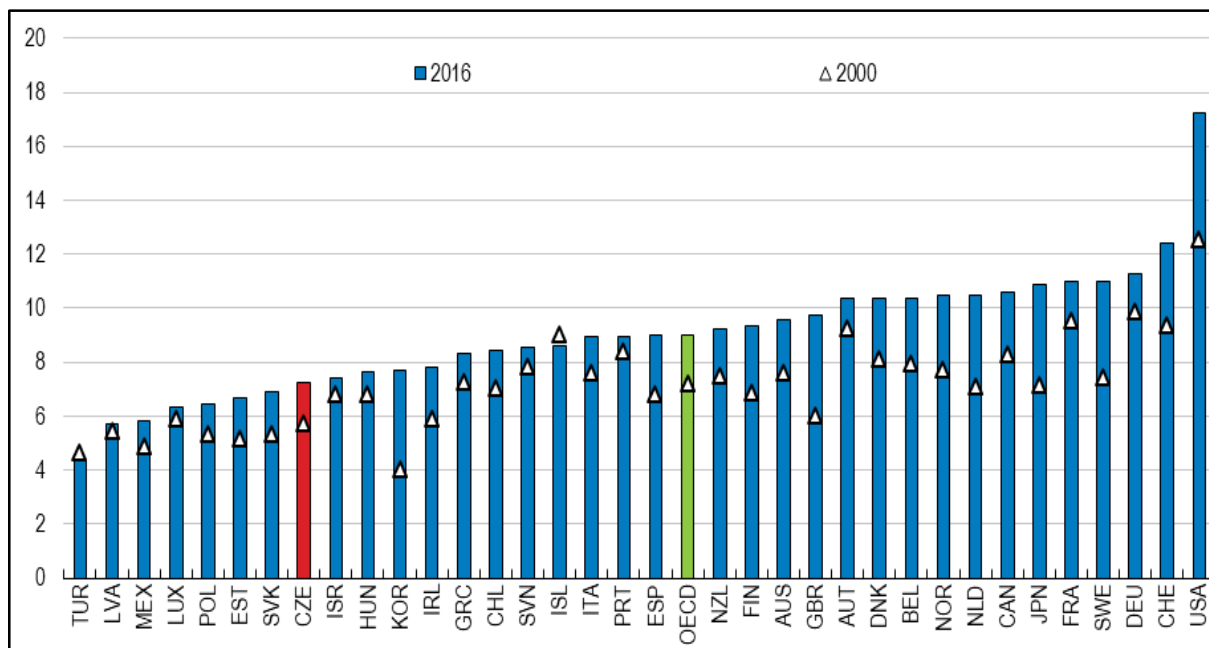
Obrázek 6 Míra chudoby v EU k roku 2016 (EUROSTAT 2017) [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:At-risk-of-poverty\\_rate\\_and\\_threshold,\\_2016\\_YB18.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:At-risk-of-poverty_rate_and_threshold,_2016_YB18.png)

Česká společnost je integrována do společenství států EU, se kterými sdílí i stejné hodnoty. Je kladen důraz na růst životní úrovně, což je spojeno i se snahou o udržení vysokého životního standartu. To sebou nese i obdobnou incidenci civilizačních chorob populace, jako je v okolních státech Evropy. V české společnosti je minimální ngramotnost, nicméně z pohledu zdravotnického systému je zde stále zjevný dozvuk minulého, komunistického režimu, který formoval společnost dlouhých 50 let. Z toho důvodu většinová společnost stále nevnímá péči o vlastní zdraví jako stěžejní součást moderního života a tuto odpovědnost podvědomě předává státu. Tento trend je postupně měněn díky preventivním programům a edukačním snahám, díky kterým se tento názor u mladé generace mění. Díky globalizaci a rostoucím možnostem porovnávat jednotlivé systémy zdravotnického zabezpečení i v jiných státech EU je mladá generace vědoma výhod, které český systém přináší. Bohužel dochází ke generačním střetům v pojetí zdravotní péče, kdy starší generace nechce akceptovat vyšší spoluúčast na zdravotnické péči a nebere své zdraví jako devizu a komoditu, do které je nutno investovat.

V uplynulých dvou desetiletích se jak příjmy, tak životní podmínky přibližují k průměru OECD. Střední délka života se mezi lety 2005 a 2015 zvýšila o 2,6 roku na 78,7 let, což je těsně pod průměrem OECD, který činí 80,6 let<sup>74</sup>. Výdaje na zdravotní péči ve výši 7,2 % HDP jsou v roce

<sup>74</sup> **OECD**, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, dostupné online na [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

2016 ve srovnání s ostatními zeměmi OECD relativně nízké, ačkoli systém zajišťuje všem obyvatelům povinné, všeobecné pokrytí (obrázek 7).



Obrázek 7 Celkové výdaje na zdravotní péči (OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paříž. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

#### 2.1.4 Technologické faktory

Díky geopolitickému postavení ČR a propojení českého průmyslu a školství s těmito odvětvími napříč EU a dalšími státy lze konstatovat, že míra implementace nových technologií a vlastní vědecký výzkum je na velmi vysoké úrovni.

Česká republika si v celkovém hodnocení podle nového způsobu výpočtu Global Competitiveness Indexu 4.0 v roce 2018 udržela 29 příčku ze 140 zemí s celkovým skóre 71,2 ze 100 možných bodů. Meziročně se její bodové hodnocení nepatrně zvýšilo o 0,3 bodu. Na špici celkového žebříčku konkurenceschopnosti nedošlo meziročně ke změnám. Nejvyšší hodnocení obdržely Spojené státy (85,6 bodu), Singapur (83,5 bodu) a Německo (82,8 bodu).<sup>75</sup> Ivanová a Čepel (2018) uvádějí, že Global Competitiveness Index je způsob hodnocení globální konkurenceschopnosti jednotlivých států a vypracovává jej svou specifickou metodikou WEF (Světové ekonomické fórum). Zpráva hodnotí konkurenceschopnost ve čtyřech hlavních oblastech s celkem dvanácti pilíři:

<sup>75</sup> **THE GLOBAL COMETITIVENESS REPORT 2018 – 2019** Světového ekonomického fóra. Dostupné online na [https://www.cma.cz/wp-content/uploads/2018/10/The-Global-Competitiveness-Index-2018\\_2019.pdf](https://www.cma.cz/wp-content/uploads/2018/10/The-Global-Competitiveness-Index-2018_2019.pdf)



- nezbytné prostředí (instituce, infrastruktura, osvojování si ICT1 , makroekonomická stabilita),
- lidský kapitál (zdraví, vzdělání a dovednosti),
- trhy (trh výrobků, trh práce, finanční systém, velikost trhu),
- inovační prostředí (dynamika podnikání, inovační kapacity).<sup>76</sup>

Co se zkoumané fakultní nemocnice týče, cílem FN je ve vybraných perspektivních oblastech s potřebným lidským potenciálem odpovídající infrastrukturou získat postavení výzkumného pracoviště se špičkovou kvalitou výzkumu, schopného zapojovat se do evropských výzkumných aktivit. V této oblasti FN úzce spolupracuje s lékařskou fakultou a dalšími výzkumnými institucemi. FN si systémově s pomocí vlastního centra transferu technologií vytváří vazby s výrobními subjekty tak, aby se zvýšila úspěšnost komercionalizace získaných výsledků a prohloubila se spolupráce ve výzkumných projektech financovaných privátní sférou. Ve FN rozvíjí svoji činnost Centrum transferu biomedicínských technologií, aktivně vyhledává potenciálně komerčně využitelné výzkumné a vývojové aktivity a spolupracuje s řešiteli při ochraně jejich výsledků a jejich následném komerčním využití. V roce 2018 bylo na Úřad průmyslového vlastnictví podáno pět patentových přihlášek, dvě PCT přihlášky a jeden užitný vzor. Ve FN probíhá rozsáhlá publikační činnost, za rok 2018 bylo publikováno 294 článků v recenzovaných časopisech s Impact Factorem.<sup>77</sup>

Celkové zhodnocení PEST analýzy je v tabulce 3.

---

<sup>76</sup> **IVANOVÁ E, ČEPEL M.** The impact of innovation performance on the competitiveness of the Visegrad 4 countries. *Journal of Competitiveness*. 2018 Mar 1;10(1):54.

<sup>77</sup> **VÝROČNÍ ZPRÁVA FN 2017**, dostupné online na <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

Tabulka 3 PEST analýza OUM

ZHODNOCENÍ PEST ANALÝZY	
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
<b>Politické faktory</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demokratické zřízení ČR</li> <li>- Nastavený zdravotnický systém ČR</li> <li>- Systém podpořen legislativně</li> <li>- Součást ČR EU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence legislativní normy pro urgentní příjmy</li> </ul>
<b>Ekonomické faktory</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nízká míra chudoby obyvatel ČR</li> <li>- Snaha o kontinuální navyšování životního standardu obyvatel</li> <li>- Platby fakultním nemocnicím garantuje stát</li> <li>- Tempo růstu HDP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nízký výdaj HDP na zdravotnictví</li> </ul>
<b>Sociální faktory</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rostoucí vzdělanost obyvatel</li> <li>- Integrace do EU</li> <li>- Preventivní programy</li> <li>- Edukace obyvatelstva k péči o vlastní zdraví</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Životní styl obyvatelstva</li> <li>- Výskyt civilizačních chorob</li> <li>- Stárnutí obyvatelstva</li> <li>- Vliv komunistického režimu na společnost</li> </ul>
<b>Technologické faktory</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nové technologie a postupy – inovace</li> <li>- Vědecký pokrok</li> <li>- Zavádění nových technologií do praxe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finanční náročnost, návratnost investic</li> <li>- Udržitelnost růstu</li> </ul>

## 2.2 Mikroprostředí - Porterův model pěti sil

Porterův model analyzuje konkurenční prostředí určitého subjektu, tzv. marketingové mikroprostředí subjektu. Využívá k tomu analýzy pěti faktorů:

- potencionální nová konkurence,
- současná konkurence,
- hrozba substitutů,
- smluvní síla dodavatelů
- smluvní síla odběratelů.

### 2.2.1 Potenciální konkurenční subjekt

OUM je oddělení, které svým včleněním do FN potenciálně spádové pro obyvatele dvou krajů ČR. Svým pojetím činnosti je natolik specifické, že zde není předpoklad vzniku jiného obdobného pracoviště na srovnatelné úrovni.

Na jiných místech ČR však je do budoucna velmi pravděpodobná postupná výstavba obdobných zařízení, což vyplývá z tiskové zprávy ministra zdravotnictví ze dne 19.9 2019. Podle MZ ČR by se měla být nastavena jasná koncepce urgentní péče v České republice. Poprvé

bude mít urgentní péče jasnou strukturu a standardy. Vznikne tak státem garantovaná síť urgentních příjmů v krajských i okresních městech.

Cílem nového modelu urgentní péče je systematicky zajistit péči o akutní pacienty ve všech regionech a v režimu trvalé dostupnosti 24/7. Ten předpokládá, že urgentní příjem bude zřizován v rámci poskytovatele akutní lůžkové péče, a to minimálně jeden urgentní příjem prvního typu na kraj a jeden urgentní příjem druhého typu na okres.<sup>78</sup> Detaily tohoto návrhu jsou v tuto dobu v řešení a je označeno ministrem zdravotnictví za jednu z klíčových priorit ministerstva.

Z toho plyne, že je možno teoreticky očekávat výstavbu obdobného oddělení jako je OUM maximálně v dalším sousedním krajském městě.

### 2.2.2 Současné konkurenční subjekty

V tuto chvíli v oblasti spádu FN neexistuje srovnatelné pracoviště, jako je OUM. V spádových krajích se nachází několik nemocničních zařízení, které ale obdobným oddělením nedisponují.

### 2.2.3 Hrozba substitutů

V systému zdravotnictví je reálná hrozba substituce poskytovaných služeb velice nízká. Na straně OUM stojí několik zásadních faktorů. Je začleněno do komplexu FN, a vytváří tak funkční celek společně s traumacentrem a iktovým centrem této nemocnice, společně s navazujícími klinikami a pracovišti. To je faktor, který v současné situaci nemá ve spádové oblasti OUM konkurenci. Provoz OUM je finančně náročný a včlenění tohoto oddělení do fakultní nemocnice, která je jedním z největších zaměstnavatelů v kraji a dále jednou z největších nemocnic ČR vytváří dostatečný finanční rámec pro bezproblémový chod tohoto oddělení. Zásadním faktorem je i personální stránka věci, kdy poskytování kvalitní zdravotní péče lze pouze cestou personálu, adekvátně vzdělaným dle platné české legislativy, a tento personál se v dnešní době stává nedostatkovým artiklem. Případný substituent by musel disponovat obdobným zdravotnickým týmem, což se nejeví jako reálné.

Činnost OUM může částečně suplovat Zdravotnická záchranná služba, která disponuje adekvátním personálem a je schopna poskytnout intervence v rámci přednemocniční péče. Nicméně největší benefit OUM, tj. eliminace „příjmového vakua“, se tím neřeší.

---

<sup>78</sup> **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR**, Tisková zpráva 2019. Dostupné online na [http://mzcr.cz/dokumenty/-na-urgentni-peci-pujdou-v%C2%A0pristim-roce-dve-miliardkorun\\_17830\\_1.html](http://mzcr.cz/dokumenty/-na-urgentni-peci-pujdou-v%C2%A0pristim-roce-dve-miliardkorun_17830_1.html)

#### 2.2.4 Smluvní síla dodavatelů

OUM jako součást FN je závislá na logistickém zabezpečení mateřské organizace. Vzhledem k tomu, že se jedná o podnik kontrolovaný státem, veškeré nákupy organizace jsou podřízeny platné legislativě, zejména Zákonu 134/2016 Sb., o veřejných zakázkách.

Veškeré nákupy se musí vést cestou veřejné soutěže, kdy je výběrovým řízením vybrán subjekt s pro nemocnici nejvýhodnější nabídkou. Spotřební materiál, jako např. injekční stříkačky, gáza apod. je nakupován centrálně cestou společných nákupů, které zastřešuje Ministerstvo zdravotnictví. Specifický materiál či přístroje je soutěžen pomocí veřejných výběrových řízení, dle platné legislativy, cestou vlastních výběrových řízení a také portálu NEN (Národní elektronický nástroj), který provozuje Ministerstvo pro místní rozvoj a měl sloužit pro elektronizace veřejných zakázek.

Vyjednávací síla dodavatelů je ovlivněna množstvím dodavatelů, přihlášených do výběrového řízení. Velký vliv má i míra specifikace požadovaného produktu. Jedná-li se o zdravotnický materiál, který je v optimální míře zastoupen na trhu, je výběr dodavatelů dostatečný a tím klesá jejich vyjednávací síla. V případě specializovaných přístrojů a pomůcek, kde není tak značná konkurence, nebo je pouze několik certifikovaných výrobců dané komodity, dochází k akceptaci ceny, která v konečném důsledku nemusí být pro FN výhodná. Svou roli pak hraje zdůvodnění a opodstatnění nákupu – obměna zastaralého přístroje, rozšíření plánovaných kapacit apod.

Hospodaření FN je každoročně zveřejněno a je volně k dispozici, dle zákona 23/2017, o rozpočtové odpovědnosti.

#### 2.2.5 Smluvní síla odběratelů – uživatelů péče (zákazníků)

Zákazníkem OUM je možno považovat pacienta, který je opři příchodu na oddělení klasifikován dle závažnosti stavu pomocí užívaného tírážního modelu ESI (Emergency Severity Index). Cílem je poskytnout v co nejkratším čase adekvátní péči, za použití moderních postupů a přístrojů, dle standardů, stanovených platnou legislativou a dalšími závaznými dokumenty.

Pro zajištění co nejvyšší kvality poskytované péče je nemocniční zařízení certifikováno na národní úrovni pomocí SAK a od roku 2013 se zapojuje do dotazníkového šetření spokojenosti pacientů společnosti HealtCare Institute "Nemocnice ČR".

Pacienti – zákazníci OUM jsou převážně obyvatelé spádových krajů České republiky. Dále to mohou být např. příslušníci cizích států, z důvodu zaměstnávání cizích státních příslušníků

v podnicích obou krajů, dále pobytu cizinců – turistů, studentů a dalších. Spektrum pacientů je tak velmi pestré.

Všichni pacienti musí mít ze zákona uzavřeno zdravotní pojištění u jedné ze zdravotních pojišťoven České republiky, popř. mít platné pojištění v rámci Evropské unie, což umožňuje proplácení nákladů jejich léčby. Pokud pacient nemá toto pojištění, musí uhradit náklady na léčbu sám.

V zákoně 372/2011 o zdravotních službách jsou zakotvena práva pacienta. Tyto práva byla schválena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví. V Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, jakož i součástí právního řádu České republiky, je v hlavě II. čl. 6. uvedeno, že každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. Dále z hlavy IV. čl. 31. dokumentu vyplývá, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

### **2.3 Vnitřní prostředí - McKinseyho model 7S**

7S model poukazuje na kombinaci sedmi vzájemně provázaných faktorů, které společně zajišťují, kooperaci a vzájemný soulad všech součástí podniku, v našem případě OUM. Model člení těchto sedm oblastí do dvou základních skupin:

Tvrdé faktory:

- strategie (využívaná oddělením),
- struktura (oddělení),
- systémy (využívané oddělením).

Jde o snadno dohledatelné hodnoty, které definují rámec oddělení. Jejich znění je možno zaznamenat v psané formě do podnikové dokumentace.

Měkké faktory:

- styl (vedení oddělení),
- spolupracovníci (pracovní tým a kooperující pracovníci),
- schopnosti (deklarované oddělením),

- sdílené hodnoty (společná filosofie oddělení).

Tyto faktory jsou obtížněji dohledatelné a fungují spíše jako stavební kameny celkové filosofie a firemní kultury oddělení.

### 2.3.1 Strategie

Jak píše Kočí a Tuček (2015), OUM bylo vytvořeno s jasnou vizí a plánem, který je neustále naplňován. Zámyslem bylo vytvoření bezprahového oddělení, které by fungovalo jako pracoviště prvního kontaktu pro všechny pacienty, přicházející do FN.<sup>79</sup> Již na počátku bylo kalkulováno s tím, že se bude jednat o veškeré diagnostické spektrum, které bude následně na OUM vytríděno pomocí platných algoritmů a pacienti budou po poskytnutí adekvátních zdravotních intervencí distribuováni dále na určená pracoviště, nebo odesláni domů.

Tento plán není možno plnit bez návaznosti na poskytovatele přednemocniční péče, tj. Zdravotnickou záchrannou službu a pak dále kliniky a oddělení samotné FN. K naplnění strategie byla uzpůsobena jak samotná struktura oddělení, které je karuselového typu, tak personální stránka, kdy je péče poskytována cestou zdravotnických multioborových týmů. Samo oddělení je díky tomuto zaměření členěno na základní úseky – interní, chirurgický a úsek urgentní péče. OUM tak funguje dle zásad interdisciplinárně integrovaného modelu.

Tato strategie je úspěšně naplňována v rámci fungování FN jako celku. FN se opakovaně účastní celorepublikového šetření spokojenosti pacientů, organizovaného HealthCare Institute, o.p.s.

V roce 2018 se šetření účastnilo 155 českých nemocničních zařízení. Ačkoliv se jedná o hodnocení na základě subjektivního dojmu respondentů, lze toto šetření považovat jako ukazatel spokojenosti s činností dané nemocnice. FN byla vyhodnocena jako silně nadprůměrná nemocnice s ratingem A.<sup>80</sup> Na tomto hodnocení se podílí i práce personálu OUM.

### 2.3.2 Struktura oddělení

Oddělení je členěno dle zaměření poskytované zdravotní péče. Jedná se o tři základní části OUM - úsek interní, který sdružuje lůžkové boxy a interní ambulance, dále úsek chirurgický,

---

<sup>79</sup> KOČÍ, J., TUČEK D., Oddělení urgentní medicíny Hradec Králové. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2015, 6(3/2003), str. 12-13 [cit. 2019-1-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_02.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf)

<sup>80</sup> HEALTH CARE INSTITUTE. Vyhodnocení celostátního měření bezpečnosti a spokojenosti hospitalizovaných pacientů českých nemocnic 2018. Dostupno online na <https://www.fnhk.cz/fs2313/fakultni-nemocnice-hradec-kralovedetailni-hodnotici-zpravahospitalizovani-pacienti-2018.pdf>

tvořený ambulancemi, sádrovnou, výkonovým sálkem a expektačními boxy a konečně úsek urgentní péče, tzv. Crash Room, kde jsou lůžka pro chirurgické a nechirurgické akutní stavy, ohrožující život pacienta.

Dle těchto úseků je členěn u pracovní tým, jehož struktura je definovatelná jako liniová, hierarchická. Každý zdravotnický tým je složen z daného počtu lékařů a sester, a má jednoho vedoucího týmu. Nicméně v rámci reálného provozu se často tato rigidní struktura mění. Je to dáno jednak personálním stavem oddělení, kdy u sester není možno postavit do směn plnohodnotné vedoucí pracovníky (staniční sestry) jednotlivých úseků, a u lékařů je to dáno tím, že je jejich stav doplňován i z jiných klinik. V reálném provozu není na hierarchické uspořádání kladen důraz.

Pevnou strukturu má tým na Crash roomu, který je svoláván pouze v případě návozu pacienta ve stavu, vyžadující urgentní intervenci. Jedná se o Trauma tým a neúrazový rescue tým. Tyto týmy mají jasně danou strukturu a funkcionalitu, vycházející z principu medicíny katastrof a algoritmů ATLS.

Pracovní směna je tvořena 23 pracovníky – 10 lékaři, 9 sestrami a 4 sanitáři. Nicméně tento počet se během dne mění, zejména díky souběhu osmihodinové pracovní doby u lékařů, která je poté nahrazena službu konajícími lékaři a dvanáctihodinové pracovní doby u sester. Tím, že je oddělení strukturováno jako karuselové, je neustálý přehled zdravotnického personálu o pacientech v prostoru OUM a v případě potřeby je možno přesunout personál na výpomoc z jednoho úseku na druhý. Personál si je vědom svých kompetencí a povinností, vycházející z platné legislativy, tj. zákona 95 a 96/2011 Sb. a z vnitřních předpisů FN.

Stálými pracovníky je primář oddělení a vrchní sestra, kteří koordinují a zastřešují celkový chod oddělení. OUM nicméně funguje autonomně, bez nutnosti každodenního vstupu managementu do chodu oddělení. Primář oddělení i vrchní sestra tak vytvářejí celkový koncepční rámec chodu, který je dále naplňován koncovými pracovníky, za stávající supervize managementu oddělení.

### 2.3.3 Systémy

Každodenní aktivity jsou řízeny cestou rozpisů, vypracovaných managementem oddělení. Za nelékařský personál odpovídá vrchní sestra, za lékařský personál zástupce primáře, protože primář funguje jako osoba, odpovědná za celkový chod, nastavení politiky a funkčnost systému OUM.

V rámci běžného provozu je snaha o vedení zaměstnanců k maximální osobní odpovědnosti, která je základním předpokladem funkčnosti zdravotnických týmů, které tvoří základní pracovní celek oddělení. Každý člen zdravotnického týmu je seznámen se svými povinnostmi a s náplní své práce. V případě pochybení je nastaven systém zpětné vazby LL-LI, lessons learned, lessons identified, který je funkčním způsobem analýzy pochybení a poučení se z chyb.

Vyhodnocení činnosti jednotlivých pracovníků je zcela v gesci vedoucích pracovníků, jak na úsecích OUM (vedoucí sestra směny, lékař konzultant), tak na úrovni managementu OUM. Kontrolní činnost probíhá jak na úrovni oddělení, tak i na úrovni nemocniční. OUM bylo podrobena řadě interních auditů, které jsou nástrojem udržení kvality poskytované péče. OUM je součástí FN, jež byla akreditována cestou Spojené akreditační komise o.p.s. (dále jen SAK).

Pro optimální způsob triáže pacientů, která je stěžejním výkonem pro všechny příchozí na oddělení, je stanoven doporučený postup ESI, který zajišťuje adekvátní přístup a zábranu pochybení v třídění závažnosti obtíží příchozích pacientů. Tento triážní systém je na OUM užíván s úspěchem od dob otevření oddělení. Umožňuje v co nejkratším čase stanovit klasifikaci pacienta dle jeho reálného stavu a míru zdravotnických intervencí, které jsou v daný okamžik potřeba učinit. Tento systém také významně ovlivňuje čekací doby na OUM. Je nezbytný, protože OUM je koncipováno jako pracoviště bezprahové, tj. prochází jím pacienti všech zdravotních klasifikací, od kategorie 1 (akutní stavy) až po kategorii 5 (stavy neakutní, řešitelné ambulantně). Tento systém je velmi efektivní i v rámci minimalizace rizika forenzních následků.

#### 2.3.4 Styl vedení

Styl vedení je neformální a budí zdání vstřícnosti. Nicméně z důvodu nutnosti řízení členité skupiny pracovníků, kdy zejména lékaři jsou velmi specifictí stran jejich charakteristik osobností, je zde nastaven systém benevolentně autoritativní. Ten je charakterizován vertikální komunikací směrem dolů, autoritou vedoucího pracovníka, malou zpětnou vazbou od pracovníků a užívání metody „cukru a biče“ s převahou odměn. Tento způsob vedení je popisován i na jiných podobně exponovaných odděleních, jak dokazuje např. Salar (2016).<sup>81</sup>

Systém řízení je ve vztahu k lékařům nastaven odlišně, než k sesterskému personálu, což je dáno jejich pozicí v léčebném procesu, v celkové hierarchii oddělení a konečnou odpovědností za pacienta. U sester se systém řízení překlápí do modelu exploativně autoritativního. Ten je

---

<sup>81</sup> SALAR, A., et al. The survey of the surgery room nurses perspectives to McGregor theory assumptions (X and Y). *Der Pharmacia Lettre*, 2016, 8.3: 249-253.



dle Vodáčka a Vodáčkové (2013) charakterizován obdobně, rovněž i zde je značný důraz na autoritu vedoucího, s užíváním metody „cukru a biče,“ nicméně je zde minimální zpětná vazba od podřízených a je využíván strach z trestu.<sup>82</sup>

Je nutno konstatovat, že oddělení UOM nemá prostor pro pochybení a je zde nutno udržovat stálý důraz na kvalitu poskytované péče. Autoritativní styl je tak jedním z vhodných způsobů vedení, nicméně otázkou zůstává, jaký je jeho dopad na pracovníky v dlouhodobějším časovém horizontu.

### 2.3.5 Spolupracovníci

Pracovní kolektiv OUM se skládá s několika kategorií. První skupinou je lékařský personál, který je členěn dle jejich specializace. Tento personál se dále dá členit dle toho, v jakém vztahu jsou k OUM – zda jsou kmenovými zaměstnanci, či jsou pouze služby sloužícími lékaři z jiných klinik. Počty lékařů jsou naplněny ze 100 %. Většina počtu je tvořena internisty, kteří jsou doplňováni z interních klinik pouze do služeb a případně služeb LSPP.

U chirurgů je situace jiná, kdy kmenoví chirurgové jsou pouze 4 včetně primáře. Jedná se o jednoho traumatologa a tři všeobecné chirurgy. Za chod chirurgické části je tak odpovědná chirurgická klinika, která staví do denní pracovní směny jednoho atestovaného traumatologa a jednoho lékaře v předatestační přípravě. V počátcích OUM zde spolupracoval i neurolog, ale od toho bylo opuštěno, ačkoliv se počet diagnóz (zejména CMP), týkající se této specializace zvyšuje.

Situace je odlišná i v případě svolání rescue a trauma týmů. Co se rescue týmu týče, lékaři jsou většinou příslušníci interní sekce OUM, pouze pokud je potřeba (např. ve službě), je povolán i lékař interní kliniky, popř. anesteziologie. Jiná situace je v okamžiku svolání trauma týmu, kdy se na OUM dostaví chirurg - traumatolog, lékař se specializací na zobrazovací vyšetřovací metody (UZ, RTG) a anesteziolog, kteří nejsou kmenovými zaměstnanci a pouze drží pohotovost pro tyto případy.

Sesterský personál je rovněž v tuto chvíli na 100% tabulkového stavu. Všechny sestry jsou kmenovými zaměstnanci OUM a je pouze minimum sester s částečnými úvazky. Princip služeb sester je založen na rotaci mezi chirurgickou a interní částí, s tím, že do tohoto systému vstupuje ještě služba v čekárně - recepci, kde se provádí prvotní triáž příchozích pacientů. Je zde tlak

---

<sup>82</sup> VODÁČEK L, VODÁČKOVÁ O. Moderní management v teorii a praxi. Praha, Management Press, 2013. ISBN 978-80-7261-232-1

vedení na to, aby sestry měly nadstavbové specializační vzdělání v oboru urgentní medicíny, nicméně není to požadavek nepřekročitelný. Většina sester má vysokoškolské vzdělání, úroveň Bc. Na některých pozicích sester pracují zdravotničtí záchranáři, kteří ale vykonávají stejnou práci, jako sestry. V jejich kompetencích není na OUM žádný rozdíl. U sester OUM je požadovaná specializace v oboru anesteziologie a intenzivní medicína.

Co se svolání rescue a trauma týmů týče, v případě rescue týmu je sesterský personál složen výhradně z členů OUM. V případě „traumatýmu“ se na oddělení dostavuje ještě anesteziologická sestra, tvořící tým s příchozím anesteziologem, která není kmenovým příslušníkem OUM. Dále se dostavuje na vyvolání také RTG laborant. OUM disponuje i základními laboratorními vyšetřeními, jako je biochemické a hematologické přístrojové vyšetření krve, kdy tento vyhodnocovací přístroj obsluhuje v pracovní době laborant. Po pracovní době musí analýzu krevních vzorků zvládat sestry.

Součástí pracovního kolektivu jsou i sanitáři, kteří jsou nezbytní jak pro běžný chod oddělení (pomoc sestrám, transport pacientů na vyšetření apod.) tak v rámci práce na crasroomu, kde odpovídají za funkčnost techniky a výpomoc posádkám RZP, zejména leteckým. Ve službě jsou vždy 4 sanitáři a mají rovněž dvanáctihodinové služby.

OUM patří mezi oddělení, které nemá problém s náborem nových pracovních sil. Má pověst oddělení, kde je pestrá práce a není zátěž zdravotního personálu dokumentací. Tento dojem ale mají zejména ti, kteří nejsou zainteresováni do reálného provozu OUM, protože specifická práce na oddělení sebou nese i izolaci a obtížnou spolupráci s ostatními navazujícími pracovišti.

Navazující pracoviště jsou ta, na která jsou pacienti z OUM odesíláni, pokud jejich stav vyžaduje hospitalizaci. Specifický způsob práce na OUM vyžaduje jasně nastavené kompetence a procesní postupy, týkající se příjmu pacientů a uvolňování potřebných kapacit, jako jsou ventilované lůžka apod. To je řešeno formou interních nařízení FN a dále vzájemnou spoluprací zdravotníků, zainteresovaných do společné péče o pacienta. Je nutno poukázat na fakt, že rozdílnost systému práce a jiné priority v rámci péče mohou být zdrojem interpersonálních neshod a poruch ve vzájemné komunikaci. Tyto neshody však má ve své kompetenci řešit primář oddělení.

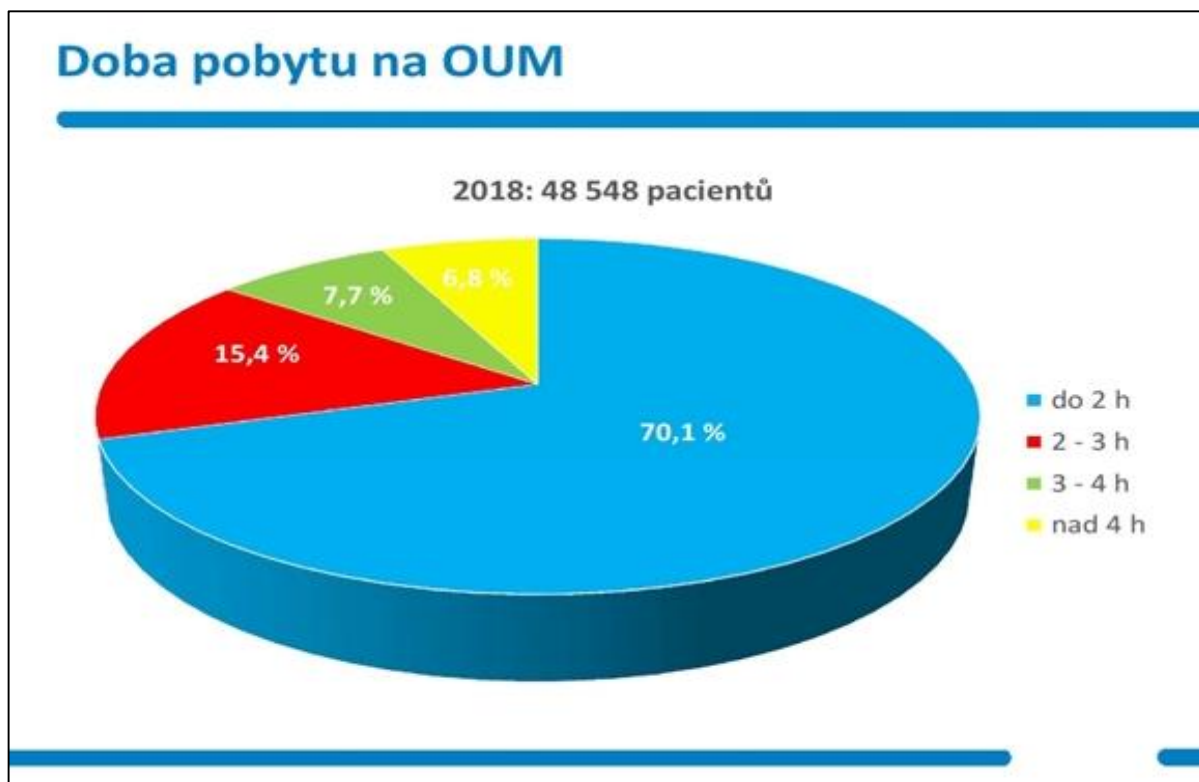
Obdobně je nastavena i spolupráce se Zdravotnickou záchrannou službou kraje, která je jedním z nejbližších externích spolupracovníků. Kvalitně nastavená forma spolupráce je klíčová pro bezchybný chod OUM. Jako další externí spolupracovníky je možno považovat spádové ambulance praktických a odborných lékařů, které odesílají své pacienty na OUM k dalšímu

řešení. I tato forma spolupráce by měla být nastavena na maximální možnou úroveň z důvodu dopadu této spolupráce na kvalitu poskytované zdravotní péče.

### 2.3.6 Schopnosti

OUM je oddělení prvního kontaktu. Je schopno poskytnout adekvátní zdravotnickou péči všem typům diagnóz, s výjimkou dětských pacientů. Je koncipováno jako vstupní brána do nemocničního zařízení a přechodový prvek mezi přednemocniční a nemocniční péčí, což svou činností potvrzuje.

Má vliv na dobu, kterou pacient stráví v rámci přijímacího procesu do nemocničního zařízení. Tím, že na OUM je široké spektrum specialistů a možnost konsilií dalších odborníků je dosaženo stavu, kdy za pacientem, dislokovanému na jednom místě dochází ti, kteří mu mohou pomoci, nikoli naopak, kdy by pacient cestoval po jednotlivých pracovištích nemocnice a tím ztrácel čas, nutný k adekvátní zdravotnické intervenci. Velký benefit je to i pro ZZS, kdy posádky vědí, že je vyčleněno jedno místo, kam s pacientem mohou zajet a tím odpadá složitá logistika příjmu pacientů dle jejich diagnóz na jednotlivé kliniky.



Obrázek 8 Doba pobytu pacienta dle Berkové na OUM v roce 2018 v závislosti na akutnosti jejich stavu. Dostupné online na <https://www.akutne.cz/res/publikace/2-berkova.pdf>

Jak píše Vališ (2011), na oddělení je průměrně ošetřeno přes 42 000 pacientů za rok, přičemž 86 % pacientů je kompletně odbaveno do dvou hodin od příchodu na oddělení.<sup>83</sup>

Nezastupitelnou roli má OUM i v případě krizového plánování a medicíny katastrof. Pracoviště tohoto typu má dopad na celokrajské úrovni a na krizové připravenosti celého regionu, stran traumatologických plánů kraje, jednotlivých podniků a samotné nemocnice. Díky tomuto oddělení může FN v krátkém časovém okamžiku být schopno adekvátně ošetřit a dále absorbovat vysoké množství raněných v případě mimořádné události v rámci MIMMS protokolu.

Z výše napsaného vyplývá, že na personál je kladen vysoký nárok stran jejich odborné přípravy. Spektrum potenciálních diagnóz je velmi široké a je nutno umět vyřešit je v plném rozsahu. Je náročné i na spektrum výkonů, kdy se na oddělení lze setkat s řadou výkonů, týkající se intenzivní medicíny, chirurgie i interny. Toto je výrazné zejména u sester, které jsou nuceny, tím že cirkulují mezi všemi úseky oddělení, umět aspekty práce sestry chirurgické, interní i sestry anesteziologické. To ovšem klade velký tlak na nově příchozí a také je faktorem, vedoucím k vyšší náchylnosti sester k syndromu vyhoření.

Proto je logické, že OUM funguje i jako vzdělávací centrum, zejména pro mladé lékaře. Šíře možných diagnóz a výkonů je ideální pro výuku a pro získání cenných zkušeností ve všech oblastech medicíny, kterých se práce OUM dotýká. Na oddělení dochází i řada studentů, jak lékařské fakulty, tak zdravotnických oborů nelékařských, kteří se spolupodílí na poskytování zdravotní péče. Chybí však možnost interní přípravy sester FN, obdobně tak jak probíhá u lékařů. Práce sester je natolik specifická, že by bylo jistě přínosné mít možnost stáží na OUM pro sestry jiných oddělení. Vedlo by to i k pochopení aspektů práce na OUM a tím by se otupilo ostří občasných interpersonálních konfliktů mezi jednotlivými pracovišti.

### 2.3.7 Sdílené hodnoty OUM

Společnou hodnotou všech pracovníků je zdraví pacientů, čehož se svou prací snaží dosáhnout. Je zde snaha o maximalizaci úsilí a poskytování zdravotnické péče v co nejvyšší kvalitě.

Pro zaměstnance FN je jako stěžejní dokument považován etický kodex, jehož účelem je stanovit základní rámec pro chování zaměstnanců FN v situacích spojených s riziky vzniku konfliktů protichůdných zájmů, etickými dilematy a riziky nežádoucích motivací a způsobů

---

<sup>83</sup> VALIŠ M. et al. Vyhodnocení managementu péče o CMP na OUM FNHK. Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2011; 1, str. 20-22 [cit. 2019-1-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM\\_2011\\_01.pdf](http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2011_01.pdf)

jednání. Dodržováním zásad etického kodexu přispívají zaměstnanci ke zvyšování kvality zdravotních služeb, poskytovaných FN, bezpečí pacientů, organizační kultury a mediálního obrazu nemocnice v očích veřejnosti.<sup>84</sup> Tento dokument je platný v celé FN a je závazný pro všechny zaměstnance.

Lékaři jsou vázáni etickým kodexem FN k výkonu své profese v souladu s profesními standardy a interními pravidly FN. Dále mají za povinnost vykonávat práci na vysoké odborné úrovni a trvale se dále vzdělávat. Obdobné závazky musí mít i nelékařský personál.

Lze konstatovat, že pro lékaře není OUM konkurenční prostředí. Lékaři jsou diferencováni dle svého přístupu k pacientům, odborného přehledu a celkové rychlosti práce na několik skupin, které jsou následně modifikovány i jejich charakterovými rysy a interpersonálními dovednostmi, zejména k sesterskému personálu. Motivace každého z nich je odlišná, společný cíl je však stejný.

Hodnoty a způsob jednání jsou reprezentovány primářem oddělení, který přímo i nepřímo ovlivňuje to, jak se jeho podřízení k tomuto staví. Jeho přičiněním jsou stanovena jasná pravidla a mantinely, do kterých se musí pracovníci OUM vejít. Pokud toho nejsou schopni, nejsou schopni ani v dlouhodobém horizontu na OUM fungovat.

OUM sleduje jeden cíl, a to je fungovat tak jak bylo popsáno v minulé kapitole, tj. jako bezprahový příjem. Na oddělení jsou uznávána práva i povinnosti pacienta, které jsou zaneseny i do základní dokumentace FN. Jako nejvyšší hodnota je personálem uznáváno zdraví pacienta. Pro co nejužší spolupráci s příjemci zdravotní péče, tj. pacienty a jejich rodinnými příslušníky, je ve FN zavedena i instituce ombudsmana, jehož práce je rovněž vázána oficiálně schváleným etickým kodexem.<sup>85</sup>

## 2.4 SWOT analýza

SWOT analýza poskytuje podklady pro formulaci rozvojových směrů a aktivit, podnikových strategií a strategických cílů. Jak píše Vaněk, Mikoláš a Žvákova (2012), spočívá v rozboru a hodnocení současného stavu organizace (vnitřní prostředí) a současné situace okolí organizace

---

<sup>84</sup> **Fakultní nemocnice Hradec Králové – Etický kodex.** Dostupný online na <https://www.fnhk.cz/fs2523/1.-zd-14-eticky-kodex.pdf>

<sup>85</sup> **Fakultní nemocnice Hradec Králové – Etický kodex ombudsmana.** Dostupný online na <https://www.fnhk.cz/fs1719/eticky-kodex-ombudsmana-fnhk.pdf>

(vnější prostředí). Ve vnitřním prostředí jsou identifikovány silné a slabé stránky, které jsou vymezeny vnitřními faktory efektivnosti organizace ve všech významných oblastech.<sup>86</sup>

Pro adekvátní výsledky této analýzy je proto nutno nejprve systematicky analyzovat makroprostředí, mikroprostředí a vnitřní prostředí zkoumaného subjektu, což bylo učiněno v předchozích kapitolách cestou analýzy PEST, Porterovy analýzy 5 sil a McKinseyho modelu 7S. Samotná SWOT analýza je přehledně znázorněna v tabulce č. 4.

Tabulka 4 SWOT analýza OUM

	Organizaci pomáhající faktory	Organizaci škodící faktory
	„S“ STRENGTHS silné stránky	„W“ WEAKNESS slabé stránky
VNITŘNÍ FAKTORY	Unikátnost oddělení Autoritativní způsob vedení Pestrost práce, škála diagnóz Atraktivita oddělení Algoritmy provozu Kvalifikovaný personál Vzdělávací zařízení Návaznost péče vně organizace Sdílené hodnoty personálem Jasná filosofie a strategie provozu	Specifická práce Autoritativní způsob řízení Nárůst počtu pacientů Fluktuace personálu Odborná příprava sester Možnost syndromu vyhoření Systém služeb
	„O“ OPORTUNITIES možnosti	„T“ THREATS hrozby
VNĚJŠÍ FAKTORY	Inspirace pro obdobná oddělení Navyšování kvality péče Spolupráce s dalšími pracovišti Životní úroveň populace v ČR Právní systém v ČR Zdravotní systém v ČR Délka života v ČR Technologická úroveň ČR Součást silné organizace Návaznost péče mimo organizaci	Absence legislativy Společenské klima v ČR Stárnutí populace Problematika nákupů materiálu Komunikace mezi navazujícími pracovišti Komunikace mezi organizacemi

<sup>86</sup> VANĚK, M. MIKOLÁŠ, M. ŽVÁKOVÁ, K. Evaluation Methods of Swot Analysis/Metody Vyhodnocení Swot Analýzy. GeoScience Engineering, 2012;58(2), pp.23-31.

### 3 Výsledky - Psychologická analýza

Život je proces, při kterém zjišťujete, jak daleko můžete v tom či onom zajít, i když pravděpodobně i v hledání toho, jak daleko můžete v tom či onom zajít, můžete zajít příliš daleko...

*Terry Pratchett, spisovatel (1948-2015)*

#### 3.1 Metodika výzkumu

Psychologická analýza personálu OUM byla provedena za účelem zjištění stavu psychické kondice a výskytu možných negativních jevů, které mohou psychiku ovlivňovat.

Samotný výzkum byl proveden v rozmezí měsíců ledna až března roku 2017 na oddělení OUM. Byla použita kvantitativní metoda, kdy byla užita dotazníková baterie, složená z tří základních částí – SUPOS 7, NAQ a škála skupinové atmosféry. Jednalo se o anonymní formu dotazníků, která zaručuje respondentům vyjádřit názor anonymně bez pocitu studu, strachu a pocitu z nepříjemného vyzvídání. Jak píše Bártlová, Sadílek a Tóthová (2005), důsledným dodržováním, případně zdůrazňováním požadavku anonymity lze docílit lepšího využití informačního zdroje (ve smyslu získání podrobnějších i pravdivějších údajů i zvýšení návratnosti) a zároveň splnit určité podmínky profesionální etiky.<sup>87</sup>

Cílová skupina respondentů byla charakterizována tabulkovými počty OUM. Dotazníková baterie byla distribuována všem lékařským i nelékařským pracovníkům OUM (s výjimkou sanitářů). Jednalo se o 10 lékařů a 30 sester, což byl v dané době celkový stálý stav personálu OUM. Celkový počet dotazníků byl 40, kdy počet vyplněných dotazníků byl 30, což činí 75% celkového počtu. Počet respondentů je limitován personálním obsazením oddělení.

Ovlivňujícím faktorem návratnosti byla nízká motivace personálu, která pramenila z poměrně citlivého nosného tématu výzkumu. Dotazníky byly vyplňovány mimo pracoviště OUM po předchozí domluvě s respondenty a souhlasu s šetřením. Byla snaha o stanovení shodných podmínek pro každého z respondentů, proto byly dotazníky vyplňovány v prostorách Fakulty vojenského zdravotnictví, kdy respondenti nebyli v danou chvíli vystaveni působení prostředí svého pracoviště. Osobní kontakt se zadavatelem dotazníku pomohl eliminovat možné

---

<sup>87</sup> BÁRTLOVÁ S., SADÍLEK P., TÓTHOVÁ V. Výzkum a ošetrovatelství. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s. 47. ISBN 80-701-3416-X.

neporozumění otázkám a špatné vyplnění dotazníků. Před samotným zahájením sběru dat byla finální podoba dotazníkové baterie dána ke zkušebnímu vyplnění vrchní sestře OUM, z důvodu srozumitelnosti, délce a složitosti všech součástí baterie.

Každý respondent měl právo v případě nesouhlasu od výzkumu upustit. Z důvodu zachování anonymity bylo opuštěno v rámci interpretace dotazníků od vyhodnocení základních sociodemografických dat, které by mohly v tak malém kolektivu vést k identifikaci respondenta. Nicméně tyto informace byly součástí distribuovaného dotazníku, který je jako příloha „A“ součástí této dizertační práce.

Východiskem šetření bylo několik předpokladů:

- Psychický stav respondentů bude vykazovat známky vysoké psychické zátěže;
- Respondenti jsou na pracovišti vystavováni negativnímu jednání, (ze strany nadřízených, pacientů, kolegů);
- Respondenti jsou ovlivněni svou pracovní činností a její náročností natolik, že to má negativní vliv i na úroveň skupinové atmosféry – kolektiv je ohrožen špatnými interpersonálními vztahy.

Tyto předpoklady byly stanoveny na podkladě rešeršního šetření dostupných materiálů, zabývajících se problematikou zátěže sester na exponovaných pracovištích, jako jsou oddělení anesteziologicko-resuscitační péče, jednotky intenzivní péče a sestry pracující na urgentních příjmech. Dále korespondují s výzkumnými cíli jednotlivých složek dotazníkové baterie.

### **3.2 SUPOS 7**

Hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů nám poskytuje zjištění kvalitativních rysů psychického stavu. Díky tomuto zkoumání je možno predikovat možnost výskytu a rozvoje kritického psychického stavu. Následně je možno stanovit opatření, která budou účinně směřovat ke stabilizaci psychického stavu jedince.

Tento dotazník byl jeho autorem použit a výsledky publikovány již v roce 1975,<sup>88</sup> nicméně neustále probíhá jeho modernizace. V tuto chvíli je součástí dotazníkového kompletu SUPSO, který je distribuován společností Psychodiagnostika s.r.o., která je součástí Mezinárodní testové komise - International Test Commission (dále jen ITC) při Světové psychologické federaci a zaručuje i jeho validaci. Validaci provedl i Cakirparoglu et al. (2017) v souvislosti s vlastním

---

<sup>88</sup> **MIKŠÍK, O.** Posuzování struktury a dynamiky aktuálních psychických stavů. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1975.



výzkumem, týkající se využití dotazníku NAQ, který byl rovněž zařazen do baterie pro OUM.

<sup>89</sup> Kombinace SUPOS 7 a NAQ byla použita v řadě podobných studií, jako např. v práci Kozákové, Bužgové a Zeleníkové (2018), které se zabývaly problematikou mobbingu u sester<sup>90</sup> či Paškové (2018), která se zabývala sesterskými strategiemi zvládnání stresu.<sup>91</sup>

Dle Mikšíka (1993) je SUPOS 7 produktem multivariační a faktorové analýzy, kdy jsou ověřována adjektiva, postihující určité symptomy psychických prožitků, pocitů a stavů jednotlivce. Celkové hrubé skóre pro každou komponentu získáme součtem indexů pocitů dle šablony, které jsou sestaveny do 2x2 sloupců. Dále je nutno standardizovat hrubý skór převodem na proporce.<sup>92</sup>

Lidská psychika je jako celek charakterizována složkami, uvedenými v tabulce č. 5. Vyhodnocením dat lze získat jednotlivý poměr složek v rámci uceleného psychického souboru.

Dynamické změny v exponovaných životních podmínkách a situacích se promítají do proporcionálních přesunů mezi jednotlivými komponentami, u každé z nich od proporce 0,00 (v dané struktuře psychického stavu zcela chybí) až po proporcí 1,00 (ovládla celou strukturu psychického stavu).

*Tabulka 5 Komponenty lidské psychiky dle Mikšíka s číselnými hodnotami komponent, které jsou dále využity k porovnání se zjištěnými hodnotami komponent psychiky respondentů.*

Označení komponenty	Komponenta	Norma komponenty dle Mikšíka
<b>PE</b>	Psychická pohoda	0,239
<b>A</b>	Aktivita, činorodost	0,214
<b>O</b>	Impulsivnost, odreagování se	0,115
<b>N</b>	Psychický nepokoj, rozladěnost	0,116
<b>U</b>	Úzkostné očekávání, obavy	0,107
<b>D</b>	Psychická deprese, pocit vyčerpání	0,113
<b>S</b>	Sklíčenost	0,097

<sup>89</sup> **CAKIRPALOGLU, P. ŠMAHAJ, J. CAKIRPALOGLU, SD. ZIELINA, M.** Šikana na pracovišti: reliabilita a validita českého překladu revidované verze dotazníku negativních aktů-NAQ-R. *Ceskoslovenska Psychologie*, 2017;61(6), 546-558.

<sup>90</sup> **KOZÁKOVÁ, R. BUŽGOVÁ, R. ZELENÍKOVÁ R.** Mobbing of nurses: prevalence, forms and psychological consequences in the Moravian – Silesian region. *Ceskoslovenska Psychologie*, 2018:62.4.

<sup>91</sup> **PAŠKOVÁ, L.** Chosen aspects of current psychological condition in relation to coping strategies of nurses in Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2018: 9(3), 857-865.

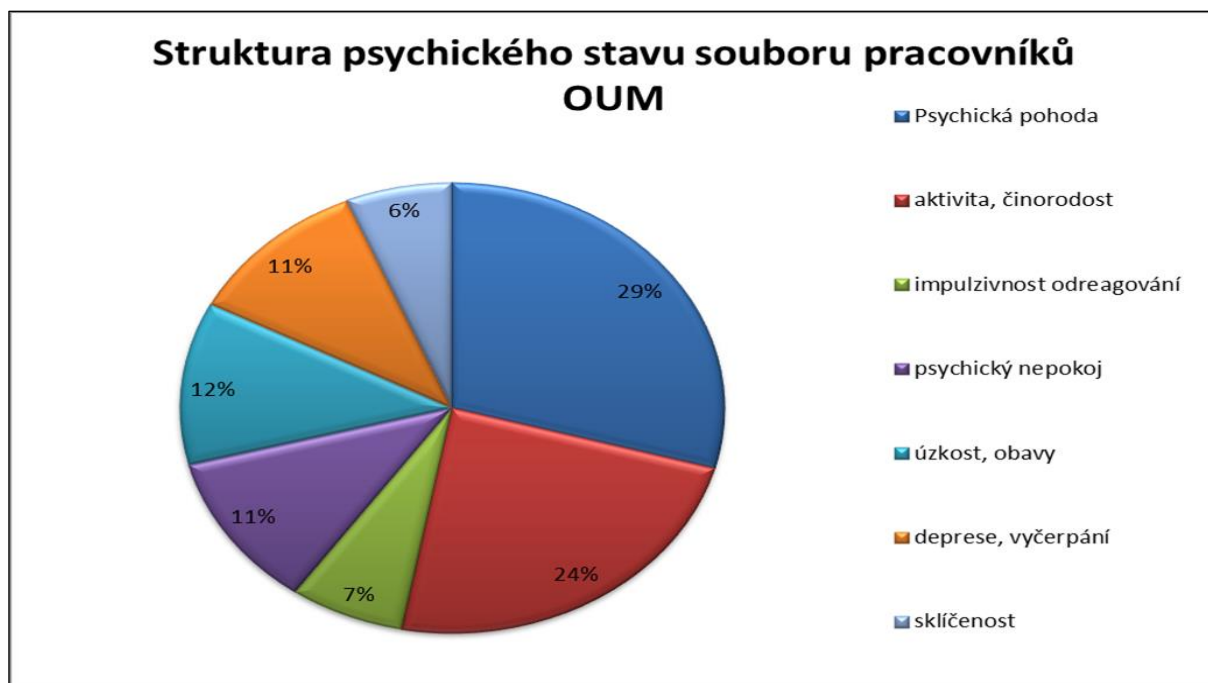
<sup>92</sup> **MIKŠÍK, O.** SUPOS 7. Praha, Heuréka progress 1993

Dotazníkem byly získány hodnoty, které byly dle manuálu sečteny zvlášť pro každou komponentu. Z těchto sum byly vypočítány aritmetické průměry, a opět dle manuálu převedeny na takzvané „proporce“, a ty porovnány s normami. V manuálu se uvádí, že normy SUPOS 7 mají prokázanou relativní nezávislost na věku (dokonce i ve věkovém období 13 – 18 let), tudíž je možné s výsledky pracovat bez ohledu na věk. Výsledky znázorňuje tabulka č. 6.

Tabulka 6 Hodnoty komponent lidské psychiky respondentů. V první řadě zjištěné hodnoty respondentů, v druhé řadě hodnoty stanovené Mikšíkem jako norma.

	PE	A	O	N	U	D	S
Respondenti	0,291	0,232	0,068	0,115	0,115	0,115	0,060
Norma	0,239	0,214	0,115	0,116	0,107	0,113	0,097

Výsledky prokázaly, že psychika respondentů nevykazuje známky projevů kritického stavu. Naopak, můžeme konstatovat, že zaměstnanci OUM mají dle SUPOS 7 minimálně ovlivněnou psychiku a jejich hodnoty jsou srovnatelné s hodnotami, stanovenými jako norma. O poměru jednotlivých komponent lidské psychiky u respondentů vypovídá i obrázek č. 9, který ukazuje procentuální přepočítání jednotlivých komponent psychiky.



Obrázek 9 Struktura psychického stavu respondentů

Procentuální rozložení jednotlivých položek lidské psychiky, která je v grafu znázorněna jako celek 100%, vypovídají o psychickém stavu zkoumané skupiny. Tento graf dokazuje, že

dominantními jsou pozitivní komponenty lidské psychiky, jako je „psychická pohoda“ a „aktivita – činorodost.“ Nejnižší hodnotu dosáhla kategorie „sklíčenost,“ čímž tento dotazník neprokázal dopad negativních faktorů práce OUM na psychiku respondentů. Číselné hodnoty odpovědí respondentů jsou součástí této disertační práce jako příloha „B“.

### 3.3 NAQ - R dotazník

Pro výzkum bylo použito českého překladu revidované verze dotazníku negativních aktů NAQ-R, který obsahuje jednu položku sebeposuzujícího a další položky behaviorálního typu. Respondent v dotazníku zaznamenává na pětibodové Likertově škále, jak často byl během posledních šesti měsíců vystaven dotazníkem specifikovaným negativním projevům na pracovišti (nikdy, občas, jednou měsíčně, jednou týdně, každý den).

Samostatnou, sebeposuzující částí NAQ-R je položka 23, která je zaměřena na výskyt projevů šikany a která v manuálu vyhodnocení dotazníku definuje mobbing takto: „Šikanou označujeme situaci, ve které jedna nebo více osob vnímají, že jsou v průběhu delší doby vystaveny negativnímu působení ze strany jedné či více jiných osob; ohrožená osoba má potíže ubránit se před těmito aktivitami. Přitom jednorázový incident nepovažujeme za šikanu při zaměstnání“. Cílem položky 23 je zjistit, zda zaměstnanec vnímá sama sebe jako oběť šikany na pracovišti.<sup>93</sup> Dle Zapfa (1999) šikanování na pracovišti reprezentuje závažnou formu obtěžování, která je považována za extrémní typ sociálního stresoru v rámci pracovního prostředí.<sup>94</sup>

Tabulka č. 7 obsahuje přehled 22 behaviorálních položek, které jsou dotazníkem hodnoceny.

---

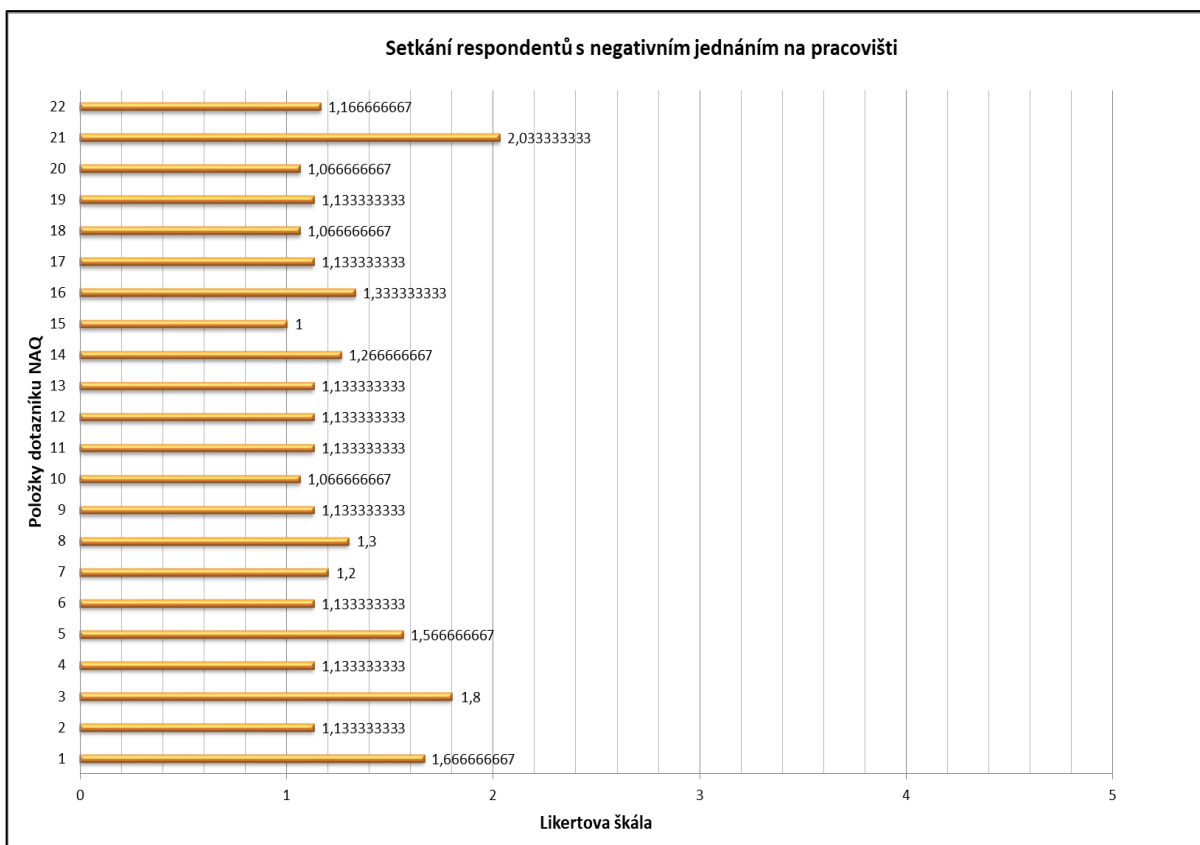
<sup>93</sup> ČAKIRPALOGLU, P. ŠMAHAJ, J. ČAKIRPALOGLU, S. D. ZIELINA, M. Šikana na pracovišti: reliabilita a validita českého překladu revidované verze dotazníku negativních aktů-NAQ-R. *Ceskoslovenska Psychologie*, 2017;61(6), 546-558.

<sup>94</sup> ZAPF, D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 1999; 20(1/2), 70–85.

Tabulka 7 Behaviorální položky, hodnocené NAQ dotazníkem. Jednotlivé položky dotazníku jsou respondentem hodnoceny na škále od jedné do pěti, dle intenzity výskytu daného jevu.

Název položky	
1.	Někdo zadržuje informace, které ovlivňují Váš výkon
2.	Čelil/a jste ponižování a výsměchu v souvislosti s Vaší prací
3.	Bylo Vám nařízeno vykonávat práci pod úroveň Vaší kompetence
4.	Klíčové oblasti Vaší odpovědnosti byly odstraněny nebo nahrazeny nepříjemnými či bezvýznamnými úkoly
5.	Někdo proti Vám šířil pomluvy a fámy
6.	Byl/a jste ignorován/a, vyloučen/a či marginalizován/a
7.	Čelil/a jste urážkám či útokům na Vaši osobu (zvyky, minulost apod.,) postoje či soukromý život
8.	Křičeli na Vás, nebo jste byl/a terčem něčím vyvolaného hněvu
9.	Čelil/a jste zastrašování, jako je ukazování prstem, porušení osobního prostoru, strkání, zatarasení cesty apod.
10.	Narážky nebo poznámky ostatních, že byste měl/a dát výpověď
11.	Opakované připomínání Vašich omylů a chyb
12.	Byl/a jste ignorován/a či jste čelil/a negativní reakci, když se objevíte
13.	Trvalé kritizování Vaší práce a snažení
14.	Ignorování vašich myšlenek a názorů
15.	Kanadské žerty ze strany osob, se kterými nevyházíte
16.	Obdržení úkolů s nemožným či nesmyslným cílem, termínem
17.	Neopodstatněné obviňování
18.	Přehnaná kontrola Vaší práce
19.	Nátlak nežádat něco, na co máte nárok (dovolená, nemocenská apod.)
20.	Byl/a jste terčem nadměrného vysmívání či sarkasmu
21.	Byl/a jste vystaven/a nezvladatelnému množství práce
22.	Čelil/a jste výhrůzkám násilí či skutečnému fyzickému násilí

Graf na obrázku 10 názorně dokladuje výsledné hodnoty, které jsou získány výpočtem aritmetického průměru hodnot odpovědí respondentů. Hodnoty jednotlivých odpovědí jsou přílohou „C“ této disertační práce.



Obrázek 10 Frekvence výskytu setkání respondentů s negativním jednáním na pracovišti. Na ose „X“ jsou znázorněny stupně Likertovy škály, na ose „Y“ hodnoty tvrzení respondentů v jednotlivých položkách NAQ dotazníku.

Získané údaje dokazují, že frekvence výskytu negativních aktů na pracovišti je sporadická. Většina hodnocených tvrzení se nedostává přes hodnotu 1,7 a to značí, že se tyto jevy na OUM vyskytují z hlediska respondentů velice zřídka. Nicméně je zajímavé, že nejvyšší hodnoty dosáhlo hodnocení tvrzení č. 21, týkající se pracovního přetížení, což je faktor, který se může negativně projevat na výkonu práce a je často zmiňován i v jiných pramenech. Jeho hodnota však rovněž není nikterak hraniční, kdy dosahuje na škále úrovně 2, což vypovídá o občasném výskytu tohoto fenoménu.

Samostatnou otázkou byla položka 23, která se zabývala výskytem mobbingu/šikany na pracovišti. Tato otázka byla všemi respondenty označena jako negativní, tedy že se nikdy s formou šikany na svém pracovišti nesetkali.

Celkově tak můžeme konstatovat, že tento dotazník neprokázal výskyt negativních jevů na pracovišti.

### 3.4 Škála skupinové atmosféry

Jak uvádí Hrstka (2012), tato metoda se používá na zjišťování skupinové atmosféry nebo převládajícího sociálního klimatu skupin. Je založena na principu sémantického diferenciálu. Od respondentů se vyžaduje, aby popsali atmosféru ve své skupině v sérii deseti bipolárních adjektiv, které jsou škálovány osmi stupni. Škálu znázorňuje tabulka č. 7.<sup>95</sup>

Tabulka 8 Hodnotící škála skupinové atmosféry dle Kollarika

	8	7	6	5	4	3	2	1	
<b>Srdečná</b>	Velmi srdečná	Vcelku srdečná	Dost srdečná	Méně srdečná	Trochu chladná	Dost chladná	Vcelku chladná	Velmi chladná	<b>chladná</b>

Touto škálou – Osgoodovým sémantickým diferencialem, respondenti hodnotí deset charakteristik jejich pracovního kolektivu. Tyto charakteristiky jsou použity jako dva protichůdné póly stavu, který je předmětem výzkumu – polaritní profil respondentů. Znění těchto charakteristik je znázorněno v tabulce č. 8.

Úroveň skupinové atmosféry (HS) může nabývat teoreticky hodnot od 10 do 80 bodů s tím, že čím vyšší je získaná hodnota, tím lepší skupinovou atmosféru vyjadřuje. Kollárik společně se Schnitzerovou (1986) také podali důkaz, že úroveň skupinové atmosféry souvisí s mírami pracovní spokojenosti.<sup>96</sup>

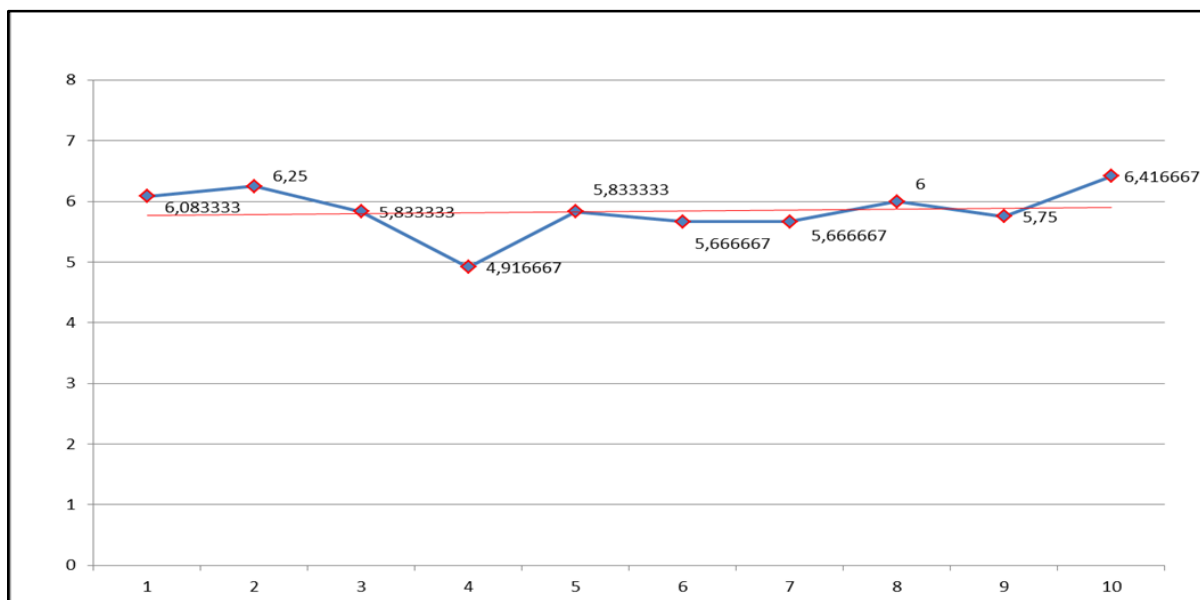
Tabulka 9 Charakteristiky skupinové atmosféry dle Kollarika

1	přátelská	nepřátelská
2	přijímající	odmítající
3	klidná	znervózňující
4	naděšená	zdechující
5	produktivní	neproduktivní
6	upřímné vztahy	vlažné vztahy
7	kooperativní	nekooperativní
8	zajímavá	nudná
9	podporující	lhostejná
10	úspěšná	neúspěšná

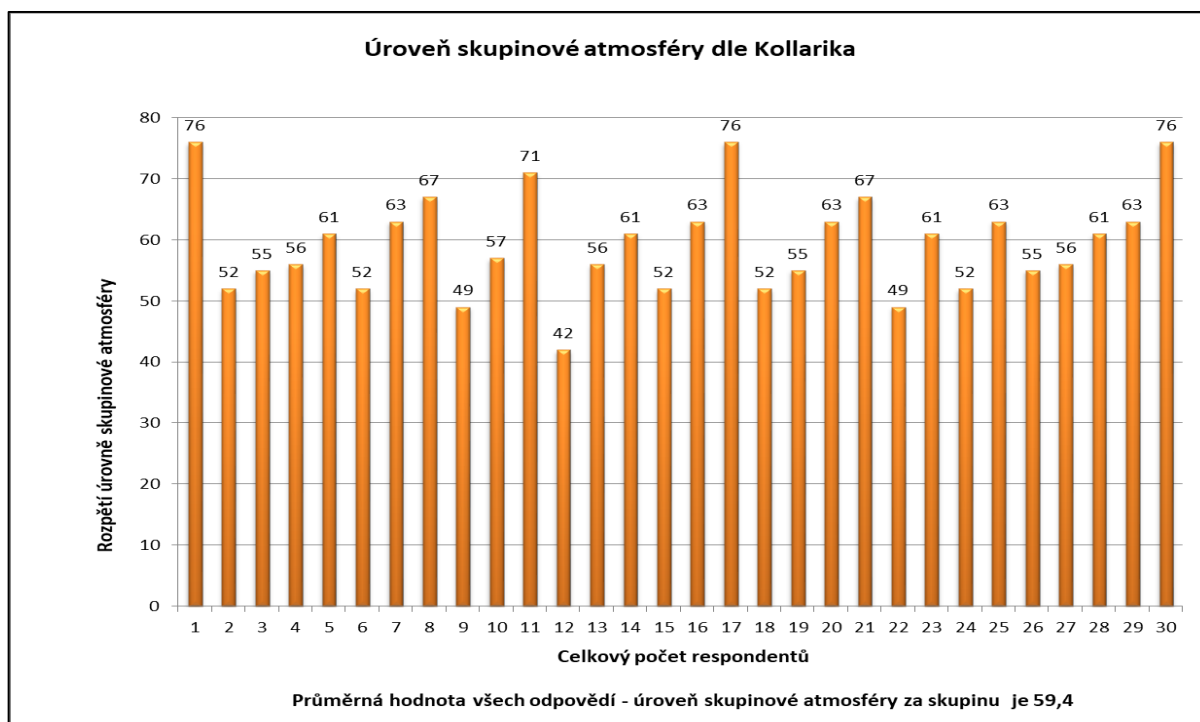
<sup>95</sup> HRSTKA, Z. Psychosociální aspekty zahraničních mírových misí AČR. Rigorózní práce, Univerzita Karlova, 2012. Dostupné online na <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/44780>

<sup>96</sup> KOLLÁRIK, T. Spokojnost' v práci, Bratislava, nakladatelství Práca, 1986

Graf na obrázku č. 11 znázorňuje průměrné hodnoty jednotlivých zjišťovaných komponent skupinové atmosféry. Lze z něj vyčíst, že hodnota většiny položek se pohybuje v rozmezí 5 a 6 bodů, tedy je v kladné části spektra. To značí, že skupinová atmosféra pracoviště OUM je ve většině aspektů vnímána pozitivně. Nejhorší skóre získala položka č. 4, určující míru nasazení a entusiasmů na pracovišti, dosahující hodnoty 4.92, což není negativní výsledek.



Obrázek 11 Hodnoty komponent skupinové atmosféry na pracovišti



Obrázek 12 Bodové hodnocení úrovně skupinové atmosféry na pracovišti

Obrázek č. 12 přehledně znázorňuje, jaká je vnímaná celková hodnota úrovně skupinové atmosféry. Je zjevné, že bodová hodnota odpovědí většiny respondentů je nad 40 body, což potvrzuje i zjištěný aritmetický průměr 59,4. To vypovídá o tom, že skupinová atmosféra je vnímána v kladném spektru škály a koresponduje i s průměrnými hodnotami jednotlivých komponent dotazníku. Datová matrice je jako příloha „D“ součástí této dizertační práce.

Lze tak vyhodnotit, že použitý dotazník prokázal, že respondenti vnímají skupinovou atmosféru svého pracoviště pozitivně, a že se neprokázal výskyt negativních komponent, které by tuto škálu výrazně ovlivňovaly.

### 3.5 Závěr psychologického šetření

Dotazníková baterie, jejíž výsledky byly prezentovány v předchozích kapitolách, byla použita za účelem potvrzení hypotéz, týkajících se pracovní zátěže sester a výskytu negativních faktorů, ovlivňujících jejich pracovní výkon na OUM.

Výsledky dotazníku nepotvrdily žádný z nastíněných předpokladů, tedy:

- psychický stav respondentů nevykazuje známky vysoké psychické zátěže,
- respondenti nejsou na pracovišti vystavováni negativnímu jednání, (ze strany nadřízených, pacientů, kolegů),
- respondenti nejsou ovlivněni svou pracovní činností a její náročností natolik, že to má negativní vliv i na úroveň skupinové atmosféry – kolektiv je ohrožen špatnými interpersonálními vztahy.

Hlavním úkolem těchto výsledků je doplnění údajů, které v konečném důsledku budou vytvářet konečný dojem z práce na OUM, zjištěný kvalitativním šetřením personálu tohoto oddělení, což bylo splněno. Nicméně tyto výsledky lze považovat za překvapivé.

Řada autorů jako Alhabri (2019), Babanataj (2019) či Davey (2019) poukazuje na fakt, že sestry pracující v exponovaných provozech, jako jsou oddělení JIP, ARO a OUM jsou vystaveny vysoké pracovní zátěži, která může být potencionována i negativním jednáním kolegů, pacientů či nadřízených. To se zákonitě musí odrazit i na celkovém pojetí atmosféry pracoviště.<sup>97,98,99</sup>

---

<sup>97</sup> ALHABRI, H. ALSHEHRY, A. Perceived stress and coping strategies among ICU nurses in government tertiary hospitals in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Annals of Saudi medicine*, 2019;39(1), pp.48-55.

<sup>98</sup> BABANATAJ, R. MAZDARANI, S. HESAMZADEH, A. GORJI, M.H. CHERATI, J.Y. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *International journal of nursing practice*, 2019;25(1).

<sup>99</sup> DAVEY, A. SHAMA, P. DAVEY, S. SHUKLA, A. Is work-associated stress converted into psychological distress among the staff nurses: A hospital-based study. *Journal of family medicine and primary care*, 2019;8(2), p.511.



Tento předpoklad se u kvantitativního výzkumu sester OUM nepotvrdil. Podle zjištěných údajů sestry OUM nejsou vystaveny žádným stresorům, které by u nich mohly vyvolávat projevy pracovního přetížení a tak se nepotvrdil výskyt faktorů, které negativně působí na výkon jejich práce a které by bylo vhodné z manažerského hlediska řešit.

## 4 Výsledky - Kvalitativní výzkum personálu OUM

Chaos vždy vítězí nad řádem, protože je lépe organizován.

*Terry Pratchett, spisovatel (1948-2015)*

Kvalitativní šetření bylo realizováno jako primární výzkumná metoda této práce. Metodou kvalitativního šetření byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). Jde o metodu, která dle Willigové (2013) poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu, než jiné kvalitativní přístupy. Tento způsob byl zvolen proto, že umožňuje pracovat s tazatelem – výzkumníkem jako s osobou, která má obdobnou zkušenost, jako participant.<sup>100</sup> Dle Smitha (2004) výzkumník prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy a přitom i uvědomuje, že v tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníková zkušenost, jeho pohled na svět a interakce mezi ním a participantem.<sup>101</sup> Lze tedy souhlasit s Řiháčkem, Čermákem a Hytychem (2013), kteří tvrdí, že předchozí zkušenost výzkumníka není nic, co by vadilo v kvalitním provedení výzkumu, ale naopak jde o faktor, který umožňuje správné pochopení zkoumaného fenoménu. Subjektivita je tak vnímána jako přednost, která umožňuje vstup do zkušenosti participanta. Z povahy IPA tak vyplývá, že samotná osoba výzkumníka se stává v průběhu bádání participantem. Je však nutné mít neustále na zřeteli, že závěry, vzniklé cestou IPA jsou vždy dočasné a prozatímní.<sup>102</sup>

### 4.1 Realizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Předem připravený podklad pro vedení rozhovoru byl strukturován tak, aby obsáhl všechny oblasti, které se mohou u participantů nějak dotýkat kvality výkonu jejich práce na OUM. Cílem nebylo pouze popsat jejich dojem z aktuální situace na OUM a z výkonu jejich pracovních činností, ale šlo o zmapování chodu OUM jako celistvé organizace, a to od počátku jejich příchodu na toto oddělení až do současnosti. Záměrem práce bylo odhalení všech možných faktorů, které ovlivňují chod tohoto oddělení, a to jak negativně, tak i pozitivně.

---

<sup>100</sup> WILLIG, C. Introducing qualitative research in psychology. McGraw-hill education (UK), 2013.

<sup>101</sup> SMITH, JA. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 2004, 1.1: 39-54.

<sup>102</sup> ŘIHÁČEK, T. ČERMÁK I. HYTYCH R. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013.

Samotný rozhovor měl nosnou kostru tvořenou deseti tematickými okruhy otázek, které společně vytvářely ucelený soubor.

Samotná realizace výzkumu byla prováděna v období let 2017 a 2018, což bylo dáno časovou vytížeností respondentů. Všichni probandi souhlasili s vedením rozhovoru a s využitím získaných informací pro potřeby výzkumu této dizertační práce. Veškeré poskytnuté informace mají důvěrný charakter.

Realizace byla prováděna dle zásad, charakterizovaných Miovským (2006).<sup>103</sup> Účast informantů byla dobrovolná a měli právo kdykoliv rozhovor ukončit či na otázky neodpovídat. Celý výzkum byl veden anonymně. Rozhovor byl veden v přátelském duchu, tak, aby se dotazovaní cítili pokud možno příjemně. Vzhledem k časové vytíženosti probandů byl problém s dodržením shodné hodiny konání rozhovoru, ale i tento faktor se podařilo dodržet.

Rozhovor byl veden mimo prostor OUM, v prostředí které nenavozovalo asociace na práci na „Emergency“ a toto prostředí bylo pro všechny probandy shodné. Délka rozhovorů byla cca. 90 minut a všechny byly nahrávány na záznamové zařízení. Všichni respondenti byly sdílní a neměli problém s žádnou s položených otázek. Bylo potřeba individuálního přístupu k jednotlivým informantům, což bylo dáno charakterovými rysy a schopností interpretovat myšlenky. Určité obtíže vyvstaly pouze v přípravné fázi rozhovorů, kdy se ukázala nízká motivace pracovníků OUM k provedení tohoto interview. Odmítnutí rozhovoru bylo vždy vysvětleno obavou ze zneužití poskytnutých informací.

I přes tyto komplikace bylo provedeno celkem 11 rozhovorů, kdy 4 informanti byli lékaři, 5 respondentů bylo sester a 2 informanti byli zdravotničtí záchranáři. V tomto okamžiku došlo k teoretickému nasycení – saturaci a odpovědi již nepřinášely nové informace k zvolenému tématu. IPA studie obvykle pracují s nižším počtem probandů, což bylo realizováno i v rámci této dizertační práce.

Ve výzkumném souboru byly zařazeny všechny zdravotnické profese, které se podílejí na poskytování zdravotní péče na OUM. To je dáno faktem, že ačkoliv je téma dizertační práce zaměřeno na sestry, nelze jejich činnost v rámci OUM zcela oddělit od činnosti ostatních členů zdravotnického týmu. Toto oddělení je charakteristické vzájemnou spoluprací a specifickou strukturou zdravotnického týmu a což odůvodňuje rozhodnutí zařadit do výzkumu všechny reprezentanty zdravotnických profesí, působících v pracovním týmu OUM.

Rozhovor byl sestaven tak, aby vytvářel prostor nejen pro probanda, ale i pro tazatele, který hraje v rámci IPA rovněž důležitou roli jako participant. Úvodní část rozhovoru byla zaměřena

---

<sup>103</sup> MIOVSKÝ M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada publishing, 2006.

na to, aby informanti pochopili, proč jsou účastníci výzkumu a jaký je celkový záměr, což je Smithem, Flowersem a Larkinem (2009) vnímáno jako zásadní podmínka pro vedení úspěšného rozhovoru.<sup>104</sup>

#### 4.1.1 Analýza dat

Rozhovory byly zaznamenány pomocí záznamového zařízení. Následně byly fixovány pomocí přepisu do písemné podoby v programu Microsoft Word, a poté s nimi bylo v této podobě dále pracováno. Přepsaný materiál byl obsažen na 180 stranách textu. Nebyl prováděn jiný, např. vizuální záznam. Analýza dat byla realizována dle Hardinga (2018) pomocí softwaru Atlas Ti, který umožňuje v digitální podobě kompletní analýzu kvalitativních dat, tedy tyto kroky:

- kódování,
- archivace kódovaných dat,
- propojování dat,
- komentování dat,
- vyvozování závěrů, verifikace,
- budování teorie,
- grafické znázornění, mapování.<sup>105</sup>

Textový soubor byl fragmentován dle jednotlivých kódů, které byly přiřazovány jednotlivým odpovědím. Těchto kódů bylo vytvořeno 67. Kódy vznikaly postupně v rámci průběžné analýzy textu, s tím, že byly definovány jako jednotící názvy toho, o čem probandi hovořili. Pro jejich snazší kategorizaci a další analýzu textu byly kódy zařazeny do jednotlivých kódových skupin, v programu Atlas Ti označených jako „Families.“ Tyto kategorie svým rozsahem pojímaly všechny oblasti, které dle respondentů ovlivňují chod a pracovní výkon na OUM. Tato témata se objevují i v rámci procesu samotného kódování, kdy jsou tvořeny témata, které byly informanty vyprávěny a které byly v rámci polostrukturovaného rozhovoru otevřeny. Jde o tyto kategorie:

- 1) Počátky práce na OUM
- 2) Uspokojení z práce na OUM
- 3) Nespokojenost (všeobecná)

---

<sup>104</sup> SMITH, JA. FLOWER, P. LARKIN, M. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. London: Sage publications, 2009: 346-347.

<sup>105</sup> HARDING, J. Qualitative data analysis: From start to finish. SAGE Publications Limited, 2018.

- 4) Efektivita zaměstnanců OUM
- 5) Interpersonální vztahy na OUM
- 6) Management práce na OUM
- 7) Návrhy na zlepšení práce na OUM
- 8) Práce sester
- 9) Pracovní zátěž

Po označení fragmentů záznamů rozhovorů kódy bylo provedeno jejich mapování vzájemného propojení a analyzování jejich významů, konsekvencí a vzájemného doplnění. Cílem byla interpretace stále stejného příběhu, který byl prezentován každým probandem, a to pokaždé z jiného úhlu pohledu, s jiným důrazem na subjektivně důležité skutečnosti. Snahou bylo nalézt styčné plochy a shodné prvky, které se jako příslovečná Ariadnina nit vedou všemi rozhovory tak, aby na jejich základě bylo možno odpovědět na položené výzkumné otázky.

Jak píše Řiháček, Čermák a Hytych (2013),<sup>106</sup> výzkumné otázky v rámci IPA nepochází ze studia odborné literatury, ačkoliv teorie pomáhá identifikovat téma, které dosud nebylo zkoumáno. Proto lze souhlasit se Smithem, Flowerem a Larkinem (2009), kteří definují výzkumnou otázku jako dotaz, který určuje, jak daný jednatel či skupina prožívá či vnímá danou situaci, popř. jaký jim dává smysl. Proto byly výzkumné otázky v rámci této dizertační práce položeny takto:

- Jak personál vnímá celkově odbornou úroveň OUM?
- Jaké má personál zkušenosti s mezilidskými vztahy na OUM?
- Jakou má personál zkušenost s pracovní zátěží na OUM?
- Jak je personálem vnímán způsob organizace práce na OUM?

Otázky mají za úkol zjistit, jak je informanty vnímáno být součástí pracovního týmu OUM a jaké jsou aspekty práce na tomto oddělení. Jejich všeobecné vyznění dává prostor pro práci s probandy v rámci jednotlivých rozhovorů a individuálnímu pojetí každého z nich. Umožňují konečné zevšeobecnění získaných dat tak, aby bylo možno je dále použít k stanovení všeobecné zkušenosti s daným fenoménem a stanovení doporučení, vedoucích k možné optimalizaci práce na OUM.

---

<sup>106</sup> ŘIHÁČEK, T. ČERMÁK I. HYTYCH R. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013.

Samotná interpretace rozhovorů kombinuje perspektivu tématu s perspektivou respondentů. Témata byla převedena do narativní podoby, kdy byla doplňována komentáři a citacemi informantů. Interpretace byla jasně rozlišena od citace probandů tak, jak to popisuje Smith a Osborn (2008).<sup>107</sup>

#### 4.1.2 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru

Během realizace výzkumu a analýzy získaných informací se objevilo několik okolností, které ovlivnily samotný koncept a celkové vyznění práce.

Jako zásadní se ukázala potřeba hluboké anonymizace celé práce. Původní koncept s tímto vůbec nepočítal, kdy práce byla původně zamyšlena jako analýza stavu na konkrétním pracovišti a jako vodítko k možnému dalšímu cílenému šetření a následné realizaci opatření, která by tento zjištěný stav optimalizovala. Tento předpoklad se ale ukázal jako chybný.

Vzhledem k tomu, že příprava výzkumu byla zahájena již v roce 2013, nebyly reflektovány změny, které sebou přineslo Obecné nařízení o ochraně osobních údajů,<sup>108</sup> známé také jako GDPR. Toto nařízení, které vešlo v platnost v roce 2016, zásadním způsobem ovlivnilo nakládání se získanými údaji a vedlo k rozhodnutí provést hlubokou anonymizaci práce tak, aby nedošlo k porušení pravidel ochrany fyzických osob v souvislosti se zpracováním jejich osobních údajů.

Součástí disertační práce tak není souhlas s provedením výzkumu na cílovém pracovišti. Ten byl sice schválen a řádně podepsán všemi interesovanými stranami, nicméně z hlediska GDPR nemůže být v této práci zveřejněn a je tak pouze k nahlédnutí u autora práce.

Anonymizace je také v kontrastu s použitou metodou výzkumu, tj. interpretativní fenomenologickou analýzou. IPA je metodika, patřící do skupiny kvalitativního výzkumu, tj. není možno její výsledky zevšeobecňovat a vytvářet z nich obecné zákonitosti pro zkoumaný fenomén. Anonymizace však vyznění této práce k zevšeobecnění směřuje. Tento kontrast se tak negativně podepisuje na celkové úrovni práce.

Anonymizace se negativně odráží i na práci s citačními zdroji napříč celou prací. Zejména v rámci SWOT analýzy, která je vytvořena na podkladě informací konkrétního pracoviště a která

---

<sup>107</sup> SMITH, JA. OSBORN, M. Phenomenological analysis. In *Doing Social Psychology Research*, John Wiley & Sons, 2008. ISBN 9780470777091

<sup>108</sup> Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Dostupné online na: <https://gdprinfo.eu/cs>

je stěžejní součástí charakteristiky tohoto oddělení. Díky ochraně osobních údajů a konkrétních dat je velmi obtížné získaná data a tvrzení dokládat dle zásad „evidence based practice“ a „evidence based nursing.“

Součástí dizertační práce je i kvantitativní výzkum personálu oddělení, který je však proveden na nízkém počtu respondentů, což může vést k dojmu nízké výpovědní hodnoty a validity získaných dat. Počet respondentů však byl dán počtem pracovníků na OUM, kdy tabulkové počty tvořili limit pro počet do dotazníkového šetření zahrnutých osob. Vzhledem k tomuto nízkému počtu osob nedošlo ani k hlubší analýze výsledků psychologického šetření, zejména porovnání různých souvislostí mezi jednotlivými zjištěnými fenomény.

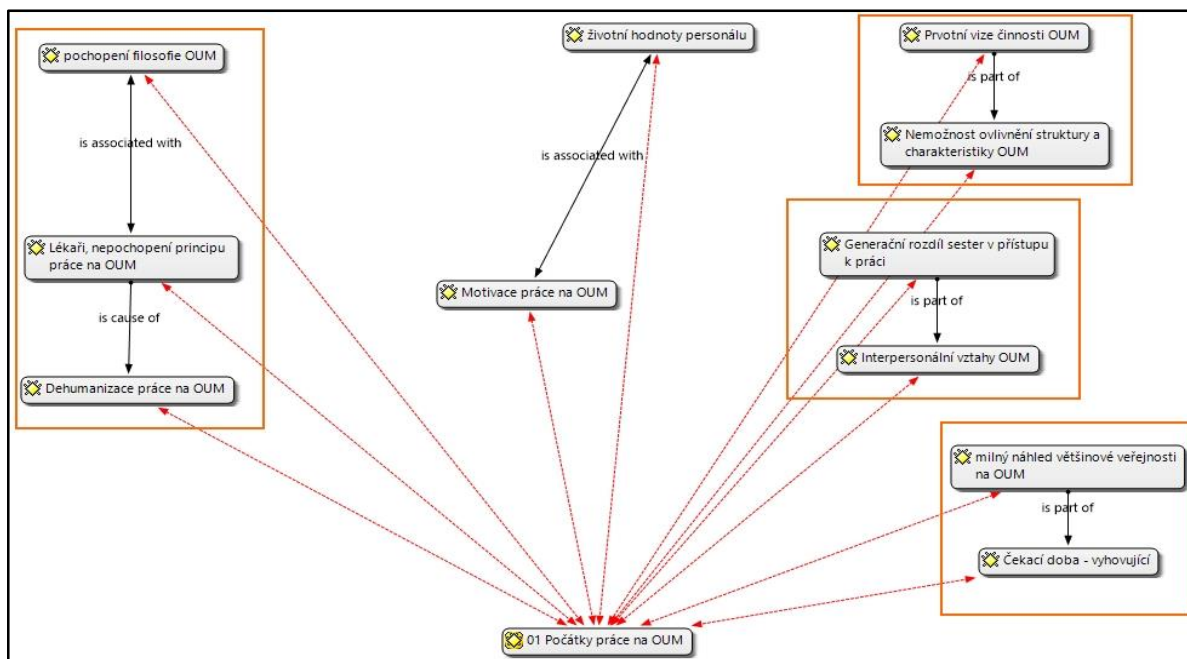
Ačkoliv jsou výstupy psychologického šetření považovány pro tuto práci dostatečné, nelze je využít bez propojení s daty, získanými právě cestou IPA. Pro samostatné využití je jejich informační hodnota nedostatečná, a pokud by mělo být využito těchto údajů v budoucích výzkumech, je nutno tuto dotazníkovou baterii rozšířit i na pracovníky jiných oddělení urgentních příjmů tak, aby počet respondentů byl odpovídající metodikám kvantitativního výzkumu.

## **4.2 Interpretace rozhovorů**

### **4.2.1 Počátky práce na OUM**

Tato kategorie je východiskem pro pochopení, co bylo pro informanty hlavním stimulem k práci na OUM. Vypovídá o jejich životních hodnotách, motivech a očekáváních, se kterými vstupovali na toto pracoviště. Jde o důležitou část spektra faktorů, které formovaly jejich přístup k práci, k vytvoření pracovního kolektivu a zákonitostí, tonuto kolektivu vlastní. Jde ve své podstatě o počátek popisovaného příběhu, který vypráví o tom, jak OUM začalo, jaké obtíže bylo nutno při jeho spuštění překonat a jak se to odrazilo na pracovnících, kteří tuto dobu zažili. Rovněž je to ale zahájení příběhu těch, kteří již na OUM nastoupili později, v okamžiku, kdy již bylo vše nastaveno a kdy se museli srovnat s podmínkami, které nijak nemohli ovlivnit.

Vztahová mapa na obrázku 13 prezentuje, jaké kódy definovaly tuto kategorii.



Obrázek 13 Mapa kódů kategorie „Počátky práce na OUM“

Tato kategorie je definována zejména motivací, která informanty vedla k tomu, že se rozhodli pro práci na specifickém oddělení, jako je „Emergency.“ Motivace je takovým středobodem celé kategorie a prolíná se i dalšími, které budou definovány v dalších kapitolách této práce.

Všichni informanti se shodli na tom, že na OUM nastupovali s pocitem hledání nové cesty, nových možností. Týká se to jak nelékařského, tak lékařského personálu. OUM bylo vnímáno jako něco nového, něco dobrého, co pomůže jak systému, tak i jednotlivcům. P1 uvedl, že ho k tomuto kroku dovedl „*naprosto zoufalý stav na I. interně*“. Obdobnou motivaci měl i P4, který doslovně uvedl, že příchodem na OUM chtěl... „*...zdrhnout. Zdrhnout za každou cenu z interny. Kamkoliv.*“ Tyto pocity jsou znát u všech respondentů, jejichž původní pracoviště byla interní klinika. Zajímavé zjištění bylo i to, že samotná interní klinika se k počátečnímu projektu OUM stavěla odmítavě, jak potvrzuje P7: „*tomuhle projektu my jsme nevěřili, na interně.*“

Rozdílné vnímání OUM a motivaci mají informanti, kteří přišli z jiných částí FN, popř. jiných zařízení. Ti zejména poukazují na očekávání vysoké odborné úrovně OUM. P11 uvádí, že jde z jeho pohledu o oddělení, kde má pocit, že se naučí nejvíce a práce ho baví. U všech respondentů lze vysledovat několik shodných rysů – všechny uspokojuje práce ve zdravotnictví, všechny lákala náročnější odborná práce a práce na OUM pro ně znamenala změnu, jak v profesním, tak osobním životě. Všichni informanti pozitivně vzpomínali na své začátky na oddělení: „*No tak to bylo takový, takový nevídaný, no. Všechno na jedný kopě,*



*všechno pro dobro pacienta a hlavně nebylo tolik práce jak je teďka a když jako dorazil pacient záchrannou službou, tak prostě se kolem něj děli věci, no. Voni ty lidi byli nemocný, dělaly se tam na emery prostě výkony, dělaly se kardioverze, dělalo se všechno, co na kreš, tak to byly polytrauma, co na internu to byly infarkty, embolie a ten pacient se zajistil co grunt a frčel na to oddělení, že jo. To bylo.“*

Způsob práce byl i determinant výběru personálu na OUM: „*My... jsme přijali, to bylo takový výběrový řízení, jako že se teda vyhlásilo, že se přijímaj do emergency, to jsme dělali já a X., vždycky někdo přišel, my jsme mu osvětlili, že aby měli nějakou představu co to emergency vlastně je, že jak říkal ještě pan ředitel, je to ambulance v Třebši a přesně tak to je, že jo. Že 80% je kravin a 20% je vážnějších stavů, takže ať si nemyslej, že budou prostě opravdu, že to bude jak Chicago Hope že budou ošetřovat jednoho a budou zachraňovat životy. Takže spousta lidí tady ze začátku pochopila, že ta práce není pro ně. Takže třeba odešli, protože říkali, ne, takhle jsem si to nepředstavovala, druhá věc, že tady bylo takový, že ty sestry byli namíchaný chirurgický a interní.“*

Počátek Emergency byl hektický a byl poznamenán tím, že se jednalo o pracoviště, kde neexistovaly předchozí zkušenosti z toho, jak takové oddělení organizovat a vést: „*...na začátku to bylo pěkný a těžký. Ze začátku to byla válka proti všem a potom to bylo pěkný. Všichni v té nemocnici věděli, že to bude na hovno, že to bude špatný, že by to mělo být jinak. Moc lidí nebylo ochotno přiložit ruku k dílu, aby se na tom nějak podílelo. Naštěstí tam byli vizionáři typu ředitele a náměstků, který nad námi drželi ochrannou ruku. Dělali nám nějaký rámeček a dělali nám mantinely hlavně organizační, v kterých jsme se mohli pohybovat. Bylo to i o tom, že se tvořil rozpočet, že v podstatě se moc nevědělo, jak to bude, a v tom rámci si myslím, že jsme se snažili to udělat úplně... A bylo to moc pěkný. Tím jak byli všichni proti nám a každý se vlastně pokoušel...“*

Je zde určitá frustrace z toho, že počáteční nadšený stav na Emergency se zcela logicky změnil. Otázkou zůstává, jak jsou tyto změny vnímány. Jak píše Kanter (2006) je lidskou přirozeností se změnám bránit, i když jsou běžnou součástí života.<sup>109</sup> Informanti poukazovali na problémy, které z jejich úhlu pohledu pramenily z nepochopení principů OUM. Tento trend je zřejmý zejména u nelékařského personálu. Lékaři takto radikální ve svém hodnocení nejsou. Nicméně sestry poukazují hlavně na to, že lékaři nepochopili princip práce a to se negativně odráží na celkovém chodu oddělení. Dokládají to i tyto citace: „*To oddělení, to je úplně nový obor,*

---

<sup>109</sup> **KANTER, RM.** Innovation: The classic traps. Harvard Business Review, 2006, 84(11):72.

vzniknul tím, že se to tady otevřelo a jako neprošlapaná cesta a v podstatě nám do toho zasahovalo názorově spousta lidí, profesorů, který už normálně nedělaj medicínu a vyjadřovali se k tomu lidi, kteří nikdy nedělali akutní péči podle mýho. Takže taková jakoby nejasnost kompetencí, nejasnost toho, co se tady má vyšetřovat, respektive se tady furt mluvilo, že jsme bezprahový, nízkoprahový, vysokoprahový, nikdo nevěděl, co to doopravdy je, takže to bylo jakoby náročný, ale téma létama se vykryštovalo to, co by to mělo dělat.“ Tato citace dokládá, jaký pohled mají na vývoj situace názor lékaři. Sestry se na to dívají rozdílně: „Kdyby to fungovalo tak, že ano, tam by neměl být prostor na to s téma lidma... Kdysi na stáži, dorazil člověk, udělalo se, co se mělo v rámci urgentu a buď ten člověk byl na odvoz domů, odchod domů, nebo prostě na příjem. Ted'ka ten člověk je i na domů nebo na příjem, stejně tam leží 5 hodin. A za těch pět hodin stejně chodíš za ním, on chce čůrat, on chce tohle, tamto...“ Mezi nelékařským personálem převládá názor, že se poslání Emergency oddaluje od původního záměru, tj. akutní medicíny o život ohrožující stavy a rychlého příjmu pacientů, kteří to vyžadují. Dochází tak k názorovým neshodám a to se pochopitelně musí odrážet i na interpersonálních vztazích na oddělení. Sestry zejména poukazují na to, že díky nepochopení základních principů OUM dochází k určitému odlidštění péče o pacienty. Zase je otázkou, zda to není pouze logický vývoj, který je dán vysokým počtem pacientů a časovou náročností poskytované péče. T4 o tom říká: „...systém práce, kterej tam je nastavenej, asi ne úplně přející k tomu, abyste ty zkušenosti získávali. Pokud se po Vás chce, aspoň ze strany vedení, systémově, abyste trávili s tím pacientem tolik času. Což je na jednu stranu jako fajn, na druhou stranu, aspoň z mýho pohledu, to popírá filosofii urgentního příjmu.“ Pocit dehumanizace je spojen s filosofií chodu velmi silně, jak dokládá tento citát: „Jo a ty lidi tam ležej a čekaj na tom oddělení dokavad' nemaj všechny ty náběry a výsledky a kultivace a hemokultury a všechno nabraný, tak nejsou ochotní si toho člověka ani vzít. Takže to je jeden, druhej, třetí, čtvrtěj. Čtvrtěj odejde, pátého pustěj, šestěj, sedmej, osmej, devátej, osmej jede na příjem, ten devátej tam leží 24 hodin a takhle to prostě jde a jde a jde a za 12 hodin je prostě takováhle pásová výroba. Podle mě.“

Pro zaměstnance je důležité se také ztotožnit se svým pracovištěm, mít pocit sounáležitosti. V počátcích byla možnost a šance ovlivnit dílčí rysy chodu tohoto oddělení a tím se stát jeho integrální částí. Bohužel se nepodařilo tuto šanci využít plně. Prvotní vize činnosti OUM byla vnímána osobami, odpovědnými za start oddělení, velice pozitivně. Na počátku byla vize, za kterou se celý pracovní tým vydal. „Je pravda, že jestli si někdo myslí, že jsme do toho mohli nějak moc zasahovat, tak to jsme jako nemohli. Tam byl prostě daný pláněk, jak to bude vypadat

*a my jsme si v podstatě řídili jenom to vybavení jako takový. Byli jsme v Bruselu, podívat se na ty emergency, jakým způsobem to tam funguje. Aby jsme si tam trošku nějaký mustr vzali, abychom věděli jak pacienta chceme mít. Hlavně z důvodu toho provozu. Jak nastavit? Jak postavit to a to? Sesterskej, lékařskej, já nevím a tak dále. Že jsme nějaký prostě nějakou vizi měli s tím, že to bude prostě rozdělený na tu chirurgickou část a interní, personál....“*

Vedení oddělení mělo od začátku jasnou představu, jak oddělení bude vypadat a jak se bude do budoucna profilovat. Bohužel, zdá se, že zde selhal faktor komunikace s podřízenými, kdy je evidentní, že zejména sestry nechápou pojetí Emergency, díky absenci vysvětlení celkové filosofie chodu pracoviště tohoto typu. Z pohledu sester oddělení OUM není zaměřeno na urgentní medicínu a bohužel nedochází k pochopení, že se jedná o pracoviště, fungující jako centrální příjem, kterým před příjmem prochází každý pacient FN a že toto oddělení tak bylo od začátku koncipováno.

Rozdíl je i v pojetí práce sester. Lékaři jsou vázání jasnými pravidly a procesy, které musí dodržovat, nicméně u sester je znát rozdíl mezi těmi, které jsou na OUM od začátku a které na něj nastoupili až po nějaké době. Má to vliv jak na výkon samotné práce, tak i na vztahy mezi personálem všeobecně. Jak říká P3 „*To jsou ty koně, který jsou tam jako těch 10 let už jako co je ta emery, ale to je... Jako já jsem ten člověk, který prostě dělá. Já tu práci mám i tak ráda. Jo, a my jsme tam dvě a ona, ten kůň desetiletý, dělá tak na 50% a já jsem ten typ, který jako, já to neskousnu, pak já dělám 100 svých a plus i těch 50. Už těch 100% mých je už nad těch 100 zvládnutelných, takže já jdu 100 plus ještě 50, za tu kolegyni, která by to měla dělat, ale nedělá to, já to chci mít jako pořádně, chci to mít jako v klidu, tak si to takhle dělám a prostě se honím, honím a místo 100% to pak vychází, že pak dělám 200%.*“ Projevuje se to, že sestry mají odlišný přístup k výkonu své práce i vzhledem k době, strávené na OUM a pocitu určitého stereotypu. Je zde i rozdíl, který je dán délkou práce sester s lékaři, kdy starší, délesloužící sestry přišli na OUM z ambulancí, kde se setkávali s lékaři, kteří posléze začali na OUM sloužit také a již spolu uměli komunikovat. V prostředí OUM, tedy exponovaného pracoviště, zde pak vyvstává rozdíl mezi těmito služebně staršími a zkušenějšími a služebně mladšími, ale zapálenými a entuziastickými. P5 k tomu říká toto: „*Ty mladý holky s nima nepracovali, navíc oni jsou na ně prostě odměřený, protivný, oni se jich bojeje, prostě, že jo a nejde to.*“ Generační rozdíly jsou na každém pracovišti a jde o přirozenou věc. Na druhou stranu, mladší sestry svou nezkušenost vyvažují pracovitostí, jak znovu potvrzuje P5 : „*...ty mladý chvála bohu jsou výborný, to, jsou snaživý prostě, snažej se a ne to, oni právě některý z těch starejch na ně nasazujou, ale ať si sáhnou do vlastního svědomí. Oni se snaží a ono víš co, ono ty mladý ta*

*práce tady ještě pořád baví. “ Problémem je chybějící střední generace, která by fungovala jako nárazníkové pásmo mezi staršími a mladšími a fungovala by jako pojící prvek s pochopením pro obě strany. „Když ono to je těžký. Ty tu máš taky takový zvláštní spektrum toho personálu, ty tady máš ty svý koně, který jsou tu od začátku a pak tady máš ty mladý a ta střední generace ale tady vymizela trošičku, viz třeba co byli stejně starý jako já, protože já když sem přijdu tak znám jen tu XX a spol. a ty mladý jako vůbec. “*

Všeobecně lze říci, že začátek byl pro starší sestry zajímavější, kdy zažily jakousi „pionýrskou dobu“ OUM, která formovala jejich přístup k věci. Mladší sestry tuto možnost neměly, a proto je jejich začátek práce složitější. Na druhou stranu tento svůj handicap vyvažují svou snaživostí, na rozdíl od sester starších, které často hřeší na svou zkušenost a pocit jistoty, plynoucí ze zajetých stereotypů.

Důležitým faktorem je také náhled veřejnosti. OUM je oddělení unikátní, které má specifickou pozici v systému zdravotní péče. To, jak je oddělení vnímáno veřejností se také odráží na způsobu práce vlastního personálu. Je tedy otázkou, zda veřejnost vůbec rozumí důvodům vzniku OUM a tomu, kdy a jak možností a kapacit Emergency využívat. Bohužel, dojem a zkušenost personálu o náhledu veřejnosti na OUM a jejich práci není pozitivní. Vypovídá o tom citát P1: *„My tady furt řešíme to, jak bysme měli zlepšit péči o zdraví národa změnou fungování emergency. Vůbec se tam neřeší to, že pacienti mají zcela zkreslený pohled na emery, očekávají od něj něco nereálnýho a oni to pak i vyčítaj, protože oni jsou očkovány růžovejma zahradama a modrým kódem a podobnejma hovadinama, kdy oni nemají vůbec nějaký reálný vnímání toho, vod čeho emergency je, a proč je situace taková, jaká je“.* Většinová veřejnost vnímá Emergency jako jedno z dalších oddělení, poskytující lékařskou pohotovost. Informovanost veřejnosti o smyslu OUM a druhu činností, které se tam odehrávají, jsou ovlivněny masmédií, a protože jde o pracoviště, kde dochází k souběhu jak stavů urgentních, tak neurgentních, často dochází i ke konfliktu mezi pacienty a personálem. Velkým tématem jsou čekací doby ambulantních, neakutních pacientů. Personál tento problém vidí z několika úhlů: *„Ono je to asi i o inteligenci a celkové úrovně toho člověka... S tím se asi nedá nic dělat, bohužel. Ale to je i tím, že tady 50 let komunisti vtloukali lidem do hlavy, že na všechno je tabletky, stará se stát, ne člověk. S tím my nic neuděláme, ale bohužel to je to dědictví, se kterým my pracujeme potom na tom Emergency. Ty lidi v té čekárně očekávaj rychlou pomoc, za svého minimálního úsilí. “*

Problematika čekacích dob rezonuje po celou dobu činnosti OUM. Je pochopitelné, že pacient je člověk, který je z nějakého důvodu v určité disbalanci a očekává co nejrychlejší pomoc. Faktem ale zůstává, že je obtížné veřejnosti vysvětlit způsob kategorizace a určování priorit

ošetření, což opět vyvolává napětí. Z pohledu personálu se na tom podepisuje i pozůstatek výchovy veřejnosti minulým režimem. „*Já je vždycky, když někdo brblá, seznámim s tím, jak to funguje ve světě. Většinou jsou velice překvapený. Když jsem stážíval v Harringtonu, což je centrum velký jako sviňa, tak tam i ve chvíli, kdy jsi měl standartní pojištění plně hradící, tak jsi čekal hodiny, jen ti, co měli opravdu pojištění extra speciál, anebo přišli s nabitou portmonkou tak šli dřív, v rámci nějakýho standartního programu, a ti, co měli něco, co jde nazvat český zdravotní pojištění, takový ti obyčejní, ti klidně leželi 8 hodin před emergency s prostřeleným břichem.*“

Z názorů personálu vyplývá, že je zde velký prostor pro zlepšení informovanosti a tím i přístupu veřejnosti. „*Pokud chceme zlepšit spokojenost pacientů s čekacíma dobama, necht' je uvedeme do kontextu. Pokud mají někde dvě nebo čtyři hodiny čekat, prosedět ten čas v čekárně, proč nenatisknout nějaký brožurky jako My jsme emergency, tady se Vám představujeme, víme o tom, že čekáte a je to proto! A pokud tam budou ležet tady ty papíry, vůbec není od věci, když tam bude základ personálu jako sester a doktorů představený, bude tam psaný co vlastně očekávat, na co maj a na co bohužel nemaj nárok a vysvětlení, že třeba na odběr krve se čeká dvě hodiny prostě proto, že to dřív udělat technicky prostě není možný, jim to něco naznačí a my se pak nebudeme hádat, a oni k nám půjdou připravení na to, co je čeká.*“ Je iluzorní předpokládat, že konfliktní situace tímto zcela ustanou, ale jistě by se ujasnila role jednotlivých účastníků léčebného procesu, tedy jak čekajících pacientů, tak personálu a pokud by lidé měli pocit dostatečného množství informací o aktuální situaci, jistě by čekací dobu snášeli lépe. Nutno ale podotknout, že čekací doba na OUM je z hlediska lékařů vnímána jako dostatečná i přes to, že subjektivně vnímají její prodloužení. Toto potvrzuje P4: „*Je to můj subjektivní pocit, na časy jsem se nekoukala. Ale ano, mám pocit, dřív bylo to, že když tam byl člověk dvě hodiny, tak jsi měl pocit, že už je tam dlouho. Dneska tři, čtyři hodiny jsou standart. Takže 4 hodiny pobytu na pracovišti urgentní medicíny. Ať už v čekárně, nebo někde jinde, ale než je prostě vyšetřenej do toho, co je zadanej do počítače a kdy je ukončenej to trvá standardně minimálně tři hodiny. Málokdy se to stihne rychleji, pokud to teda není člověk, kterej ihned jede nahoru, třeba na katlab.*“

#### Shrnutí kategorie č. 1:

S ohledem na výstupy kategorie č. 1 lze říci, že personál je silně motivován k práci na OUM. Personál má vnitřní hodnotový žebříček nastaven tak, že je plně uspokojuje práce na takto exponovaném pracovišti a to zejména proto, že jde o pestrou práci s širokou paletou působností a možností pomoci pacientům. Na druhou stranu je zde stále vnitřní problém s pojetím péče na

OUM, kdy nelékařský personál zcela nechápe úlohu tohoto typu pracoviště v řetězci poskytování zdravotní péče. Tento nesoulad v pojetí práce se odráží i na mezilidských vztazích, zejména mezi sestrami a lékaři. Sestry vnímají negativně i způsob poskytování zdravotnické péče, a to ne z pohledu odborné stránky věci, ale spíše stránky lidské, což je podstata ošetrovatelství. Tento faktor je na OUM díky vysokému průtoku pacientů silně potlačen. Dalším problémem je generační nesoulad, kdy nelékařský personál mezi sebou vnímá rozdíly v pojetí přístupu k vykonávání práce. Služebně starší sestry mají odlišný náhled na problematiku než služebně mladší, které nezažily zahájení činnosti OUM. Chybí zde střední věková vrstva personálu, která by fungovala jako mezičlánek a mediátor.

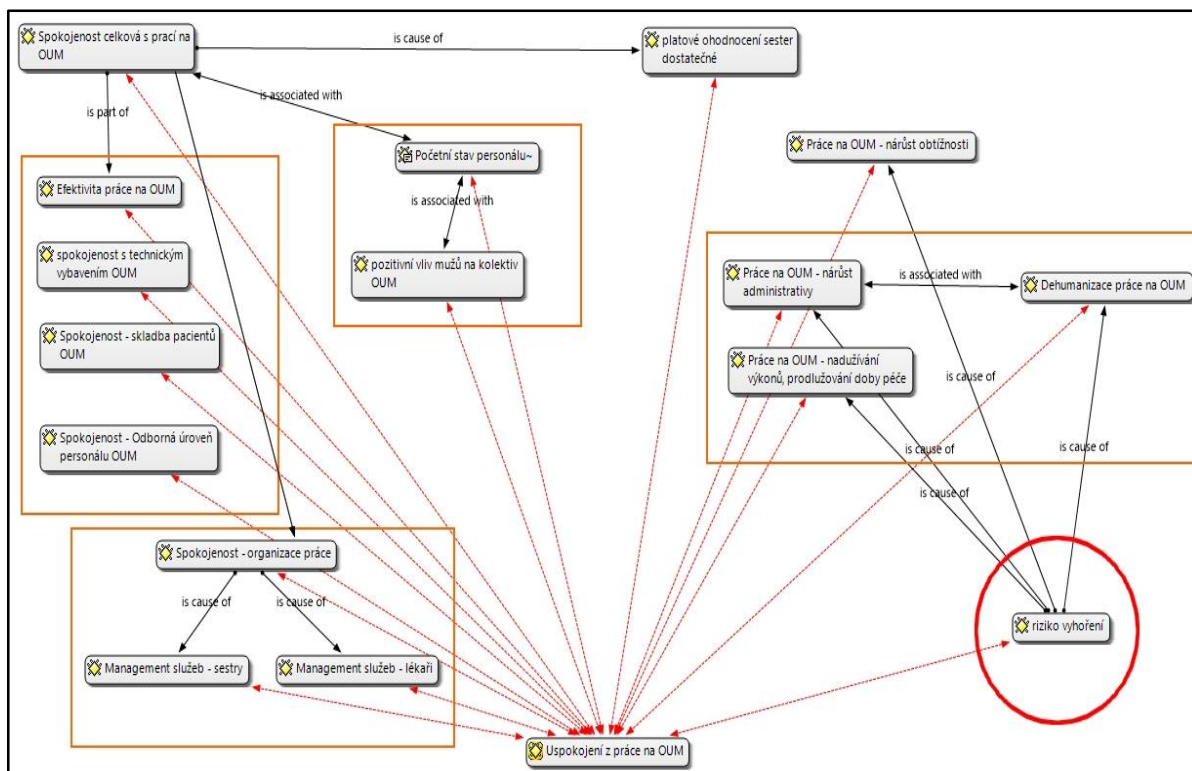
#### 4.2.2 Uspokojení z práce na OUM

Kvalita práce je úměrně spojena s uspokojením. Uspokojení patří mezi vnitřní motivační faktory a je nezbytné pro kvalitní výkon práce. Pokud jej chceme nějakým způsobem ovlivnit, jeden z prvních faktorů, na které je nutno se zaměřit je to, zda jsou zaměstnanci dostatečně uspokojení z práce, zda v nich práce vyvolává pozitivní vazbu a naopak zda se v pracovním prostředí nevyskytuje prvek, bránící uspokojení a vyvolávající frustraci, znechucení. Jak zmiňuje např. Surynek, u každého jednotlivce může pocit uspokojení vyvolávat jiný faktor, nicméně je důležité tyto faktory odhalit a podporovat tak, abychom jejich prostřednictvím navýšili i angažovanost pracovníka v pracovním procesu.<sup>110</sup>

Z pohledu zdravotnického personálu OUM jde o citlivé téma. Strukturu této kategorie názorně prezentuje vztahová mapa na obrázku 14.

---

<sup>110</sup> **SURYNEK, A.** Hodnota práce a kvalita života. In: Sborník z mezinárodní konference Svět práce v globalizované ekonomice. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. 2007. p. 184-91.



Obrázek 14 Mapa kódů kategorie „Uspokojení z práce na OUM“

Kódy v této kategorii lze rozčlenit do několika oblastí, které umožňují snazší interpretaci tohoto fenoménu. Mapu je možno rozdělit na dvě poloviny, kdy jedna definuje faktory, vedoucí k uspokojení, druhá ale poukazuje na faktory, které mohou při delším působení na jedince vést až k syndromu vyhoření.

Velmi důležitý je fakt, že práce na OUM je pro všechny z všeobecného hlediska uspokojující. Všichni respondenti se shodli na tom, že finanční ohodnocení personálu je na vyhovující úrovni a ačkoliv je téma platů zdravotnického personálu velmi časté, v případě OUM nepatří k těm, které jsou řešeny na prvním místě. Respondent P5 k tomu říká: „*Já prostě nevím, kolik maj na standardech, ale zas vím, že tady třeba že asi to emery je nejvíc placený. Protože máme jak rizikový příplatek, tak máme emergency příplatek. Nechám proplácet přesčasy, když maj. Někdo o ně nestojí, chce je radši si vybrat v náhradním volnu, někdo radši míň služeb, toleruju to, respektuju to, nemám problém s požadavkama, aby tady pracovali.*“

Velký vliv na problematiku finančního ohodnocení má to, že OUM je součástí FN, a proto jsou platy zdravotníků vyšší, než v nemocničních zařízeních, které nejsou státní. Dokládá to i tvrzení informantů: „*...všechno se točí o těch penězích a furt se říká, že bude málo. Jako že ty sestry stejně maj málo. Jako v globálu. Ale je pravda, že tohle je fakultní nemocnice to je jedna věc a je pravda že třeba v Náchodě ...To je přesně ono, hele a jezďej mi sem sestry z Brna z Prahy a*

*říkaj, že tady mají ty sestry víc než někde v Brně U Sv. Anny nebo holky byly někde v Praze a budou mít větší peníze ještě než tam... “ Nicméně, peníze jsou sice důležitým, ale zcela jistě ne jediným faktorem, ovlivňujícím spokojenost zaměstnanců. Ta je dle mapy dále definována několika na sebe navazujícími oblastmi. Jako první je spokojenost s efektivitou práce na OUM. Jde o to, jak personál vnímá vlastní výkon práce, jak z jejich pohledu je organizován samotný pracovní proces a zda to, jakým způsobem pracují, je prospěšné pacientům i zdravotníkům. Jde o velmi složitou skupinu kódů, které budou rozebrány i v následujících kategoriích.*

Většina personálu se shodla na tom, že z jejich úhlu pohledu není způsob práce nastaven ideálně, ale v podmínkách českého zdravotnictví a hlavně prostředí FN je učiněno maximum. Nikdo nezpochybňuje úlohu Emergency jako oddělení, pouze je poukazováno na rostoucí množství práce, které je nutno stále zvládat za stálé nutnosti zachování kvality poskytované péče. *„...to, jo, to samozřejmě, je to rychlý dovyšetření, protože samozřejmě, protože my ho tady vocad' vlastně posíláme přes RTG, přes CT jo a odběry, je to všechno rychlejší. Jako pro toho pacienta je výhodou, že tohle oddělení existuje, protože tady můžeš udělat opravdu a jako když nevíš, tak dovyšetříš. Jako adekvátně, že je nepošleš na oddělení, jak se to dělalo před tím, kde se bude tři dny přemejšlet, no a pak se na to pošle. Jako tady to uděláš rovnou.“* Emergency funguje jako příjmové a třídící oddělení, to znamená, že filosofií oddělení je profiltrovat množství pacientů tak, aby se na cílové pracoviště dostal pacient, která na něj opravdu patří a to v co nejkratším čase. Proto je na OUM navázána i činnost specializovaných center, jako je traumatologické centrum či iktové centrum, což je personálem kvitováno s pochopením. S tímto propojením ale také narůstá spektrum požadovaných pracovních úkonů a hlavně množství pacientů, kteří často nejsou vnímáni jako ti, kteří na toto oddělení patří. P7 k tomu říká: *„My tady máme po ruce úplně všechno kromě magnetický rezonance. To je jakoby v pořádku, jen se obávám toho, že se tady nabaluje čím dál víc práce a jak je to jako i iktové centrum a sousta specializovaných a tak se to sem sváží a kapacitně se to nezvládá. Z mého pohledu je to přetížený, právě tím, že sem vozej lidi z celého kraje. Takže jak říkám, nevím, jak je to v těch jiných nastavený, je dobrý, že tady to doktoři nejsou vyčleněný jenom jako na crash, ale že prostě děláš ambulantní pacienty, děláš i crashový. V tomhleto je to asi dobrý.“*

Právě tato snaha o maximální efektivitu vede často k velkému zatížení personálu a průtok pacientů OUM je to, co respondenti vnímají jako limitní záležitost. Široké spektrum diagnóz a fakt, že FN je spádovým zdravotnickým zařízením, které koncentruje vysoký počet pacientů na jednom místě, je vnímáno jako faktor, vedoucí k neúměrné zátěži personálu. Tato zátěž není vyvolána náročností poskytované péče, ale množstvím pacientů, které OUM prochází. Pokud



je personál zatěžován, jeho pracovní efektivita není dlouhodobě udržitelná. Aby se předešlo možným pochybením, je nutno upravit systém práce tak, aby pracovní efektivitu podporoval. Proto je systém práce, který je na OUM nastaven, vnímán jako nejlepší z možných špatných. Celé to shrnul respondent P 7: *Myslím si, že to jakoby není úplně dobře nastavený, ale v rámci v podstatě toho jak tady v tý nemocnici věci fungujou, je to nastavený asi nejlíp, jak může bejt, v tuhle chvíli.*“ Nicméně systém práce je další z kódů, které jsou dále rozebírány podrobněji. Na tomto příkladu je evidentní vzájemná provázanost všech faktorů, které se tak navzájem výrazně ovlivňují.

Další otázkou je i spokojenost s materiálním vybavením oddělení, které je deklarováno jako jedno z nejmodernějších oddělení tohoto typu v ČR. Lze konstatovat, že v tomto případě není nikdo, kdo by poukazoval na nedostatky, plynoucí z nedostatečného materiálního vybavení či, logistické podpory. Velice pragmaticky to zhodnotil informant P1: *„Řekněme si to na rovinu, emergency má za prvé neskonale lepší přístup k akutním vyšetřením, ultrazvuky, CTčka, magnety, bla bla bla., všechno okolo...“* To, že OUM je oddělením fakultní nemocnice, která je nejvyšším zdravotnickým zařízením dané oblasti, se na materiálním vybavení OUM výrazně odráží. Personál všeobecně oceňuje, že nemusí v okamžicích, kdy jde v rámci poskytované péče o čas, řešit situace, plynoucí z nedostatku spotřebního materiálu či nedostupnosti některého z vyšetření. Je to v přímé souvislosti s předchozím kódem, týkajícím se platového ohodnocení. FN je zdravotnické zařízení, které má jako zřizovatele Ministerstvo zdravotnictví České republiky a je vázáno standardy a předpisy, které mají za úkol udržení maximální kvality péče, což je možno splnit s adekvátním finančním rámcem. V této oblasti není personálem OUM vnímán žádný problém a nevede k žádné formě frustrace.

Mnohem rozporuplnější je oblast spokojenosti se skladbou pacientů, kteří na OUM přicházejí. Je zde několik názorových proudů, které jsou dány jak pracovním zařazením, tak pracovními zkušenostmi a celkově pozicí v hierarchii OUM. Již v předchozích citacích zaznělo, že se personál dělí na dva názorové proudy, které jsou ovlivněny pochopením filosofie OUM.

První proud chápe skladbu pacientů a principy, které jsou na oddělení aplikovány. Rozumí pojmu bezprahové oddělení a nemá problém se spektrem pacientů, kteří na OUM přicházejí. U této skupiny není množství pacientů a hlavně skladba jejich diagnóz vnímána jako limitující faktor. Je ale zajímavé, že se s tímto dokáží více ztotožnit lékaři, než nelékařský personál. Vystihuje to toto tvrzení: *„Jako ten počet těch pacientů, víš co, jako ustálilo se to na těch 40ti, 45ti tisících ročně, jo takže prostě kolísat to bude. To jsme na to zvyklí, na ten tlak my jsme zvyklí, jo. Ta závažnost, co je z ambulancí, zpravidla není velká, ty záchranky jako spíš jsou*

vážnější. “ Tato skupina zdravotníků kvituje pestrost práce a i to, že možnost pomoci takovému množství a spektru pacientů naplňuje jejich potřebu seberealizace a pomoci druhým. Jak říká P4: *„Ta práce je pestrá. I když jde o pořad stejné pensum diagnóz, pořad je ta práce pestrá. Pořád jsou tam věci, co mě můžou překvapit, pořád mám pocit, že ta práce má smysl, že můžu těm lidem pomoci, je v tom adrenalin, je to jak z části ta základní interna, tak do toho ty akutní stavy, v podstatě i jipková péče, je to širší rozptyl, široký záběr práce. A ten adrenalin, ten tam svou roli hraje.“* Je to velmi úzce spojeno i s problematikou organizace práce, kdy lze konstatovat, že spektrum příchozích pacientů a způsob zajištění poskytování péče jsou spojené nádoby. Co spojuje oba názorové proudy, je to, že je tento způsob práce vysoce zatěžující na personál. S tím rozdílem, že tato skupina to vnímá jako benefit, udržující personál na odpovídající úrovni. *„To co se tady povedlo je, že je to bezprahový a že to je takovej ten "kejs mix", kterej opravdu odráží tu akutní klientelu. Od blbosti až po polytrauma. Pro ten personál, je to na jedny straně zatěžující, na druhý straně je to pořád udržuje v nějakým pohybu. V tom jak ty holky střídaj ty jednotlivý úseky, tak a, choděj i na tu pohotovost a choděj do recepce, tak jim to prostě dává nějakou...“*

Druhá skupina vnímá spektrum pacientů jako velmi limitující faktor jejich práce. Tento názorový proud je vlastní spíše nelékařskému personálu a vychází z praktických každodenních zkušeností během služeb na OUM. Tato skupina se neztotožňuje s pojetím OUM jako bezprahovým pracovištěm a je zde patrný i dluh managementu oddělení, který není schopen to personálu adekvátně vysvětlit. *„Sem má přijít jenom člověk, kterej je jakoby ohroženěj vitálně a v okamžiku, kdy přijde po svých, řekne, že je 14 dní zhoršenej, tak je tady jakoby povinností tý ambulance, kde je sledovanej, se o něj postarat. A ne to posílat sem na emergency. Ale protože síla těch interen je velká, tady v podstatě nikdo nechce mít problémy, si myslím, včetně jako managementu emergency, tak jako k omezení nějakých třecích ploch je to v podstatě nastavený tímhle způsobem.“*

Nelékařský personál není hierarchicky v takové pracovní pozici, aby byl schopen sám dekodovat filosofii chodu oddělení, a je ovlivněn subjektivními vjemy pracovní činnosti. Navíc se zde i projevuje nedostatečná komunikace v rámci zdravotnického týmu, kdy lékařský stav nedostatečně objasňuje ostatnímu personálu jak a proč je péče poskytována. Ačkoliv je deklarováno, že OUM je oddělení, kde je péče poskytována celým týmem, kde mají všichni jeho členové své nezastupitelné místo, nelékařský personál nemá rozhodovací pravomoc a nepodílí se na managementu této péče a je považován spíše za výkonnou složku. Proto je pro nelékaře obtížné se ztotožnit s aktuálním stavem a pochopit jednotlivé kroky, které se na OUM

v rámci poskytování péče vykonávají. Vystihuje to např. tento citát: „*Tady jakoby ty lidi měštnaj zbytečně a jednak ti ambulantní, který se daj jako odklonit z velký části velmi rychle a měštnaj tady lidi, který mají být přijatý naprosto jasně už podle anamnézy a tady se nabírají různý laborky a kontrolní laborky a ten člověk už svou anamnézou splňuje kritéria přijetí, jednoznačně. A zůstává to tady a tím jakoby nabejvá to zatížení oddělení, všech, holek, lůžek, ted' ty doktoři, když viděj, že mají v NISu jako dvacet lidí tak ono to normálně stresuje všechny, a to úplně zbytečně. Myslím si, že se ta péče dá dělat rychleji...*“ Aktuální spektrum a množství pacientů na OUM nesplňuje očekávání, které od tohoto druhu oddělení tato skupina pracovníků má.

Všichni se ale shodnou na tom, že tento poměrně široký diagnostický záběr a množství pacientů má obrovský dopad na odbornou erudici všech poskytovatelů zdravotní péče na OUM. Je zde vyžadován specifický přístup k práci a velká míra samostatnosti, která je dána nutností obsáhnout základy chirurgie, interny a intenzivní medicíny jeden okamžik. Lékařské hledisko je prezentováno tímto názorem: „*Tady to pracoviště je podle mě jako normálně světový, a je to prostě jinak, někde mají algoritmy. Konkrétně tady se podle mě hraje na klasické lékařské úsudek a zodpovědnost lékaře za své rozhodnutí. Což je tím těžší ze začátku a zas je to tím zábavnější, hodnotnější, podle mě to určitě taky určitě působí proti vyhoření...*“ Pestrost diagnóz a nevšednost, bránící vzniku stereotypu je jedna z největších deviz tohoto oddělení. Je to také využíváno jako jedna ze základních strategií boje s potencionálním rozvojem syndromu vyhoření u personálu. Rovněž již bylo poukázáno na to, že jde o jeden z hlavních motivačních faktorů práce lékaře na OUM. „*...tady získáš jakoby velmi rychle mraky zkušeností. Jo, a to je to podstatný, že tady vidíš člověka, jakoby udržuješ si diagnostickou rozvahu, kdežto když to přijde už na specializovaný ambulance tak jako první je spíš kardiologická a spíš myslíme na kardiologický věci, druhá iterna je spíš gastro, myslíme, že ty bolesti na hrudníku budou spíš od žáhy, jo přijde na GMK prostě tyhle příznaky říkaj zase...něco hemathorax, aha má lymfom?? Jo a nás to tady udržuje jakoby v dobrým, si myslím to, v dobrým vědomostním tom takovým jakoby záběru. Jo po tý stránce diagnostický. Plus ty manuální zkušenosti, jo, že tady když nejde něco píchnout, tak ho dáš intraoseál, výjimečně, jo, jdeš si píchnout centrá, jo, tohlencto je jako dobrý. To je ten největší asi užitek si myslím z toho.*“

Obdobně je to vnímáno i u nelékařského personálu, kde je rovněž značný tlak na udržení vysoké odborné erudice. Jde o oddělení, kde se snoubí dovednosti poplatné standartnímu oddělení, odborných ambulancí a pracovišť anesteziologie či intenzivní péče, což může fungovat i jako selektivní prvek u potenciálních uchazečů. Je zde tlak na manuální zručnost sester, společně

s jejich samostatností a odborným úsudkem. To na druhou stranu musí zákonitě i vyvolávat velký pracovní tlak, kterému musí nelékařský personál vzdorovat. Jejich odbornost je vyžadována a oceňována i lékařským stavem, který si kvalitu sester uvědomuje. Dokládají to tyto citace: *„Tak tady musí být jako extrémně zručný, ty sestry, musí jako... No nedělej asi o moc věcí víc než sestry jinde, ale musej to dělat dokonale. Pod velkým tlakem. Zajištění žilního vstupu, zejména na kreši, anebo na tý chirurgický části, to musí být prostě bezchybný. Všechny ty odběry, že jo, to musíš být jako chobotnice, a to musí být perfektní. Takže se to vůbec nedá srovnat s nárokama na sestru na standartním oddělení.“* V tomto ohledu je sestra opravdu vnímána jako plnohodnotný člen zdravotnického týmu. To s sebou však přináší i značnou odpovědnost. *„Tady jsou podle mě ty nároky na zručnost extrémní. A kromě toho musí mít teda erudici kromě odběrů a zajištění žilního vstupu, což je asi normální u sester, tak by měly zvládat i arteriální odběry, a je s výhodou když zvládají cévkování muže... No spousta oni toho musej umět...“* Samy sestry svou odbornost a nároky na ni hodnotí dle tohoto citátu: *„Takhle jako, si myslím, že ten člověk hodně získá. Páč jak jako píchá, dělá kolem těch lidí, i jsi u té zástavy a jako starý, mladý, děti, tlustý, jako jo, zkusíš si všechno. Koneckonců a jdou tam výkony prostě i ta nasogastrická sonda, jako se vším, všechno vidíš, všechno zažiješ, na tom kreši, pak asistuješ u toho hrudníku, jako nejseš operační sestra, ale víš co je prostě svorka a bla, bla a rozvírák a tak dále, odasistuješ si to, páč jsi zvyklej a takový, že si i poradiš, že ti to dá v rámci, nějaké jako takové ty jako diagnostiky, nebo jak si poradit doma nebo někde jinde.“*

Otázkou zůstává, zda to, co je nyní vnímáno, jako pozitivum nebude v budoucnu spíše viděno jako překážka. Vysoká odbornost, která je nyní oceňována, je vlastnost, která vzniká postupem času a je důsledkem určité výchovy vlastního personálu. Pokud bude odborná náročnost stále na této vysoké úrovni, může se stát, že personál takto vysoké nasazení nebude schopen dlouhodobě zvládat. Jde o dvousečnou problematiku, kdy pestrost a náročnost práce brání znechucení a apatii, vedoucí k vyhoření, na druhou stranu vysoké pracovní tempo, množství pacientů a zmiňovaná náročnost naopak může být iniciátorem procesů, které se mohou na pracovním výkonu negativně odrazit. Proto je také velice důležité se zaměřit na oblast spokojenosti se samotným způsobem poskytování zdravotní péče, a také s managementem práce na OUM.

Spokojenost s organizací práce je rovněž oblast, která personál polarizuje a která je rozdílně vnímána lékařským a nelékařským personálem. Navíc zde může v pozitivním a i negativním duchu působit schopnost vcítit se a pochopit odlišnost pracovního nasazení obou těchto

kategorií zaměstnanců, kdy je logické, že lékařský stav má odlišné představy a způsob služeb, než stav nelékařský – sesterský.

Co se lékařů týče, je zde několik náhledů na shodnou věc. Vše je ovlivněno místem výkonu služby. OUM je multioborové oddělení, kde můžeme nalézt ambulance jak chirurgické, tak interní, společně s expektačními lůžky. Dále je důležitým faktorem rovněž pracovní vztah lékařů k OUM, zda jsou kmenoví, či službu konající, spadající pod jinou kliniku. Jako jeden z hlavních benefitů je lékaři považováno to, že na pracovišti tráví tolik času, kolik je potřeba. Pracovní vytíženost není na takové úrovni, aby na pracovišti zůstávali lékaři i v době, kdy již mají po konci pracovní doby apod. P2 to komentuje následovně: *„Existují samozřejmě pracoviště, kde je to víc v klidu a existují pracoviště, kde to budou mít horší. Po deseti letech práce na tom svém předchozím pracovišti si opravu nemůžu stěžovat. Tý práce je tam sice relativně hodně, to bývá i jinde, velkou výhodou ale je filosofie dodržování pracovní doby. Tohle tam funguje, z mého pohledu. Možná ne dokonale, možná někdo bude nadávat na nějaký občasný překračování o desítky minut nebo třeba o hodinu, ale nejsou to prostě desítky hodin týdně.“* Jde o faktor, který je důležitý pro zachování spokojenosti a radosti z práce. Dělna práce je nastavena natolik kvalitně, že se eliminuje možné přetěžování a tím i potenciální vznik pochybení. Také je zde zřejmá jistá benevolence k zátěžovým situacím, které jsou s odděleními tohoto charakteru zákonitě spojeny. *„Záleží na úhlu pohledu. Ve chvíli, kdy si řekneme, že dochází k situacím, kdy by to mohlo být lepší, tak takových je tam dost. Na druhou stranu, pokud se díváš na emergency jako na pracoviště léčebně odsunového systému, tak tady k těm situacím bude zákonitě docházet. Na druhou stranu situace, kdy už dochází už k problémům velkým, ke kterým by docházet nemělo, tak k těm dochází relativně zřídka...“*

Z pohledu lékařů je i dobře nastavený systém kompetencí a spolupráce mezi lékaři a sestrami. Nikdo si není vědom nějakého zásadního problému, který by mohl systém služeb na OUM z tohoto ohledu ovlivnit. *„Ale on ten systém není nijak špatnej. Když to porovnáme opět zejména s jednou naší JIPkou, kde sestra uznává ordinace pouze od vedoucího lékaře, tak tohle oddělení jako nemá zásadní problém. Sice na sebe občas brbláme, fajn, maj toho sestry hodně, my jsme taky občas protivný. Ale jsou relativně dobře nastavený kompetence, nestává se tam takový to tohle máš dělat ty a tohle dělat nemám, jde víceméně o to, jak se to bude dělat, a hlavně kvalitně. Zásadní kompetenční spor o tom, kdo bude jaký výkon dělat jsem nezažil.“* Opět se zde dostáváme k pochopení filosofie samotného chodu OUM. Nastavení organizace práce plně koresponduje se zaměřením oddělení coby přijímacího portálu nemocnice. Vypovídá o tom i tento citát: *„No, pozitiva, jsou pro pacienta prostě jasný... Je to zjevný, jak široký spektrum*

*péče, od bezprahový, až po vysoce specializovaný na jednom místě, poskytovaný jedněma lidma, který v tom taky rotujou, tím se strašně moc stavů odhalí včasně... je tam spousta vedlejších odhalených závažných diagnóz.... A to je výhoda pro pacienta, no a pro mě, jako pro lékaře je to taky tímhle velice zajímavý. Je pro mě škoda, že při mým zařazení víc nezasahujeme do těch traumat, ale nechápu jako chybu toho pracoviště. Jinak je tam práce organizovaná účelně, kdybych nebyl voják v mojí pozici, pracovat tam by mi nijak nevadilo. Jako voják zase oceňuju, jak o ty traumata se tam pečuje, já mám prostě možnost chodit na tu chirurgickou část....“*

Odlišný pohled má nelékařský personál, nicméně na to již bylo poukázáno dříve. Pokud nejsou respondenti ztotožnění s filosofií Emergency jako takovou, je jasné, že se budou obtížně ztotožňovat i se způsobem a organizací práce. Na druhou stranu ale jejich pohled, který není ovlivněn nosnou myšlenkou vyššího cíle OUM, může přinést i nové a neotřelé myšlenky. Sestry jsou ovlivněny tím, že mají delší, dvanáctihodinové směny, které jsou mnohem více zatěžující. Navíc se nepřekrývají střídání směn lékařů a sester, naopak každá odbornost má změny služeb v jiný čas. Lékaři končí standartní směnu klasicky po osmihodinové službě a na jejich místo nastupují službu konající kolegové, zatímco sestry se točí v dvanáctihodinových pravidelných intervalech. Proto své služby vnímají jako mnohem více zatěžující a náročnější. Nejlépe to hodnotí tento komentář: *„Hele když máš mít dvě denní po sobě na interně, to je... To je prostě večer plná láhev vína a jako to nedáš. To když už jsou jakoby na tý interně, tam se to dělí teďka, že jako jsou dvě na lůžka, jedna je na ambulanci, tak když to takhle vychází, že jsi ten den na interně, tak si to domluvíš, že jdeš jeden den na ty lůžka druhý den na tu ambulanci, že děláš prostě jako trošku jinou tu práci. Je to dobrý tak je to takový jako rozmanitější. No je, no. Fyzicky furt lítáš a psychicky je to spíš na houby, jako pro mě bylo to chování těch lidí jako silně demotivující. Jako neumějí zdravit, neumí poděkovat, neumí se chovat..“*

Lékaři mají velkou výhodu v tom, že jich je v tuto chvíli poměrně velké množství a jsou schopni se navzájem v práci podpořit. Je to evidentní zejména na interní části, kde je v klasické službě až osm lékařů najednou. Pak se nabízí otázka produktivity práce lékařského stavu. Pokud přijmeme premisu, že pro navýšení úrovně kvality daného lékaře je nutný daný počet pacientů, se kterými přijde do kontaktu a získá tak zkušenosti s jejich léčbou, zvýšení počtu lékařů znamená snížení tohoto počtu. Jak komentuje informant P4: *„Systém práce, kterej tam je nastavenej, asi není úplně přející k tomu, abyste ty zkušenosti získávali. Pokud se po Vás chce, aspoň ze strany vedení, systémově, abyste trávili s tím pacientem tolik času. Což je na jednu stranu jako fajn, na druhou stranu, aspoň z mýho pohledu, to popírá filosofii urgentního příjmu.“* Otázkou tedy zůstává, zda navýšení lékařů nad určitou kritickou mez není pro oddělení

tohoto charakteru kontraproduktivní. P4 o tom dále pokračuje následovně: „*Jedna věc je to, jestli trávíme s tím pacientem tolik času, protože to je v uvozovkách naší neschopností to udělat rychleji, otázka kolik je to dáno tím, že je to nutný, myslím si, že z části je to obojí, pak je to o tom, jak rychle dokážeš vytěžit toho pacienta, jak rychle dokážeš zjistit, co dělat a jak zefektivnit svoji práci, aby tam ten člověk nebyl tak dlouho. To jsme jistě částečně schopni ovlivnit.*“ Souhrnně ale lze konstatovat, že lékařské služby jsou z pohledu lékařů nastaveny správně a lékařům vyhovují. To, jak se odrážejí na jejich odbornosti či na kvalitě poskytované péče je ale rovněž hodno našeho zájmu a vyplyne to dále v naší analýze. O spokojenosti lékařů se systémem práce vypovídá i tento citát: „*I když je to náročný na ten personál, tak je to koncept, který jako jediný podle mého názoru má smysl. Protože jakmile začneš ty lidi selektovat před vstupem, tak je tam velikánský riziko toho, že ti někde zabloudí někdo, kdo tam být nemá. Těch lidí, kteří šli na tzv. LSPP a měli třeba i koronární syndrom je docela dost. A pořád je to o tom, že sice na LSPP chodí blbosti, ale mezi těma blbostma každá padesátá je stav, který je závažný. Možná i častější.*“

Management služeb lékařů je zajímavý i z hlediska pracovní zkušenosti daného lékaře. Jsou zde opět dva názorové proudy, které zastávají opačné stanoviska a které obhajují okolnosti, mající zásadní dopad na celkový chod oddělení. Na jedné straně je OUM bráno jako pracoviště, kde je vysoká fluktuace různých pacientů a proto je to ideální prostředí pro růst mladých lékařů. Proto se z klinik s velkou oblibou posílají neatestovaní lékaři na Emergency do služeb, tzv. na zkušenou. Otázkou je, jaký to má dopad na kvalitu poskytované péče.

Jeden názorový proud hájí ideu, že na oddělení tohoto typu je kontraproduktivní mít neatestované, nezkušené lékaře. Jednak se to odráží na délce práce na jednotlivém pacientovi a jednak je to limitující i pro navazující personál OUM, který tvoří funkční tým. Pěkně to shrnul informant P10: „*Ve chvíli, kdy je tam ten provoz náročnej a je tam mladej doktor, kterej má navíc minimum zkušeností, je rozdíl, když je to člověk rok dva po škole a už něco trochu ví a něco jiného, když je to člověk dva měsíce po škole. Neumí napsat ještě ani infuzi a tenhle člověk, když tam je a je zrovna náročný provoz, tak je to spíš o průser. O průser, o zdraví pacienta, průser pro doktora jednoho i druhého. Stran provozu, bezpečnosti provozu a hladkosti provozu by bylo s výhodou, kdyby tam byli spíše atestovaní doktoři, kteří ví, co dělají, jsou samostatné jednotky, potřebují občas nějakou radu, kdy se poradí mezi sebou, nebo s někým zhora, ale jinak jedou samostatně a jsou schopni odbouchat lidi a postarat se o ně kvalitně, než když je tam starý a mladý doktor, starý musí toho mladýho hlídat a když je tam moc lidí, tak se starej z toho může zbláznit, a ještě je to o kejhák, že ten mladej, když se něco přehlídně, zapomene,*

*nebo mladej něco neřekne, a pacienta to může stát zdraví, nebo život. Říkám, dva úhly pohledu.* “ Na druhou stranu je nutno si uvědomit, že neexistuje moc oddělení, jež umožňují to co OUM, tedy koncentrovat na jedno místo takové spektrum pacientů tak, aby byli řešeni komplexně a s jistotou toho, že díky multidisciplinarity týmu bude řešen adekvátně. To jsou cenné zkušenosti pro všechny mladé zdravotnické pracovníky, nejen pro lékaře. Emergency má navíc pozitivní vliv na budoucí spolupráci s lékaři, kteří si tímto oddělením prošli a pochopili, že jeho charakter je velmi specifický. Opět k tomu řekl P10: *„Je to typické u těch mladých doktorů, tam strašně jde vidět, že dokud neslouží na emery, tak jsou oprsklí jak.... Jsou drzí, mají tisíce dotazů, tisíce vytáček, tendence diskutovat o tom, školit nás jak malý Jardy po telefonu, a jestli opravdu to a ono, dokud tím neprojdou. Pak se většina z nich zklidní. Trochu jiný je to.... Rozdíl je v tom, kde slouží primárně. Začínají sloužit u nás, začínají sloužit i jinde primárně a nejdřív slouží u nás a až potom na oddělení. Například na gastru slouží na oddělení až po dvou letech. A tam je zase poměrně známé, že lidi, kteří začínají sloužit oddělení, nejprve sloužili dole a po jisté době mají tendenci zapomínat na to, jaké to dole bylo a jak to tam funguje, přestože tím sami prošli.* “ Tato problematika zasahuje také do sféry interpersonálních vztahů, které budou interpretovány v dalších částech této práce.

Druhý názorový proud zastává ideu, že oddělení by mělo být obsazeno zejména zkušenými lékaři, kteří jsou schopni reagovat rychle a adekvátně, tudíž na oddělení nevznikají prostoje a nestagnuje průchod pacientů, což potvrzuje i dříve použitý citát respondenta P10. Je ale pravdou, že ideální řešení je někde uprostřed, kdy OUM funguje jednak jako školící zařízení, což je i jedna z jeho primárních úloh, ale na druhou stranu se na jeho chodu podílí i zkušení lékaři (a další personál), který zajišťuje vysokou kvalitu poskytované péče.

Zatímco na interní části je OUM již plně obsazena kmenovými lékaři a pouze do služeb chodí lékaři z klinik, což může a nemusí být vnímáno jako benefit, na chirurgické části je nastaven zcela odlišný systém výkonu práce. Kmenoví chirurgové jsou na OUM pouze dva, a veškerou činnost tak zastávají lékaři z chirurgické kliniky, ve spolupráci s operačními příslužbami. Bohužel se to negativně odráží na přístupu k pacientům, kdy ačkoliv technicky je chirurgický úsek rychlejší částí OUM, rizikem toho, že lékař bude odvolán k výkonu na sál a je nutno řešit za něj náhradu se často doba ošetření zejména u ambulantních pacientů prodlužuje. Navíc je zde problém s tím, že dva z lékařů, kteří pracují na interně, jsou původně chirurgické atestace, což je zejména sestrami vnímáno negativně. Svě k tomu řekl např. informant P5: *„...na tý interně je strašně doktorů, na chirurgii pak je jeden a já teda nechápu proč (jméno) a (jméno), jsou prostě chirurgové, proč třeba nejsou nastálo na chirurgických ambulancích? Nerozumím*



*tomu systému my a chirurgie. Oni nám dodávají z chirurgie lékaře, fajn, ale proč teda ty naše jsme nechali na interně, a proč když teda vidí, že na tý chirurgii je 20 lidí, proč třeba nejde dělat i ty úrazy. Víš, takhle s tou chirurgií je to domluvený, že si musej zavolat, ten chirurg, dalšího z chirurgie lékaře, kterej většinou třeba tam je někdo z mladejch a dělá jim dozor. No a ti staří, tyhle ty nepřijdou.“*

Bohužel, většina nelékařského personálu ani nevidí snahu vedení o vyřešení této situace. Často bylo respondenty poukazováno na to, že tým, jak chirurgové spadají pod chirurgickou kliniku a jsou tak vázáni i prací na odděleních této kliniky, odráží se to na čase, který musí strávit mimo OUM. Ze strany internistů je snaha o co nejvyšší počet lékařů, zařazených pod Emergency jako kmenových, ale ze strany chirurgické kliniky se toto vůbec neděje. P8 k tomu říká: „...co tady je kámen úrazu, je to, oni choděj na sál u těch chirurgů, tady zůstane potom jeden, ty lidi tady čekaj, samozřejmě, operační služba, kterou některý holky, prostě zavolaj někoho, ať jim jde pomoci, jo? Někdo ti jde, ty řeknou, proč by chodil, ať si to ten mladej zvládne sám, ti mladí doktoři se bojejí i si je sami zavolat, „půjdeš mi pomoci?““. Důsledkem je stagnace úrazových pacientů v čekárně a tím i jejich nespokojenost s dostupností zdravotní péče. Je otázkou, zda by ale byla spolupráce s chirurgickou klinikou, coby garantem chirurgické péče, na kvalitativně vyšší úrovni, kdyby byli chirurgové stálým stavem OUM.

U managementu služeb nelékařského personálu je situace diametrálně odlišná. Sestry (potažmo zdravotničtí záchranáři) jsou všichni stálým stavem OUM, tudíž nepodléhají služebně žádné další klinice. OUM je oddělení malé, nicméně má ve struktuře svou vrchní sestru, která za činnost nelékařského personálu odpovídá. Nicméně díky velikosti tohoto oddělení zde již nejsou žádné staniční sestry, které by rozmělnily strukturu pracovních směn a usnadnily chod jednotlivých pracovních týmů. Lze konstatovat, že OUM nemá problém s počty sester, který je v dnešní době vlastní většině oddělení nemocnic napříč ČR. P5 k tomu říká: „...ted'ka se řeší personální situace, protože v tý nemocnici je taková jaká je a ty sestry nejsou, už tady ty problémy my nemáme, myslím si, že ač třeba samozřejmě tady není všechno růžový, problémy tady jsou, tak ta práce je tady zajímavá a ty sestry se tady držejí. Druhá věc je, co je tady drží je to, že není tady ta dokumentace, která je prostě příšerná, takže to je taky obrovský plus.“

Sestry jsou organizovány do dvou pracovních týmů, kdy jeden je na chirurgické části a jeden na interní. Oba tyto týmy fungují samostatně, bez ohledu na to, co se děje v sousední části OUM. Týmy jsou tvořeny sestrami, které se cyklicky posouvají v rozpisu služeb tak, jak stanoví vrchní sestra a tento systém, sice náročný na odbornou erudici sester, je všemi oceňován jako nejlepší možný. Je oceňován jak lékařským stavem, což vypovídá citát P1 – „Já ti to řeknu

*jednoduše, jako pro mě by to bylo výrazně pohodlnější, kdybych měl takovej pool těch sester, když si vezmu, že na interně často vidím, že ty sestry ta interna otravuje, hlavně ty co přišly z chíry, ty ta interna rozčiluje, nerozumněj tomu, nechtěj to dělat, je to smutný. Ale pak pokud by došlo k tomu, že by to bylo oddělený, nevím jestli by se jednak nezbláznily a jednak jestli by to nevedlo k řevnivosti, jo vy jste na chíře, vy toho děláte míň, já jsem na interně, já jsem víc přetížená, by se tam sežraly, peníze budou mít stejný, placený jsou od hodiny... za třetí nevím, jestli by neutrpěla nějaká odborná způsobilost. Jestli by ty na interně nebyl odepsaný na crashi, když by měly naklusat k polytraumatu a ty na chíře jestli by nebyly naprosto zdevastovaný ve chvíli, kdy by ten chirurg chtěl podat lék. To je otázka na někoho jinýho. Takže pro mě by to bylo pohodlnější, ale ne natolik, abych si tím vnitřně ospravedlnil narušení provozu...“ tak i stavem nelékařským, jak vypovídá P7: „Ne, to si myslím, že to točení je dobrý, jo jako ty holky se pak postaví k jakýmukoliv pacientovi, kdykoliv, jo je to v pořádku, akorát si myslím, že by tam mělo být trošku víc jako to školení, aby třeba čistě interní sestřičky, kterých je tady minimum tak jako neznaj podle mě věci ze sejta chirurgickýho jo. Takže když se pak otevře hrudník, jo tak ten chirurg si musí ukazovat, takhle jo, znaj toho dost, ale nejsou v tom kovaný, jo takže je dobře, že se to takhle jakoby protáčí. Třeba se naučej sádrovat, jo, ty chirurgický zase počítat už EKG taky líp než před lety, když už ví kam to dávat, to točení je v pořádku, pomůže to erudici.“*

Co je problém, který sestry vnímají jako velký, nicméně obtížně řešitelný, je samotný systém služeb. Sestry slouží ve dvanáctihodinových směnách, které sice mají mnoho výhod, jako je třeba vyšší finanční ohodnocení a teoreticky více volného času na domácnost, ale na druhou stranu je to velmi vyčerpávající systém, vyvolávající u sester značnou pracovní zátěž. Na OUM je zvykem psát služby v tzv. trojbojích, tedy opakovaných sériích směn, jako např. 3x denní, 3x noční, volno a znovu. To vše bez ohledu na den v týdnu či svátek. Respondenti poukazují, že je velmi obtížné v tomto systému plánovat dopředu své soukromé aktivity, protože pokud se stane něco, co tento systém rozhodí, obtížně se služby přepisují tak, aby byl splněn fond odpracovaných hodin a služby nekolidovaly se zákoníkem práce. P3, vzhledem k tomu, že pracuje i na jiném místě, k tomuto řekla: „*My ted'ka v práci, v tý mojí práci, máme režimové směnky, což je supr, že si můžu naplánovat něco na 2 měsíce dopředu. Že víš, že ten víkend, tam máš volno, stačí napsat „chci ponechat volno“, který ti jako náleží, v rámci režimu. Víš, že máš víkend, den, noc, noc, tak si tam nic plánovat nebudeš, a tím, že to máš den, noc, volno, volno, volno, den, noc, noc, volno, volno, den, den, noc a takhle v tom režimu, tak jsou dny, který si prostě odpočineš, naplánuješ si doktora, bla, bla a nejdeš z noční hnedka na denní, jo, my*

*nemáme trojboj – tři noční, tři denní, furt je to prostě den, den, noc.. nebo den, noc, noc, nebo tak. Na Emery jsou kolotoče furt... Víkendy... Přecházení z nočních na denní. Já když vidím, jako když se k tomu vrátím a jdu do těch služeb, jako holek tak je mi to jako líto.“*

OUM nepocítuje nedostatek nelékařského personálu. Spíše je obtížné vytvářet pro daný počet sester rozpis služeb tak, aby byly obsazeny všechny pozice v rámci jednoho pracovního dne, tj. 8 sester na jednu dvanáctihodinovou směnu. Jako řešení se jevílo vytvoření fixních týmů, to ale narazilo na odpor všech zúčastněných. P10 k tomu řekla: „ Nevím,, jestli je to daný tým, že jich je málo. Asi prostě jak to, spíš jako v tom počtu jak je jich hodně, tak je těžký napsat to pokaždý tak, aby to bylo v nějakým tom jakoby režimu jako v sledu. Jako když je jich jakoby 6 v práci, tak ty musíš napsat 6 sester atd. A nejde u těch třiceti lidí to napsat tak, aby každá jedna sestra dělala v tom režimu, že můžeš jít. Nevím, to asi by musely být udělaný fakt fixní nějaký skupiny, který by se střídaly. Jenomže to... To ne. To si myslím by ani nešlo. Bych dala výpověď, kdybych měla být v týmu.

Z pohledu vedení oddělení však tento problém není nijak markantní. Z hlediska odpracovaných hodin mají sestry pracovní dobu, která je v souladu se zákonem a počet odpracovaných hodin není nijak navýšený a jejich náhled je v ostrém rozporu s názorem řadových sester: „ ...spouště oddělení chybí sestry a jsou tam furt. Ted' ale třeba když nejsou dovolený, když mám plnej stav, nikdo není nemocnej, tak maj minusový hodiny. Protože maj 10-12 služeb měsíčně, třeba jdou v pátek a jdou třeba až ve středu další týden. Toho volna maj. Takže když ty děti, spousta holek ti tady řekne, co maj malý děti, že by v životě na jednu směnu nešly. Protože je mnohem horší, přijdeš domů v půl pátý a co. Škola, tohleto, večer. Víkend ti takhle proteče mezi prstama ani nevíš jak, takže ta směnnost a hlavně ono je to finančně velkej rozdíl. 10-12 tisíc rozdíl mezi jednosměnným a třísměnnem. Ale jak říkáš, já prostě nevím, kolik maj na standardech, ale zas vím, že tady třeba že asi to Emery je nejmíc placený.“ Pro vedení OUM ale hovoří tvrdá data evidence pracovní docházky. Frustrace sester proto nejspíše pramení spíše z obtížnosti práce, než ze systému služeb jako takového. Sestry zejména poukazují na práci interní části, kde je značný nepoměr počtu sester vůči lékařům, což vede k častým pracovním konfliktům. V porovnání s běžnými interními ambulancemi na klinikách, kde je na jednoho lékaře jedna sestra, na OUM je na tři ambulance pouze jedna sestra, protože další dvě z jejího týmu musejí být na lůžkové části, kde přijímají pacienty, přivážené RZP. To je pro ambulantní sestru velmi obtížné, zatěžující a vytváří to prostor k profesnímu pochybení. P10 k tomu řekla: „ ...to bylo nezvladatelný na tý interně. Takže jedna sestra na tři interní ambulance, kde 4 doktoři přijdu a ted' po ní prostě chtěj všechno najednou, co má udělat, neúnosný prostě....“ K zlepšení situace

došlo po navýšení počtu sester do směny, kdy byl interní tým posílen o jednu sestru na osmihodinové směně. Nicméně i tak je tento stav z pohledu sester nedostačující.

Z výše popsaného je zřejmé, že sestry na OUM jsou vystaveny vysoké pracovní zátěži, která je jedním z vyvolávajících faktorů syndromu vyhoření.

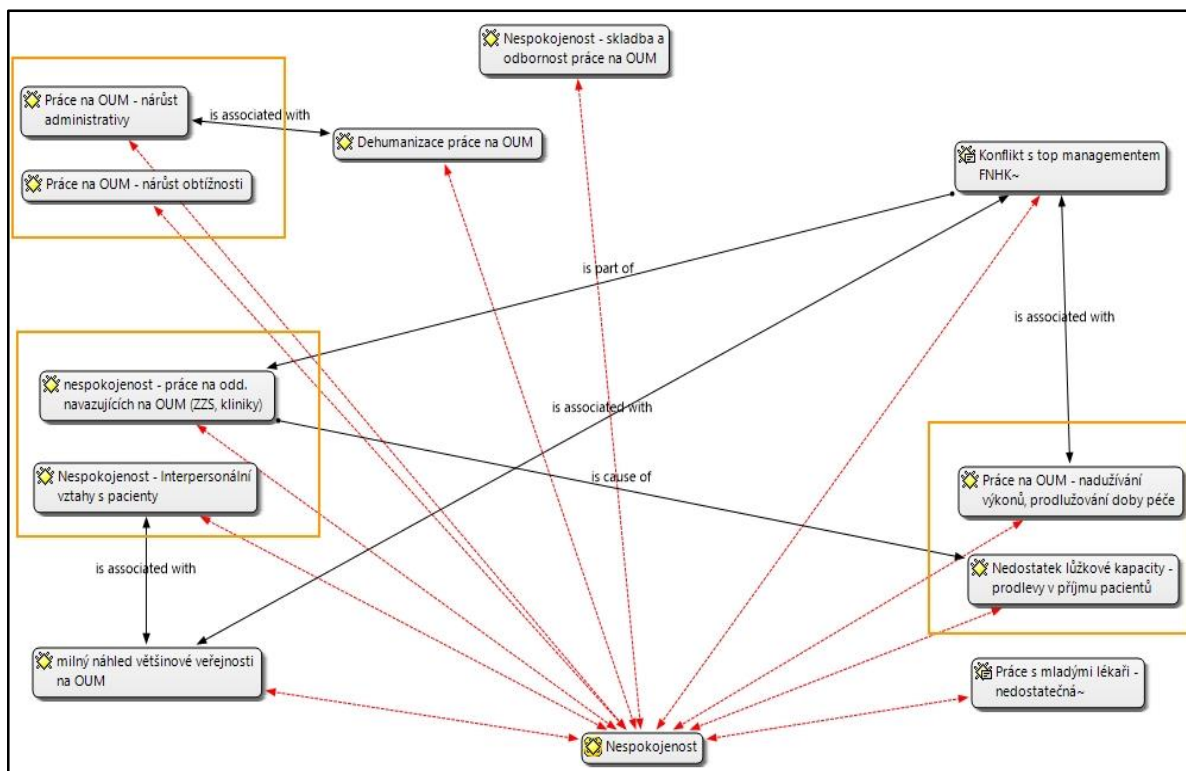
#### Shrnutí kategorie č. 2:

Lze konstatovat, že práce na OUM je respondenty vnímána jako uspokojující, kdy nelitují této volby. Značným motivačním faktorem je finanční ohodnocení, a to u lékařů i nelékařů. OUM je považováno za oddělení, které má svůj význam, s funkčně nastaveným systémem činnosti. Personál však vnímá některé vnitřní problémy, které práci na OUM negativně ovlivňují. Lidé vnímají počet pacientů a zejména skladbu diagnóz jako jeden z hlavních faktorů, které je omezují a pracovní zátěžují. Tento pocit mají spíše nelékaři, ale to neznamená, že lékařský stav je k současné situaci nekritický. Otázkou zůstává i počet personálu, který je sice v plných počtech, ale z šetření vyplývá, že tento počet není u sester dostatečný. U lékařů je zásadní rozdíl v činnosti na interní a chirurgické části. Diskutabilní je efektivita práce lékařů na interně, která může být ovlivněna jednak systémem služeb, tak zkušenostmi a počtem. Na chirurgické části je to dáno spoluprací s chirurgickou klinikou. Tento stav je nelibě vnímán zejména sestrami. Souhrnně všechny personál poukazuje na vysokou pracovní zátěž.

#### 4.2.3 Nespokojenost celková

V předchozí kapitole byla nastíněna také část toho, co v členech zdravotnického týmu vyvolává určitou nespokojenost s výkonem práce na OUM. Tato oblast si však pro svůj význam pro nastavení optimalizačních procesů zaslouží hlubší prozkoumání. Jedná se o informanty vnímaná negativa, která byla v rozhovorech odkrývána postupně, v průběhu delšího časového intervalu, po překonání počátečních, všeobecných negativ, rozpracovaných výše. Nicméně je nutno podotknout, že některá témata se navzájem prolínají a nelze je od sebe striktně oddělit.

Tuto kategorii nám přehledně znázorňuje vztahová mapa na obrázku 15.



Obrázek 15 Mapa kódů kategorie „Nespokojenost celková“

Největší míru frustrace u respondentů vyvolává pocit neadekvátní skladby pacientů, resp. jejich diagnóz. Tohoto tématu se již dotknula předchozí kapitola. Tento dojem pramení z konfliktu pojetí činnosti OUM jako pracoviště prvního kontaktu s pacientem při vstupu do nemocničního zařízení. Řada pracovníků má pocit, že se rozměšňuje určitá odborná exklusivita OUM a že se díky navyšujícímu počtu pacientů, kteří nejsou v kritickém stavu a nevyžadují urgentní péči, mění charakter práce na OUM. To je dáno zejména tím, že se OUM profiluje jako oddělení, které funguje jako třídící síto, které přerozděluje příchozí a určuje, kdo je vhodný k hospitalizaci a kdo ne. Z pohledu řadového pracovníka to ale vypadá, že se množí počty pacientů, kteří z důvodu neakutnosti stavu na OUM nepatří a proto zabírají svou přítomností pracovní kapacitu oddělení. Tento dojem je umocněn porovnáním s dobou, kdy OUM svou činnost začínalo a poměr pacientů v akutním život ohrožujícím stavu proti pacientům bez ohrožení života byl vyšší. To se odráželo i na skladbě pracovních odborných výkonů, které se na OUM prováděly, zejména sestry si stěžují na snižující se počet výkonů, které jsou specifické pro pracoviště urgentní medicíny. „*Takhle já jsem po dlouhý době zažila fakt jako kardioverzi toho člověka. Já fakt po dlouhý době a byla jsem za to ráda a byla jsem konečně jako by, nějaký ten výkon, abych jo, super doktor, krásná práce, my ve dvou, uspala jsem si ho, on si ho prodělal, nachystala jsem si dekly, dala jsem si tam komba, já jsem si to tam nachystala, se svolením doktora, zmáčkla jsem si odstup, dala jsem si voltáž, odbouchli jsem ho, chytil se, krásně měl*“

*systolu, tlak všechno jo, jak jen mělo být krásný, začal se probouzet, já jsem kolem něj chodila, mluvila jsem s ním, zapsala jsem to mezitím, jo, byla jsem u probuzení toho člověka, jo. Krásný, jsem byla šťastná. A pak ten člověk šel domů, nějak po dvou hodinách jako když bylo všechno dobrý, takhle by to mělo bejt, ale je to tam málokdy, prostě.*“ Tento citát ilustruje další problém, který je personálem vnímán a to je délka pobytu pacientů na OUM. Akutní pacient je vyřešen díky časové tísni rychle, a po zdravotnických intervencích je okamžitě směřován na klíčové koncové pracoviště, kde je s ním dál nakládáno dle jeho stavu. U neakutních pacientů se navyšuje doba pobytu na OUM díky spektru vyšetření, které je pro každého dáno. Proto tento způsob práce z pohledu personálu, opět zejména sester, popírá filosofii OUM jako pracoviště urgentního příjmu, s co nejkratším pobytem na tomto oddělení. Tento stav je však dán zejména tím, že na OUM je směřován značný počet pacientů cestou obvodních lékařů, kteří spoléhají na anamnestické a diagnostické kapacity a možnosti OUM. V rámci triáže na OUM není pacienta bez předchozího vyšetření odkázat na jiné pracoviště, např. na ambulance jednotlivých klinik. Tato vyšetření mají stále širší spektrum, a proto jsou časově velmi zatěžující. Komentuje to např. informant P4: *„Řekne, máte právo říct, že se nejedná o akutní stav, a poslat ho ať se objedná. Já z pozice doktora to neudělám, dokud se na toho člověka nepodívám a neudělám mu aspoň mineralogram, že nemá rozvrat vnitřního prostředí, a zjistím tohleto a tohleto a tohleto... a na základě aspoň anamnézy a klinického vyšetření rozhodnu, že se nejedná o akutní stav. Tohle tam prostě není nastavené, co se může poslat rovnou na ty interny a co by se u nás nemuselo točit a co by mělo jít rovnou tam. Tohle tam nastavený není. Je řečený, že co není akutní, dělat nemáme, ale kdo řekne co je a co není akutní, tak pod to se nikdo podepsat nechce. A já osobně bych se pod to osobně asi taky nepodepsala, dokud toho člověka nemám vyšetřenýho tak horko těžko z té anamnézy, kterou ten obvodák napíše, aniž bych si s tím člověkem pohovořila, nejsem schopná, co skutečně nevyžaduje, byť to tuším z té žádanky, tak dokud si ho nevyzpovídám, nejsem schopná říct, že se nejedná o akutní stav.*

Jde o jistý „klinický alibismus“ lékařů, kteří z pochopitelných důvodů učiní všechna vyšetření, která jsou pro daný případ potřeba a to i nad rámec charakteru OUM. Nicméně je to pochopitelné, a to z důvodu maximální snahy o eliminaci možných pochybení ve vztahu k pacientovu stavu. Bohužel, tento systém práce zatěžuje kapacity OUM na úkor skutečně akutních stavů. Důsledkem je dlouhý pobyt pacientů na lůžkové části OUM, který omezuje kapacitu průchodu pacientů oddělením. Je to dáno i klinickými zkušenostmi lékařů, kteří dané pacienty vyšetřují a kteří se musí rozhodnout, co je a co není akutní stav. Za toto rozhodnutí musí nést odpovědnost a proto se několikanásobně jistí i pomocí vyšetření, které jsou na OUM

poměrně netradiční, jak komentuje např. P3: „...udělejte tohle, tohle, tohle, tohle. Jako že já budu dělat výtěr z konečníku na urgentním příjmu? Jestli má nebo nemá klostridie?“

Tento fenomén poukazuje na problémy, které jsou vnímány jako velmi palčivé. Jedná se o nadužívání výkonů a tím prodlužování doby péče a z toho plynoucí nedostatek lůžkové kapacity, společně s prodlevami v příjmu pacientů do nemocničního zařízení.

Jde o záležitosti, které nejsou zohledněny v žádné z oficiálních statistických údajů o provozu OUM. Jedná se o subjektivní vjem personálu. Výkony jsou dány protokoly a standarty poskytované péče a lůžková kapacita OUM je dána počtem lůžek na OUM a schopností absorbovat daný počet pacientů během pracovní směny, kdy příchod pacientů do zařízení není lineární, ale přichází ve vlnách. Navíc je silně ovlivněn komunikací s navazujícími odděleními a politikou managementu OUM a celkově i fakultní nemocnice.

Stran nadužívání výkonů k tomu P1 říká: „Pokud by to systém takto chtěl, dělejme to takto, proč ne, ale pak to vede k tomu, že se strašně sychrujem, vede to k nadužívání diagnostiky, a spoustu nákladů stran byrokracie.“ I další respondenti se shodují, že se navyšuje množství výkonů, které je doporučováno a často přímo vyžadováno provádět. Respondenti jsou v hodnocení této situace poměrně radikální. Za všechny citát P3: „Alibismus medicíny. A takový to krytí se, krytí si záda, jo, prostě. A máš pocit, že jako ti doktoři maj strach rozhodnout, dokud nejsou krytí všema těma vyšetřeníma. Oni ani nemaj strach, oni nemaj jako jinou možnost. Oni to musej udělat, koneckonců, on i ten starší tomu mladýmu to neschvální proto, že oni ty možnosti jsou dostupné na tom oddělení na tom urgentu, jo, proč neudělat ultrazvuk, když je za dveřma? Jo proč jako nejdu s ním, proč ne CT, co kdyby?“ Na OUM se mísí několik vzájemně protichůdných proudů, které mají prvo počátek již v dříve zmiňovaném pochození filosofie OUM. Je zde na jednu stranu vyvíjen tlak na zdravotníky, aby prováděli široké spektrum vyšetření paušálně, všem pacientům na OUM, a to z důvodu vyloučení akutnosti stavu. To je samo o sobě vysoce zatěžující, jak z hlediska materiálního, tak z hlediska personálního. Na druhou stranu je zde tlak na rychlost poskytnutí intervencí, což je dáno vlastním charakterem práce a nikdy nevysychajícím zdrojem pacientů, kteří na OUM přicházejí. Tento konflikt vyvolává v personálu frustraci z efektivity jejich práce a může vést až k určitému zmatení, kdy si personál není jist tím, co se po něm v daný okamžik chce a jaký přístup k pacientovi je správný. Tento tlak se musí odrazit i na přístupu zdravotníků k přichozím pacientům, kdy je pochopitelnou reakcí hněv na člověka, který z pohledu zdravotníka vyžaduje péči, která jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu nenáleží. Opět se ale jedná o subjektivní vjem a je namístě

připomenout, že OUM je zde pro pacienty, nikoliv naopak, a to je nutno neustále personálu opakovat.

Personál srovnává aktuální situaci s minulostí, kdy se OUM teprve rozjíždělo. OUM je mladé oddělení, které se teprve etablovalo. Je ale přirozené, že personál hledá svou kolektivní paměť a zkušenost a obrací s proto do minulosti. Z pohledu počtu pacientů na OUM je evidentní trend nárůstu pacientů. To se odráží i na času, který je nutno péči o ně věnovat. Dříve bylo na nižší množství pacientů možno čerpat více času, zatímco dnes je při nárůstu požadovaných vyšetření času méně, což v kombinaci s nárůstem počtu pacientů vede k nárůstu pracovní zátěže, která je potenciálním zdrojem frustrace personálu. P4 říká: „*Bylo tam o něco máň pacientů, zdaleka se tolik nevyšetřovali, daleko více se dali interní pacienti odklonit na interní ambulance...*“ To dnes neplatí, a proto to v personálu zákonitě vyvolává nelibost. Společně s tímto jde ruku v ruce nutnost nastavení systému, který umožňuje snadný průchod pacienta k dalším etážím nemocniční péče. K tomu je potřeba správná a adekvátní komunikace se zainteresovanými pracovišti, která je také vnímána jako nedostatečná, zejména ve vztahu k ambulancím. Vystihuje to tento citát: „*Dneska už to tolik nefunguje, ty ambulance se jakoby dost brání brát lidi, kteří jakoby nejsou nemocní, nebo ti kteří jsou dlouhodobě nemocní, že to nejsou akutní stavy vyloženě, z naší strany je tam to že máme strach někoho jen tak otočit ve dveřích bez vyšetření a říct že tohle není akutní, protože je to o alibismu, o tom, že když to udělám a ten člověk bude mít nějaký problém, tak nám řeknou že je semiakutní, protože to trvalo dlouho, ale teď se to najednou náhle zhoršilo, prostě bez nějakého základního ambulantního vyšetření se to odklánět nedá. A ani ti zkušený lékaři to nedělají teda..*“ Personál OUM se cítí být ve vztahu k ostatním pracovištím FN v slabší, submisivní pozici, což opět vyvolává vlnu nevole a uzavírá tak kruh špatné komunikace vně oddělení. Ačkoliv je všeobecně vnímáno, že rozhodovací právo o tom, co je a není akutní a co je určeno k hospitalizaci, popř. k observaci či propuštění domů je vlastní Emergency, ve skutečnosti je toto rozhodnutí závislé na kladném stanovisku navazujících klinik a jejich ambulancí. To je další zdroj pracovní nespokojenosti personálu OUM. Chvillemi je téměř znát, že personál OUM je v jakési formě nepřátelského, opozitního vztahu k ostatním zaměstnancům fakultní nemocnice, což je potencováno unikátností tohoto oddělení.

Faktem zůstává, že doba pobytu na OUM se od počátku prodloužila, jak již jednou potvrdil respondent P4. „*Výrazně se prodloužila. Aspoň je to můj subjektivní pocit, na časy jsem se nekoukala. Ale ano, mám pocit, dřív bylo to, že když tam byl člověk dvě hodiny, tak jsi měl pocit, že už je tam dlouho. Dneska tři, čtyři hodiny jsou standart.*“ Výjimkou jsou pochopitelně akutní



stavy, které jsou v co nejkratší době zajištěny a transportovány na specializovaná centra, jako je iktové, či trauma centrum. Prodloužení doby je ale také znakem toho, že se oddělení zaběhlo, že procesy, které jsou chodu OUM vlastní jsou funkční a že vše funguje – jedná se o rutinu, která je vlastní každému provozu. Stereotyp je ale věc, která personálu OUM vadí, která vyvolává tyto odmítavé reakce. Jak bylo prokázáno v předchozí kapitole, většina personálu přišla na OUM právě proto, že doufala v menší rutinu, že Emergency je oddělení, kde se stereotypy nebudou držet. To je ale omyl, s jehož akceptací má personál podvědomě zásadní problém. Tento problém se poté promítá do celkového přístupu k práci. Většina respondentů uvádí, že v práci je konkrétně nejvíce rozčilují dvě věci, a to právě nadužívání výkonů z důvodu medicínského alibismu a až poté vztahy s někým z pracovního týmu. Informant P7 uvádí: „*Co mě v práci nejvíc štve? ...Telefon a dohadování se s příbuznými. V podstatě to, že jsme tlačeni do toho alibismu, protože ti příbuzní jsou schopni se chytit každé kraviny, a točit se na ní. Ten systém celkově i v tomhle státě je tak nastavený, že nás tlačí do toho alibismu. No a z části někdy ne úplně optimální vztahy s některými kolegy.*“

Co je obrovským problémem, který není řešitelný ze strany OUM, ale razantně ovlivňuje chod tohoto oddělení, je trvalý nedostatek lůžkové kapacity ve FN. To se zákonitě odráží i na tom, jak dlouho musí být někdy pacienti observováni na OUM, než se pro ně vytvoří adekvátní místo v nemocničním zařízení. To vede k přetížení kapacit na OUM, a v kombinaci s výše popisovaným nadužíváním výkonů i k pracovní zátěži personálu. Jak říká P1: „*Začnu tím, že nejsou lůžka. Furt bojujeme o lůžka. Když si vezmeš nemocnici v Brně Bohunicích, tak jejich emergency, nízkoprahová část, přijímá 50% všech lidí, kteří na ni přijdou. Vysokoprahová část přijímá okolo 90%. Naše emergency, celá, v kombinaci vysokoprahový i nízkoprahový, přijímá něco okolo 15%. V té době, kdy bychom polovinu toho, co přijde, položili, tak druhý den je nemocnice zhroutená.*“

FN je spádové nemocniční zařízení pro dva kraje, s tím, že se překládají i pacienti z oblastí mimo spád. Proto je situace s lůžky, a to zejména ventilovanými, tj. vybavenými pro intenzivní zdravotnickou péči, tak neutěšená. Management fakultní nemocnice hledá mechanismy úspory lůžkového fondu a jedním z nich je i kvalitní předhospitalizační diagnostika, která může zásadně zkrátit či dokonce úplně zabránit případné hospitalizaci daného člověka. Toto břemeno diagnostiky zákonitě spadá na OUM, čímž se i vysvětluje jeden z motivů již zmiňovaného medicínského alibismu. Dalším důležitým faktorem je i finanční stránka věci, jak vypovídá i tento citát: „*...kdy máš lůžka přeplněná a není kam dávat lidi. To je problém, v tom případě se ty lidi redistribuují na urgentní předhospitalizace na vyšetření, nebo se transférují do*

*ambulantní části. V tuhle chvíli, kdy ty máš změněný platby, jakmile člověk projde triází na lůžka, stráví tam dvě hodiny, tak při správném kódování za něj získáš dvounásobek peněz.“* Z toho vyplývá, že observace na OUM je pro FN ekonomicky výhodnější, než hospitalizace na standartní oddělení. Potvrzují to další respondenti, jak lékaři, tak i nelékaři. *„Standardně progredující problém s umisťováním pacientů na lůžka. Postupně narůstá problém s akutními lůžkami, nejen standartní, ale i JIPkový, poslední dobou. Nedostatek personálu, zavírání standartních lůžek i JIPkových lůžek a o to větší tlak na to co řešit ambulantně, co přijímat a nedostatek, nebo absence těch lůžek je tlak na to selektovat ty lidi...“* Navíc je často popisován i problém stran cílových oddělení, které se brání akutním příjmům. *„Nejsou vytvářena akutní lůžka, a někdy zaznamenáváme snahu ze strany těch oddělení, že rozptylují ty dimise, že zadržují ty lidi na oddělení déle, než by museli, proto aby blokovali to lůžko, aby se tam nepřijmul někdo akutní. Toho dotyčného nemůžou propustit v pondělí, ale až v úterý, protože ví, že v úterý je plánovaný příjem, kterým to zase zaplácnou a nebudou mít akutní příjem“* Opět se dotýkáme problematiky adekvátní komunikace a nutnosti nastavení funkčních principů spolupráce. Prokazuje se ale, že je to problém, který je zde již dlouhodobě a svým způsobem se jedná i o jakýsi způsob stanovení hranic působnosti, popř. známka rivality mezi jednotlivými odděleními. Jak říká P5: *„To bylo stejný za nás jako před 20 lety na plastice, když nám zespoda volali: „máte místo?“, a tam seděla XX a říkala: nemáme, že jo. Ale to asi tak nevadilo, jako to vadí teď, když ty lůžka opravdu nejsou. Protože jsme si řekli, hele vždyť jsme dneska jeden příjem měli, tak jim řeknem ať to přijmou třeba na Áčko, víš, ale to je něco úplně jinýho. Teď ty místa nejsou, vždyť jsme se o tom bavili. Že prostě nejsou ventilátory a ...“*

Tyto problémy jsou živnou půdou pro vnímání managementu FN jako elementu, nechápající skutečné problémy OUM a bránící výkonu práce tak, jak by podle představ personálu mělo být. Personálu je vlastní pocit, že je do popsanych opatření tlačěn bez ohledu na reálný stav věcí a bez hlubšího proniknutí vedoucích pracovníků do problematiky. Je zde cítit značný pocit rozčarování z toho, že není zřejmá podpora vedení, lidé postrádají oporu z vedoucích pozic organizace. Respondenti svůj názor demonstrovali na různých příkladech z praxe, které dokládají, že se tyto události stávají a že jsou personálem citlivě vnímány: *„...když někdo má doporučení na gastroenterologii, má 3 měsíce potíže, že by ho tam měli vzít. A ne ho odpinknout od kartotéky sem. Ať jde na emergency. To je kámen úrazu. Jo, má anémii, má jí půl roku, má doporučení od obvodního lékaře na hematologii, nevemou ho. Musí přes emergency. To je velkej problém. Protože když už někde mám doporučení a mám chronický problémy, tak ho maj objednat. Navíc snahu objednat co nejdřív, samozřejmě, ale ne ho hnedka z kartotéky vyhodit*

*na emergency. Jako dneska: Pacient na ortopedii doporučení, ortopedická věc, sestra z kartotéky že dneska nemáme akutní ambulance, běžte si na emergency. Úplně vysokej management, ten to nemá snahu řešit jak je vidět, protože toho to jaksi nezajímá. Je otázka, že jo, oni ho to, oni ho zase to... Zase se budem o tom bavit, oni ho vyhoděj, nebo oni ho pošlou z tý interní kartotéky na emergency, my ho pošlem pryč, že ho neošetříme a co se stane? Jasně, že ho ta emergency neošetřila. Takže si to prostě každěj rozmyslí. Jestli toho pacienta vyhodí, nebo jestli ho teda ošetří. Jo takových lidí tady je, polovina. A Tenhle pán si stěžovat bude, jo, protože my jsme ho na tu ortopedii poslali zpátky. Zprávu napsal XX, napsal tam, že byl prostě z tý ortopedii vykázan sem, sestrou, a já zas chci, aby to v pondělí XX nebo XX řešili s primářem nebo s přednostou, že jo. Protože oni tohle si nemůžou dovolit. Oni se furt bráněj, tím, že maj strašnejch lidí, ať si jde někam na polikliniku, jo na ortopedii, že jo. To už úplně slyším...“*

Bohužel, ačkoliv jsou nastaveny mechanismy chodu OUM a spolupráce s ostatními klinikami, ne vždy je možno se dobrat adekvátního výsledku. Je to dáno tím, že FN je sice v kategorii velkých nemocnic, s několika tisíci zaměstnanci, ale v konečném důsledku je to silně hierarchicky rozdělené prostředí, kde se všichni ve vyšším a vysokém managementu znají. V tomto prostředí, které je částečně ovlivněno určitou formou nepotismu a dalších forem protekce je obtížné dosáhnout svého bez potenciálních vedlejších dopadů. Jak říká informant P7: „*To jo no... dohod tady byla spousta, na tohlecto, je to nefunkční, protože potom když se začali šprajcovat, jakoby primáři, přednostové, pak ty seance, co probíhají na ředitelství a přestřelky po telefonu, je to takový.... Musí se opatrně, v tomhlectom. Ty lidi ti pak můžou potencionálně dost ubližovat a komplikovat život všem, takže se snažíme se se všema domluvit. Jako emery má právo nařídít příjem, má to, ale nevyužívá se toho, protože nemůžeš říct, tady máte příjem a odjezd, pane profesore, jo? A tím končíš a máš problém na doživotí s ním a tohlecto je jakoby blbý na té emergency...“*

Problematika vedení OUM a vztahu k managementu FN je velmi obsáhlá a budeme se jí věnovat ještě dále, v samostatné kapitole, která se toho týká. Co je ale faktem, je to, že se jedná o problémy, které se neventilují nahlas a veřejně, že je to vnímáno jako velmi těžké téma a které také má potenciál vyvolávat v personálu obavy. Jde o velmi silné subjektivní vjemy, které jsou u každého vnímány rozdílným způsobem a společné mají hlavně to, že jsou vlastní většině personálu OUM, ač pokaždé v jiné intenzitě. Nicméně faktor, ovlivňující pracovní výkon, je to zcela určitě.

Tím, že OUM je mladé oddělení, které muselo dokázat své opodstatnění a kde ne všichni pochopili jeho význam a účel, je také velmi důležité, jak je vnímáno veřejností. Bohužel, i tento

faktor je personálem vnímán spíše negativně. Emergency je využíváno jako lékařská pohotovost pro dospělé a lze se tak setkat se všemi kategoriemi, které jsou vlastní lidské společnosti. Díky tomu je personálem vnímáno, jak se ke svému zdraví a k možnostem lékařské péče dané sociální skupiny staví. Lze konstatovat, že lidé teprve začínají po deseti letech chodu OUM chápat, k čemu tento typ pracoviště vlastně je a jakým způsobem funguje. Navíc zde chybí i zpětná vazba a srovnání např. s identickými pracovišti v zahraničí. Personál OUM má pocit, že si lidé práce a péče, která jim je poskytována, neváží. Nelze to pochopitelně paušalizovat, protože na OUM přichází široké spektrum pacientů, které není možno v tomto ohledu srovnávat. Subjektivně ale personál OUM poukazuje na to, že zejména neakutní pacienti, přicházející na ambulance OUM, často nejsou ochotni akceptovat způsob práce. *„My tady furt řešíme to, jak bysme měli zlepšit péči o zdraví národa změnou fungování emergency. Vůbec se tam neřeší to, že pacienti mají zcela skreslený pohled na emery, očekávají od něj něco nereálného a oni to pak i vyčítají, protože oni jsou očkováni růžověma zahradama a modrým kódem a podobněma hovadinama, kdy oni nemají vůbec nějaký reálný vnímání toho, vod čeho emergency je, a proč je situace taková, jaká je.*

Bohužel se jedná o celospolečenský problém, který nemá řešení na lokální úrovni. Bohužel, důsledkem tohoto stavu je i přístup obecné veřejnosti ke službám, které jim jsou na OUM nabízeny. S tímto přístupem ale zápolí celé české zdravotnictví, s tím, že pracoviště prvního kontaktu, jako jsou oddělení urgentních příjmů, jsou vystaveny tomuto veřejnému názoru často jako první. Personál se cítí být společností nedoceněn, kdy sice vnímá, že lidé vědí, že OUM poskytuje kvalitní péči, na druhou stranu je to často vnímáno jako automatizmus a povinnost. Ačkoliv jsou zdravotníci na OUM profesionály, nelze být tomuto tlaku vystaven dlouhodobě a je nutno cítit za sebou podporu i z vedení FN, které má chránit své zaměstnance před požadavky veřejnosti, které v danou chvíli není zcela reálné plnit. Tuto podporu ale personál bohužel necítí, jak poukázaly fenomény, popsané v předchozích odstavcích této kapitoly. Pramení to i z nízké informovanosti veřejnosti, kdy zdravotní péče je politikum, zneužívané k profitu zájmových skupin, což vede ke zkreslenému vnímání reálných možností OUM veřejností. Jak říká již zmiňovaný respondent P1: *„...já jim vždycky, když někdo brblá, seznámím s tím, jak to funguje ve světě. Většinou jsou velice překvapení. Když jsem stážíval v Herringtonu, což je centrum velký jako sviňa, tak tam i ve chvíli, kdy jsi měl standartní pojištění plně hradící, tak jsi čekal hodiny, jen ti, co měli opravdu pojištění extra speciál anebo přišli s nabitou portmonkou tak šli dřív, v rámci nějakýho standartního programu, a ti, co měli něco, co jde nazvat český zdravotní pojištění, takový ti obyčejný, ti klidně leželi 8 hodin před emergency*

*s prostřeleným břichem.*“ Není pochopitelně snahou personálu o nastavení těchto kontroverzních podmínek, které jsou vlastní jiným státům a zdravotnickým systémům. Personál se ale cítí být více a více vyčerpán neustálým vysvětlováním a verbálním soubojem s nespokojenými pacienty, kteří očekávají víc, než v danou chvíli lze poskytnout.

Pacientům je poskytována komplexní péče, která je striktně vyžadována vedením fakultní neocnice a i přes tento fakt je zde cítit nespokojenost pacientů. Opět se dostáváme k pochopení pojetí OUM jako bezprahového pracoviště, což vypovídá i tento citát informanta P7: „ *tady ty lidi prostě jsou neurotický a když už maj tu možnost sejm jít, tak sem jdou, právě proto, že je tady nikdo nevytepe a ta limitace, aby byla právě ta bezprahovost, je blbost. Je tady sice tady ta triáž, ale jako víš, co, je blbý, že tady přístup tý nemocnice... my pacienta můžeme odmítnout až po důkladným vyšetření. (Vulgární zvolání), má jenom kašel a rýmu, jako jo, to ti stačí anamnéza, jo, ale to právě ti lidi se stěžujou, jo pak si stěžujou, že jsou tady dlouho, tak po tobě furt šlape management tý nemocnice, jo a (vulgární zvolání) než to poslouchat, tak to radši udělám, jo.*“

### Shrnutí kategorie č. 3:

Personál OUM cítí největší frustraci z jejich pohledu neadekvátní skladby pacientů, která popírá původní filosofii OUM, jako pracoviště urgentní medicíny. Opět je zde nesoulad a nepochopení samotného prvopočátku nastavení chodu tohoto oddělení. Z toho vychází i hněv nad neúměrnou dobou pobytů pacientů na OUM, který vnímají zejména nelékaři. Vzniká rozpor mezi potřebou rychlého poskytnutí zdravotní péče a uvolnění kapacit a mezi délkou pobytu na oddělení, vyvolanou nadužíváním širokého spektra diagnostických metod, které jsou paušálně vykonávány u příchozích pacientů. Dále je zde silný pocit toho, že pacienti často nechápou, o jak těžkou a obětavou práci se na OUM jedná a reagují na občasné komplikace v poskytování péče neadekvátně.

Délka pobytu je ovlivněna i vztahy s ostatními odděleními a klinikami, kdy ne vždy funguje právo OUM rozhodnout o přijetí pacienta na dané oddělení. Toto je ale bohužel často ovlivněno i trvalým nedostatkem lůžkové kapacity FN. Personál OUM má subjektivně pocit nepochopení své práce a pozice v systému péče od ostatních oddělení a vnímá se často v podřízené pozici vůči ostatním, ačkoliv by tomu tak nemělo být. Podřízená pozice je často potencována i interpersonálními vztahy uvnitř nemocnice, které jsou silně ovlivněny mimo jiné i pozicí a akademickým titulem pracovníka, který v daný okamžik s OUM vchází v kontakt jako pracovní partner. Tento pocit má personál Emergency i u vedení fakultní nemocnice, které z jejich

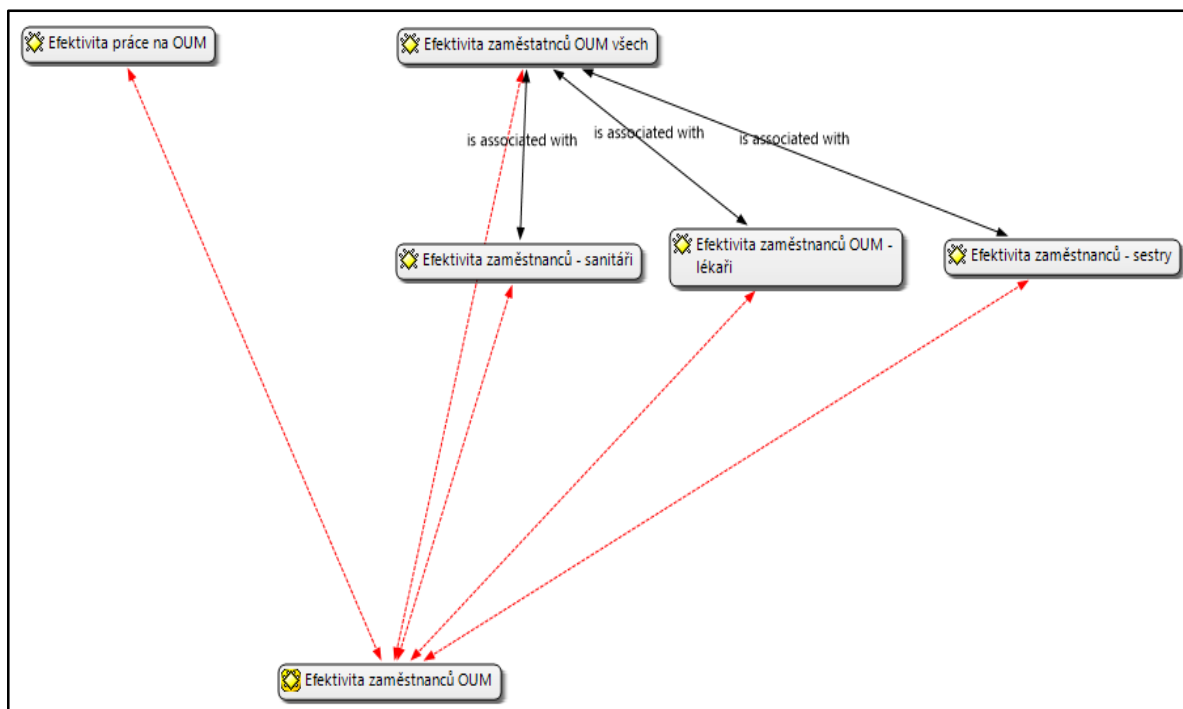
pohledu svými nařízeními a doporučenými postupy práce brání adekvátní činnosti na OUM a zpomaluje pracovní výkon.

#### 4.2.4 Efektivita zaměstnanců OUM

Je velice zajímavé cestou kvalitativního výzkumu zjistit, jak vlastně personál OUM vnímá sebe sama z hlediska pracovního výkonu a efektivit práce vůbec. Jde o velmi důležitý informační pramen, protože optimalizace práce by měla vycházet zejména z analýzy a vyhodnocení pracovních procesů, které jsou v dané organizaci zaužívané. Proto se rozhovor logicky týkal i toho, jak je respondenty vnímáno Emergency jako celek ve vztahu k efektivitě práce a dále, jak jsou takto vnímány i jednotlivé kategorie zaměstnanců, jako jsou lékaři, nelékaři a dále velmi důležitá, avšak často opomíjená skupina pomocného personálu – sanitáři. Tuto problematiku nám přehledně znázorňuje vztahová mapa na obrázku 16.

Dle tohoto diagramu je zřejmé, jak byl tento fenomén respondenty podán. Samostatně byla hodnocena efektivita práce jako taková, tedy jak je vnímáno oddělení OUM jako funkční celek. Emergency je vlastními zaměstnanci vnímáno jako velmi efektivní, jde podle nich o oddělení, které je funkční i přes různé negativní vlivy, interního i externího charakteru. Je kvitována účinnost zachytu akutních stavů, které by jinak mohly být rizikem z důvodu prodlevy poskytnutí adekvátní péče. Jak říká lakonicky P1: „...*máme podezřele vysokej záchyt závažnejch stavů.*“

Je velmi pozitivně vnímána i celková filosofie českého pojetí zdravotnictví, která se na chodu OUM odráží. Relativně velký počet personálu na OUM má zkušenosti i se zahraničními pracovišti a v jejich subjektivním pojetí české pojetí Emergency není v ničem horší, než obdobná pracoviště EU. „*Ono to je složitý i s tím přístupem k medicíně, já sleduju jeden britskej pořad o medicíně a mě třeba fascinuje, že tam přivezou člověka s tržnou deseticentimetrovou ránou a oni tu suturu dělají v celkový narkóze. A druhý den, třeba. Sutura druhý den, jak to může srůst.... Dělej tam občas strašný věci a je jasný, že ty čekací doby jsou dány i tady tím. Je to netrápí, nějaká akutnost a neakutnost. Kdežto u nás, my jsme z jejich pohledu trochu vnímání jako zaostali, ale myslím si, že když jsme trochu odolnější a třeba ty sutury děláme v lokále, opíchá se to mezokainem a sešije se to, tak jednak se to asi líp hojí a jednak ty doby takový nejsou. To je daný tou filosofií toho zdravotnictví.*“



Obrázek 16 Mapa kódů kategorie „Efektivita zaměstnanců OUM“

Z celkového pohledu je i pozitivně vnímáno to, že OUM je oddělení, fungující jako soubor multioborových týmů, kdy ošetřovatelství zapadá do celkového systému pojetí práce. Z pohledu lékařů je tým sestaven dobře a dokonce je svou kvalitou srovnáván s obdobnými týmy v Armádě České republiky, což je dáno tím, že na OUM pracují jako stážisté i vojáci, zařazení na tyto pozice v rámci Vojenské zdravotnické služby. Z pohledu lékařů, zejména chirurgů, je OUM nastaveno a funguje velmi kvalitně. „*Jinak mi to připadá, jako s tím srovnáním co mám, že ten tým je velice dobře vycvičený, že ten tým je dobře motivovaný a perfektně fungující, jako že je tam mnohem větší kázeň, disciplína, než ve vojenském. To drží pevnou rukou primář, že jo...*“

Na druhou stranu těžké mince, OUM není pouze chirurgie a nejsou to pouze lékaři. Jak poukazují jiní respondenti, tím, že primář OUM sám je traumatolog, interní část není úplně pod jeho kontrolou. To se může odrazit na výkonu práce na této části oddělení. Za všechny to vyjádřil informant P1: „*Přijde mi, že má podchycenou chiru. Ale interna je v tuhle chvíli, tím že tam není XX, že tam ve vedení jsou dva chirurgové, v tuhle chvíli není žádný odborný vedení a není žádný organizační vedení, jako dedikovaně na interně. Kouká na to chirurg, kterej se snaží z principu, aby to fungovalo, přijde mi, že plně nedocení kvality doktorů, protože to pořádně nevidí. Přijde mi, že je například odborně hodně podhodnocená XX, která je odborně na tom hodně dobře, ale není to takovej ten křikloun a sebeukazovač, jako kluci co tam jsou a ti na sebe upoutaj víc pozornosti a jsou za větší machry...*“

Interní části se často týkají i negativa, popisované v předchozích kapitolách, týkající se délky pobytu pacientů na OUM, komplexního vyšetřování příchozích a celkově efektivity lékařů, která bude vyhodnocena v pozdějších částech této kapitoly.

Jako velké pozitivum je vnímána sehranost personálu, který je základním kamenem týmů na OUM. Ačkoliv je jasné, že úloha lékařů a sester je odlišná, obzvláště na tomto oddělení je evidentní, že pouze jako odladěný tým jsou schopni poskytovat péči na maximální úrovni kvality. Zejména při práci na crashroomu, kde se provádí péče o polytraumatizované, či jinak na životě ohrožené pacienty je souhra celé sestavy personálu zásadní a dle dosažených výsledků se to daří.

Jak říká respondent P6: *„Když se objektivně podívám, a viděl jsem těch urgentních příjmů poměrně hodně... Tak si myslím, že jsme jeden z nejlepších.“*

Svůj význam má i způsob práce, který je zde zaužívaný. Nejen že je funkční ošetřující tým, kmenově vázaný na OUM, ale funguje i konsiliární spolupráce, mezi jednotlivými obory. Opět za všechny citát P6: *„S tím střetáváním těch lékařů na tom oddělení není problém. Jsme se toho ze začátku bály. Naopak ten internista s chirurgem, tím že je to, a to je obrovská výhoda tohohle oddělení ten velkej, otevřenej prostor. Tam není kam utýct, tam nemůžeš nikoho poslat do háje. Tam prostě se dva lidi setkávají nad jedním pacientem, nebo tři a všem se nám vždycky vyplatilo, říct, když jsi něco chtěl, aby se šel na toho člověka podívat. Tohleto je obrovský. Tohle to je myslím jedna z věcí, která je dobrá na tom oddělení a která dělá tu kvalitu péče. Ten otevřenej prostor a to že se to všechno odehrává nad tím pacientem, že ten člověk nemusí nikde cestovat. A internista, chirurg, neurolog, psychiatr se nad tím člověkem bez problémů domluvě.“*

Takový je dojem z celkové činnosti OUM, z toho, jak dobře funguje oddělení jako celek, jako jednolitý organismus. Jak se ale jednotliví respondenti dívají na součásti tohoto soukolí? Personál je tvořen třemi základními skupinami zdravotníků: lékaři, nelékaři (sestry a záchranáři) a pomocným personálem – sanitáři. Každý z nich má odlišnou formu odpovědnosti, odlišný způsob práce a dopad své činnosti na celkový chod oddělení.

Velmi rozporuplné je vnímání kvality práce u lékařů. Je předvídatelné, že se k tomu to tématu budou kriticky vyjadřovat sestry, nicméně projevila se i jistá míra sebereflexe a hodnocení sama sebe právě cestou lékařů. Jako největší překážka v udržení efektivity práce lékařů je paradoxně vnímán jejich počet. S rostoucím množstvím lékařů, zejména na interní části, klesá možnost lékařů vyzkoušet si výkony, které nepatří k běžným, a to ani na OUM. Vzhledem k tomu, že se počet pacientů, kteří jsou řešeni na crashroomu, stabilizoval, narůstající počet lékařů vede k



tomu, že se k akutnímu pacientovi v ohrožení života nedostanou v optimální míře všichni, což se může negativně odrazit na kvalitě jejich práce. Navíc, s nárůstem povinných intervencí u pacienta klesá efektivita jako taková, což je opět kompenzováno počtem lékařů na oddělení. Jak říká P4: *„Lidi se rychleji vyřešili, neprodlužoval se zbytek, ta práce byla víc efektivní. Když přišli lidi najednou, tak se nabrali vepředu, když člověk viděl, že se k nim hned nedostane, tak se nechali nabrat a dělali se, až byli nějaké výsledky hotové, když se vyšetřovali. Takže se to zrychlovalo. Ta efektivita se s té práce vytrácí. Je to kompenzované tím, že je nás víc. Ani na kreš se zas tak často nechodí. Je to období, ale když jsme tam byli v pěti, tak jsem se na kreš dostala mnohem častěji.*

Nabízí se otázka, zda je tedy počet lékařů na oddělení adekvátní. Co se interní části týče, z pohledu lékařů je počet optimální, zejména z důvodu dělby práce a prevence pracovní zátěže. Z pohledu sester jde o nepoměr mezi sestrami a lékaři, kdy na jednu sestru často klade své nároky několik lékařů najednou, což vede k zahlcení, zpomalení výkonu a možnosti vzniku chyby ze strany sestry. *„Počet lékařů...? Adekvátní k tomu tempu, v jakém děláme. Že bychom měli dělat rychleji je jedna věc, že neděláme je druhá věc, na to aby se to dalo zvládat je ten počet lékařů dostatečný. Co se ale sester týče... Tam to není adekvátní. Ta sesterská práce, tím že je tam navíc to vyšetřování pacientů, je té práce víc okolo těch lidí, tak těch sester je nedostatek. A sanitářů.“*

Počet lékařů se negativně odráží i na celkové zkušenosti, která je v medicíně potřebná. Jednotlivým lékařům již neprochází péčí takový počet pacientů, jaký byl obvyklý v počátečních dobách OUM. Navíc dochází ke generační obměně, v rámci které starší a zkušenější lékaři odcházejí a jsou nahrazováni mladšími, kteří jdou na OUM právě z důvodu získání zkušeností. Jen díky institutu konzultanta - staršího lékaře, který má během směny odpovědnost a poradenskou povinnost vůči mladším kolegům se tento nepoměr podařilo sanovat tak, aby v pozdější době nevyústil do pochybení v péči o pacienta.

Rovněž je nastolena otázka komunikace mezi lékaři, kdy ačkoliv většina uvádí, že systémem OUM jsou vedeni k vzájemné spolupráci, hlubší analýzou vychází najevo, že je to velmi individuální záležitost. Komunikace mezi lékaři je v rámci péče o pacienta na oddělení typu OUM stěžejní, ale ne vždy funguje, což má někdy i dopad na poskytovanou péči. Funguje rozdělení lékařů dle odpovědnosti za jednotlivé úseky OUM, nicméně ne vždy jsou ochotni si vzájemně vyjít vstříc či si vypomoci. *„Doktoři už jsou dneska taky rozdělení, na ambulanci a na lůžka, trochu to zrychlilo chod ambulance, protože tam jsou tři, nebo dva doktoři, a ti ví, že si ty pacienty neveme nikdo jiný, že je to na nich, takže odpadly takový ty prostoje, dvě, tři*

*hodiny, jestli si ho náhodou neveme někdo jinej, to se zkrátilo. Funguje to i mezi těma ambulantníma doktorama, to spektrum, mezi které se to může rozprostřít je menší, tím pádem se to trochu zrychlil ta péče o ty ambulanty. Ale pak se občas stává, že prostě občas ti lůžkoví doktoři sedí a nechávají to na těch ambulantních. Což je otázka, jestli by se neměli zapojovat všichni, ve chvíli, kdy ti pacienti jsou tam víc, jestli by se neměli podílet i ti lůžkoví doktoři.“*

Složitější situace je na chirurgickém úseku, kde slouží lékaři, kmenově patřící pod chirurgickou kliniku. Ačkoliv je fyzicky místo jejich pracovního výkonu na OUM, je vnímáno, že řeší pacienty, kteří výhledově spadají pod jiná oddělení – chirurgickou kliniku a proto je systém péče o tyto pacienty silně ovlivněn i pravidly, která jsou na těchto odděleních nastavena. To se poté odráží zejména na přítomnosti lékařů na OUM, kdy drtivou většinu ambulantní práce odvádí neatestovaný chirurg, který je opět na OUM zařazen z důvodu nabrání zkušeností. Skloubení potřeb Emergency a potřeb chirurgické kliniky, zejména v oblasti personálního obsazení operačního programu a různých druhů služeb je často velmi složité. Výhodou je již zmíněná patronace primářem OUM, který z principu své specializace je schopen mnoho neshod vyřešit ze své pozice nadřízeného a chirurga v jedné osobě.

Co se efektivitivy sester týče, sestry jsou vnímány jako nedílná a nezbytná součást OUM. Práce na OUM je ale pro nelékařský personál velmi komplexní a vyžaduje řadu profesních, lidských i odborných kvalit. To je jeden z nedostatků, který je často zmiňován lékařskou částí informantů. Je zde velmi nevyvážená všeobecná kvalita sester, což se odráží na sestavě ošetřujícího týmu a na jeho pracovním výkonu. Jak říká informant P1: *„Mně vadí na sestrách taková heterogenita kvality. Spousta mladejch jsou strašně šikovný, a opravdu zapálený, a pak jsou tam nějaký starý matadorky, který to prostě vědění nejlíp a i kdybys je zabil, tak je nedonutíš dělat věci pořádně. Typ XX a EKG, ještě jsem ji nedonutil, aby natočila jedinej EKG záznam pořádně. Ale to jsou detaily. Já vím, že má vždycky přehozený dva svody, to si musím tak nějak interpolovat a žít se s tím dá. Opět je lepší, když tam je, a práci nějakou odvede, než aby tam nebyla.“*

Je zde vnímán generační rozdíl, který často znamená obdobné komplikace, jako u lékařů – otázka získané zkušenosti. Na OUM jsou na pozicích sester zařazeny sestry z původních interních a chirurgických ambulancí, které zažily vznik Emergency, dále nově příchozí sestry z jiných oddělení FN či po škole. Je zde i několik zdravotnických záchranářů, kteří fungují také na pozicích sester. Jde tak o velmi heterogenní skupinu pracovníků, s rozdílnými názory, představami, zvyky, stereotypy, vzděláním i věkem. Na řadě dělesloužících sester se podepsalo vypětí a zátěž, které jsou po celou dobu chodu oddělení

vystaveny. Také je zde zjevné, jak která preferuje danou část OUM, což je dáno jejich předchozími zkušenostmi. „*Mladý sestry, který tam jdou, jsou teoreticky relativně dobře připravený, mají dobrý zázemí po odborný stránce, snaží se. A pak jsou tam matradorky z chíry, kterým je pětapadesát, umějí chíru a dělají na interně a z interny nevědí lautr nic a taky tam jsou schopný fungovat. Prostě protože poznají, kdy je člověk nemocnej a doktorovi to řeknou a umějí naředit infuzi a pracovat s dávkovačem a víc po nich vlastně nepotřebuju. Takže jako jo, je skvělý, když pracuješ s jednou z těch mladejch, nevyhořelých a pořád nadšených, ale není to bezpodmínečně nutný.*“

Sestry mají obrovský přehled a jsou vysoce univerzální svým způsobem práce, tedy rotací mezi jednotlivými pracovišti, což je rovněž kvitováno s uznáním. Tento způsob práce je vedením OUM vnímán i jako prevence syndromu vyhoření a snahy o vytvoření jakéhosi personálního bazénu, specializovaného na interní a chirurgickou problematiku jsou odsouzeny k zániku. Pravdou ale zůstává, že interní část není sestrami oblíbena. To ale rovněž nemusí být vnímáno jako negativum, jak potvrzuje např. informant P2: „*Jestliže je jedna polovina oblíbenější než druhá, to je prostě geniální. Jestliže jeden den, já si odsloužím něco horšího a druhý den se těším, že si ulevím na něčem zábavnějším. A mě i vyhovuje ten nárazovej systém práce, prostě, mě připadá jako příjemný. Tam jsou chvíle, kdy nemám hodinu co dělat...*“

Sestry jsou vedeny k samostatnosti, která je pro chod OUM nezbytná. V okamžiku návozu vysokého počtu pacientů záleží na sestře, jak bude zorganizován překlád pacientů od posádek RZP na OUM a jak se podaří iniciální výkony, které lékařům umožňují další odborné výkony. Je nutno mít smysl pro time management, protože čas je klíčovou hodnotou péče OUM. I v tomto je znát generační rozdíl a zkušenosti, kterými sestry disponují. Bohužel, je zde znát pocit, že starší, sice ne již tak agilní sestry, jsou stále jakýmsi tahounem oddělení, protože jsou tak vychovány z dřívějšíka. Nelze to generalizovat, ale posun ve smýšlení mladých sester je evidentní. „*...ale trendově mám pocit, že ty mladší holky na to víc kašlou, mají to víc na háku. Však ono to nějak bude, základní informace si zjistí, ale že by nějak pracovaly na tom, aby se zlepšily, to ne. Ten pocit nemám. A vážně, kdybych si měla vybrat, tak si radši sáhnu po těch starších holkách. Některých. Některé mladší jsou velmi šikovné, ale tam je pak problém v tom, že jsou pomalejší, nejsou tak bystré, protože nemají tu zkušenost. I tohle se do toho samozřejmě promítá. No a některé jsou hodně laxní. Prostě tohle jsem doted' nepotřebovala, tak se o to nezajímám, dokud v té situaci nejsem a pak už je pozdě, protože pak jde o hodně.*“

Je to v zajímavém rozporu s kategorií generačního rozdílu sester, popisovaného v první kapitole, kde bylo evidentní, že lépe je na OUM vnímána práce spíše těch mladších sester. Dá

se to přisuzovat i tomu, že sestry vytvářejí interpersonální vazby se sobě blízkými, tedy i věkově na podobné úrovni. To reflektuje i zjištění, že na OUM chybí střední generace sester, která by tyto rozdílné tábory spojovala a pomáhala by i v pochopení tohoto problému lékaři. Ti vnímají zejména odbornost a určitý profesionální přístup, který umí i ocenit: „*Bylo by třeba dobrý, kdyby sestry měly víc nachozenej crasch, mám problém s tím, že prostě neuměj nasadit masku na invazivu, neuměj sestavit linku na artěrku, k centrálu se chovaj jak prasata. To jsou jednoduchý věci, to nepotřebuješ žádný velký vzdělání, prostě ve chvíli, kdy si tam třikrát zkusej mezi sebou nasadit samy na sebe přetlakovou masku, tak jako proč ne, arterku když se domluvíme, že si to chce každá 2x 3x zkusit, tak se holt podrží člověk na crashi o půl hodiny dýl, píchnu mu tam artěku a nechám je, ať si to celý udělaj. Na tyhle věci nepotřebuju speciální školu. Pokud bude zájem, tak jsme schopni jim to zajistit.*“

Co se týče pomocného personálu, sanitáři jsou pro chod OUM rovněž zásadní. Jejich přesná činnost má dopad na rychlost poskytované péče, zejména co se transportů na cílová oddělení týče, zajištění vyšetření, které není možno udělat na OUM a pak celé spektrum činností, které se týká práce na crashroomu. Bez práce sanitářů by celé oddělení nebylo schopno adekvátně provozovat žádnou z praktikovaných činností. Sanitáři jsou vždy čtyři na jednu směnu a slouží obdobně jako sestry v dvanáctihodinových cyklech. Počet sanitářů se může zdát na jednu směnu dostatečný, ale je třeba si uvědomit, že jejich práce spočívá primárně v transportu pacientů či materiálu a je velmi náročná na čas. O sanitáře je zájem na obou úsecích OUM, tedy jak na interní, tak na chirurgické části. Často opomíjenou úlohou sanitářů je i fyzická výpomoc sestrám na lůžkové části, kde sestry u pacientů s vysokou tělesnou hmotností či pacientů agresivních samy nejsou schopny adekvátně poskytnout danou komplexní péči.

Na sanitáře nejsou kladeny tak vysoké požadavky, jako na ostatní personál. Proto je častým jevem to, že se pokouší si ulevit od svých povinností. Ačkoliv jeden ze sloužících sanitářů ve směně je vždy vedoucím jejich směny, je velice obtížné kontrolovat a dohlížet na to, jakým způsobem a jak rychle plní zadané úkoly. Vzhledem k tomu, že velkou část úkolů sanitáři plní mimo prostory OUM, nelze eliminovat časové prodlevy a někdy i cílené výpadky v jejich přítomnosti na OUM. Jak říká P10: „*...co by krásně ulevilo, by bylo zvýšení efektivity sanitářů. Který nejčastěji vidíš, že se flákaj, jsou reaktivně nahraditelný, a jsou i relativně motivovatelný. Jsou to lidi s nižším příjmem a finanční motivace pozitivní i negativní by na ně mohla fungovat. Taký jsou to lidi, který když se ti na něco vykvajznou, ve vztahu k péči o pacienty, tak to to oddělení dost bolí. Pak sestry musejí dělat část práce, kterou by nemusely, stojí práce, hromadí se pacienti, žere to všechno čas, a podobně.*“

Nelze všechny sanitáře měřit stejným metrem. Pokud by jejich práce nebyla prováděna adekvátně, OUM by již dávno bylo v kolapsu. Ale pracovní třeňice se sanitáři jsou v rámci směn na denním pořádku. Je to dáno i jejich pozicí v celkové hierarchii oddělení a tím, že jsou fyzicky mimo pracovní kolektiv, což je dáno tím, že mají vlastní zázemí mimo sociální kapacity zbytku zdravotnického personálu. Tyto drobné konflikty a prostoje, které vypadají často jako maličkosti a malichernosti, se však kumulují a díky nim se zpomaluje celkový pracovní výkon OUM. Navíc je zde významným faktorem i často problematická komunikace mezi sanitáři a sestrami, které často z důvodu frustrace nad netečností sanitářů sklouznou až k verbální agresivitě. To má svůj prapůvod v tom, že sanitář není cíleně vychováván k vztahu k pacientovi, jako holistické bytosti a příjemci jejich péče. Tento faktor je v jejich profesní přípravě opomíjen. Za všechny sestry citace P3: *„Sanitáři mají svůj kutloch, maj tam postele, maj dveře na kouli a jsou to líný vemena, který nechťej dělat. Čest výjimkám. Ale jako většina. Vodrزلí, prostě, zavoláš mu, ať jde něco dělat, tak ti udělá „Blééé“, jo takovýhle pazvuky, ani Mú ani Bé. Já jim hezky řekla: „ahoj tady (jméno), prosím tě RTG z interny - Hééé -, to je všechno a pak 10 minut čekáš, až jako uráčeš, někdo vyleze, jde a já jak už jsem u toho člověka, jako už fakt na to nemám, tak říkám to je můj hluchoněmej kolega, kterej vás vezme na RTG, páč to nemá slušnýho chování, vztah k pacientům, nic. Jsou hájený a líný...“*

Je znát rozdíl mezi sanitáři, kteří jsou na OUM od začátku a sanitáři, kteří přišli z jiného oddělení. Paradoxně je zde opačný efekt, kdy zkušenost z oddělení fakultní nemocnice vede vyššímu pracovnímu nasazení a kvalitě práce celkově. Tito sanitáři jsou i vděční za to, že na Emergency jsou zařazeni na své pozice. *„Teďka jsou tam kluci už asi 4 z neurologie, co dělaj na oddělení a jsou to kluci, který je vidět, že dělaj prostě. Ranní toalety, věděš co je práce, věděš co je to starat se o lidi, když sloužej oni, tak je to jakoby úplně o něčem jiném. Já jsem chtěla na RTG s paní, ta ještě chtěla čůrat a já jsem byla úplně v šoku, když ten sanitář odešel s paní a já jsem přišla pro tu močku a on mi jí podával normálně nataženou ve zkumavce. A já byla beze slov. Fakt. To jsou kluci, který jsou sanitáři, maj vztah k těm lidem, věděš, jaká je práce sanitáře, že to není jen o tom chodit horem dolem, jak na tom emery ty kluci, co vozej hlavně ty postele...“*

Problematika sanitářů má vzestupnou tendenci, kdy se navyšuje hněv na jejich laxní přístup. Bohužel zde z pohledu sester funguje jakýsi princip kolektivní viny, který vrhá díky nekvalitní práci několika jedinců negativní světlo na celou skupinu sanitářů. Bylo popisováno množství malých incidentů, které však ve svém součtu fungují jako sněhová koule a postupně nabaluje na sebe negativní emoce až tak, že je velmi obtížné nalézt mezi těmito skupinami, tj. sestrami

a sanitáři, společnou řeč. Sestry akceptují a chápou jejich odpovědnou práci, ale na druhou stranu po sanitářích také její výkon požadují, což se ne vždy setkává s pozitivní odezvou. Příklad za všechny informanty: „...jo oni jsou uhoněný, jako celej den vozej, tahaj se s lidma horem, dolem prostě, ale tam není žádná jiná práce. Já potřebuju přebalit člověka a on není schopnej tam u toho ani stát. Prostě bábinku devadesátiletou, podělanou až úplně na zádech, sama kroutím, páč on tam stojí, jako kdyby slupnul žížalu, a povídám: „ty seš tady úplně naprd, tak jako koukat na tebe jak tě tady natahuje, tak běž radši pryč.“ Jo nebo jak absolutně, jo to jsou chlapi, ale to nemá ani jako ... Já jsem zažila situaci, když dvoumetrověj, intoxikovanéj golem, prostě úplně prdlej, fízli už byli dávno zavolaní, jo, zásahovka a prostě, lezl z postele, vožralej byl, dva metry, 150 kg, já jsem se ho bála, já jsem tam byla sama, do toho jezdili záchranky, byly jsme tam dvě o noční, tak jsem volala kluka ať tam jde, protože jsem nemohla k němu chodit a prostě jsem se ho bála a on tam lez přes ty postele a já jsem ho zavolala a on mi řek, že tady od toho není, ať si zavolám policajty. A to jsem mu normálně řekla, jo, normálně jsem mu řekla, „běž do p..či“. Jo, já prostě tak úplně jako, už jenom jako z pohledu toho, že já jsem ženská, mám 60 kg a von, to byl zrovna kluk, který má taky 2 metry, 100kg, jo... Ale von jako, ten chlap byl zpracovatelný, ale já jsem u něj nemohla furt jako ať zůstane v tý posteli, a to byla otázka času, kdy on jako rupne a jo on jako dělej si to sama a já tady od toho nejsem. Já tam taky od toho nejsem.“

Sestry mají pocit, že sanitáři jsou cestou vedení hájení, protože jejich připomínky na výkon práce není vedením OUM akceptován. Jde ale spíše opravdu o chybnou komunikaci, která má sestupnou tendenci díky kulminaci těchto osobnostních konfliktů. Vedení OUM má v této problematice jasno – pokud učiní sanitář pochybení, je potrestán dle pravidel, platných pro všechny zaměstnance OUM, a tyto případy se již v minulosti řešily. Také je zde snaha o urovnání doutnajících konfliktů, což komentuje P5: „...jak říká spousta holek některejch, samozřejmě jsou to jenom chlapi, dát jim prostě, dát jim kýbl do ruky ať jdou v noci uklízet, to je prostě... to nedělej to doma a nechtěj to dělat to tady, ale prostě jdou s kecama a udělej to, ale zase prostě, holky ti řeknou, že ho volá no prostě udělej to, nemám s tím problém. Jako kluci nemaj problém s některejma holkama, ale zase jsou holky který maj, který si s tím... Ale já tady v tom za téma sanitářema stojím. To jestli je sanitář, anebo doktor, je to chlap, který má nějaký vzdělání, i když učňák, to je úplně jedno, ale není to žádněj blb. Je to chlap od rodiny. A taky by se k němu měli chovat. A ne že třeba zrovna (jméno) která se k němu chová jako k posledním pohůnkům a chápu, že se jim to nelíbí. A tím pádem oni se pak chovají, na druhou stranu taky jim tyká. Ono je to stejnej článek na emergency jako kdokoliv jinej. A některý ty holky se k nim

*fakt chovaj hrozně. Jak k posledním pohůnkům a těm chlapům, vždyť to jsou chlapi od rodin, vadí jim to. A tím pádem ta zpětná vazba od nich je taky taková, že jo.*

Stav sanitářů se však postupně mění a je pravdou, že všichni uznávají, že tato změna je vidět a je k lepšímu. Navíc je faktem, že jsou dny kdy, ač je sanitářů plný stav a snaží se, nápor pacientů je tak vysoký, že stejně nemohou zvládat všechny požadavky. Jak říká P9: *„Jsou kluci, kteří standardně fungujou mizerně, ale ti co přišli noví a jsou tam necelej rok, tak ti šlapou jako hodinky. Je to poznat, že tak jako makaj, ale i tak jsou dny, kdy těch lidí je tam hodně a stejně se nestíhá a ti kluci nestačí. Prostě nestíhají objíždět rentgeny, ultrazvuky a zároveň odvážet příjmy. Z mého pohledu si myslím, že by klidně šel navýšit jejich početní stav. Jako jeden sanitář navíc se tam klidně dodat může. Oni jsou tam ve čtyřech, ale jeden má na starosti výjezdy sanitou, pokud je těch převozů víc, tak ho to vyblokuje na velkou část toho dne.“*

Lze říci, že pokud jsou vhodně vedeni a jejich práce je kontrolována a pokud mají pocit toho, že je s nimi jednáno na odpovídající úrovni, snaží se podat maximální výkon, který je ale občas přímo úměrný charakteru daného jednotlivce. Jde o základy práce s lidmi, což je dovednost, která není všem vlastní. Tedy je nutno zpětně hodnotit, kontrolovat kvalitu, vytknout nedostatky, ale také chválit, motivovat. Zhodnotil to informant P6: *„...když budou vědět, že seš detailista a že si pohlídáš, to co po nich chceš, když jim dáš nějaký příkaz a pohlídáš si to, aby ho splnili beze zbytku, tak oni už si to po druhý, po třetí rozmyslej. Ode mě měli bezprostřední zpětnou vazbu, že když se jim něco povedlo, tak to věděli, věděli to hned. A když něco zvorali, tak to věděli taky hned. Hned v tu chvíli, kdy to udělali.“*

#### Shrnutí kategorie č. 4:

OUM je vnímáno jako fungující soubor zdravotnických profesí, které dohromady tvoří dobře organizovaný pracovní tým. Tento tým snese srovnání s obdobnými uskupeními v jiných organizacích. Co se jednotlivých profesí týče, u lékařů je jako největší problém vnímána nízká pracovní efektivita, která se odráží na nárůstu hodin, které pacient setrvá na OUM. To je dáno zejména tím, že na OUM slouží spíše lékaři, kteří na toto oddělení přišli získat zkušenosti, což je sice jeden z hlavních úkolů OUM jako školicího centra, ale neměl by negativně ovlivňovat chod oddělení. Dalším faktorem, omezujícím profesní rozvoj lékařů je i jejich počet, který brání zapojení všech lékařů do odborně náročnějších výkonů a činností na OUM, což je typické pro interní část. Co se chirurgické části týče, je zde problematická komunikace a spolupráce mezi OUM a chirurgickou klinikou, která lékaře na chirurgickou část poskytuje. Služby jsou

obsazovány mladými lékaři, kteří musí pracovat na „více frontách“, tedy jak na OUM, tak na svých domovských odděleních, což se negativně odráží na rychlosti poskytování péče.

Co se sester týče, jsou vnímány jako nedílná součást systému poskytování péče na OUM. Je poukazován na kvalitativní rozdíl mezi dělesloužícími, zkušenými sestrami, které jsou ohroženy stereotypem a až syndromem vyhoření, a sestrami služebně mladšími, které zase jsou více entuziastické, ale na druhou stranu jejich pojetí práce neodpovídá představám starší generace. Chybí zde pojící prvek mezi těmito skupinami, reprezentovaný střední generací, která by byla schopna tyto skupiny navzájem propojit.

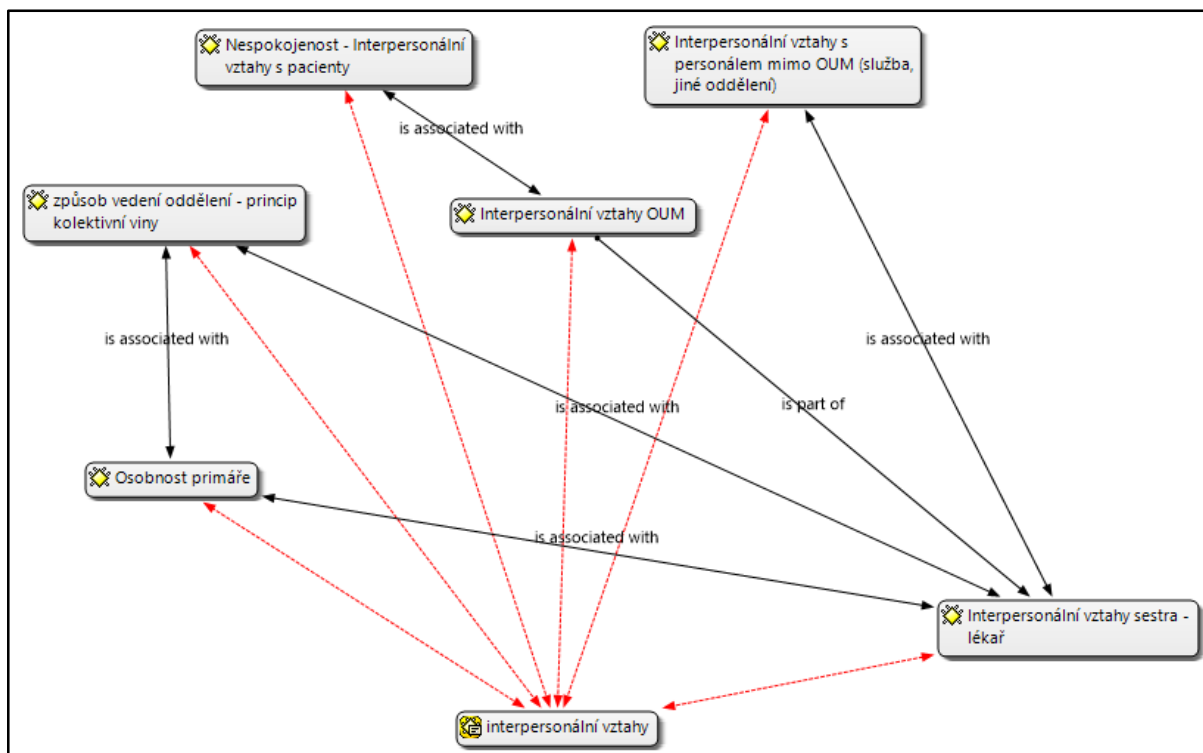
Poslední analyzovanou skupinou jsou sanitáři, kteří tvoří nejméně viditelnou, ale nesmírně důležitou část personálního poolu OUM. Jsou samostatně stojící pracovní skupinou, což sebou nese i nevýhody – jedna z největších je obtížnost kontroly kvalitního provedení jejich práce. Vzhledem k rozdílnosti osobností jednotlivých sanitářů je i s nimi i obtížná komunikace, zejména mezi sanitáři a sestrami. Je popisováno množství incidentů mezi těmito profesemi, kdy je ale zjevný princip kolektivní viny, aplikovaný na obě strany. Vedení OUM má snahy o narovnání a řešení problémů, nicméně to je ze strany sester vnímáno spíše jako hájení sanitářů před ostatními.

#### 4.2.5 Interpersonální vztahy na OUM

Vztahy na pracovišti jsou jedním ze stěžejních faktorů, ovlivňující celkový pracovní výkon zaměstnanců. OUM je společenství pracovníků, které je hierarchicky dělené, ale na druhou stranu tato struktura není nijak striktně udržována, což je dáno sociálním prostředím a společným zájmem všech zúčastněných. To, jaké mají mezi sebou vztahy, vazby a jak spolu jsou schopni komunikovat má obrovský dopad na stávající stav i na plánování rozvoje organizace. Bez kvalitního pracovního týmu nelze vybudovat kvalitní pracoviště a kvalitní tým bez optimálních vzájemných vztahů nemůže existovat.

Jako v každé lidské společnosti i na OUM není nic dokonalého a lidé mezi sebou zažívají a řeší jak pozitivní, tak negativní aspekty svých životů a práce. Hlavní oblasti tohoto fenoménu nám znázorňuje vztahová mapa na obrázku 17.





Obrázek 17 Mapa kódů kategorie „Efektivita zaměstnanců OUM“

Interpersonální vztahy na OUM se dají členit na tři základní okruhy. Prvním z nich je úroveň vztahů mezi jednotlivými pracovními skupinami na OUM jako takovém, dále jde o vztahy mezi personálem OUM a pacienty a také vztahy s dalšími zdravotníky, a to na jiných pracovištích, které však s OUM nějakým způsobem přichází do kontaktu. Samostatnou kapitolou je úroveň vztahů mezi personálem a osobou primáře oddělení. To se odráží na způsobu práce s podřízenými a na způsobu vedení oddělení.

Co se vztahů mezi sestrami a lékaři týče, OUM patří mezi dobré kolektivy. Emergency je pracoviště, kde jsou obě tyto skupiny v neustálém kontaktu, jak pracovním, tak i osobním, protože mají společné místo výkonu své práce. Navíc je činnost jedné skupiny podmíněna přítomností a prací skupiny druhé, takže odpovídající personální vztahy jsou jen výsledným produktem této kombinace. Pokud by vztahy nebyly kvalitní, nebylo by na OUM možno pracovat na takové úrovni, jaké je dosaženo.

Jako v každé nemocnici, je respondenty konstatováno, že existují oddělení, kde personál nechce pracovat, kde kolektiv není dobrý a kde si lidé navzájem i jistým způsobem škodí, což ale není případ Emergency. Navíc specifika práce, která není nezajímavým úplně zřejmá, jistý punc jedinečnosti a vysoká míra obtížnosti činí z personálu semknutou skupinu, která se podvědomě takto více či méně vůči ostatnímu personálu FN vymezuje.

To potvrzují i respondenti, za všechny citát P1: „Uhm... Hele... vždycky na exponovaném pracovišti, který vyžaduje vyšší nároky, najdeš vyhraněný osobnosti. Nikdy si nesesnou dokonale. Ale nepřijde mi, že by tam ty napnelismy byly nějaký veliký. Pokud to porovná s takovejma těma většíma internama, tak ty personální vztahy tam jsou relativně dobrý, jenom mi přijde, že někteří doktoři si úplně neuvědomunou, že medicína není od toho, aby byl populární, ale od toho, aby oddělení fungovalo.“

Lékaři jako skupina jsou velmi specifictí, což o sobě tvrdí i oni sami. Je to dáno i obtížnou formou přípravy a studia, kdy ne každý má kapacitu být lékařem, navíc sloužícím na takto exponovaném pracovišti. Proto je komunikace s nimi často velmi náročnou disciplínou. Samotný charakter oddělení někdy vede k tomu, že způsob komunikace, ať již mezi lékaři navzájem, nebo mezi lékaři a sestrami, není zcela adekvátní, ale to je běžný stav všech pracovních kolektivů. Na OUM fungují dobře adaptační mechanismy, které nedovolují tyto konflikty nechat přerůst a ovlivnit pracovní výkon. Jak říká P10: „Ale ten kolektiv, on není nijak špatnej. Když to porovná opět zejména s jednou JIPkou, kde sestra uznává ordinace pouze od vedoucího lékaře, tak tohle oddělení jako nemá zásadní problém. Sice na sebe občas brbláme, fajn, maj toho sestry hodně, my jsme taky občas protivný. Ale jsou relativně dobře nastavený kompetence, nestává se tam takový to tohle máš dělat ty a tohle dělat nemám, jde víceméně o to, jak se to bude dělat, a hlavně kvalitně. Zásadní kompetenční spor o tom, kdo bude jaký výkon dělat, jsem nezažil.“

Nicméně nic není dokonalé, ani na OUM. Sestry poukazují na to, že vztah s lékaři si musely obhájit a stálo je to velké úsilí, nastavit to na úroveň, která je nyní. „Jo ty vztahy jsou tam docela fajn a ti doktoři taky okrouhli z toho „já jsem emergentní lékař“, on je to člověk, který toho taky dělá hodně, někteří, ale to je zase o člověku, ale někteří jsou takový jako, pak jdou si píchnout tu arterku třeba, jo, zavolat si saniťáka na RTG, jo nebo když vidí, že toho mám fakt hodně tak, a jak je to tam osobní, jako nedovolovala, ne že to není o tom dovolení, ale vím, že jak je to takovej ten kamarádskej vztah, a že se známe, tak ten doktor když tlačí, tak já jsem schopná trošku víc zatlačit a taky mu říct: „heleď, jako máš pocit, že tady toho mám málo?“ Jo člověk, který tam leží 4 hodiny a ten doktor urguje kapačku nějakou, sorry, ale 10 minutek to vydrží, kor když tam mám 4 záchranky najednou.“

Sestrami je oceňováno to, že je respektována jejich práce. Lékaři rozumí tomu, že práce je nárazová a že ne vždy jde splnit v daný okamžik vše, co je ordinováno. Je to dáno ale tím, že je zřejmá snaha svou práci dělat dobře, že se nikdo nevymlouvá na systém proto, aby své povinnosti ošidil. To ale neznamená, že pokud se dostanou pod tlak, nenastanou konflikty. To

je zjevné zejména ve vztahu k organizaci práce a k prostožům, které se týkají vyšetřovaných pacientů. Navíc zde přetrvává zaužívaný archetyp vnímání sestry jako toho, kdo pracuje, ale nemá rozhodovací pravomoc, což je ale dáno i dělbou odpovědnosti za pacienta. Ačkoliv sestry mají poměrně vysokou odpovědnost za úkony a intervence, poskytované v rámci ošetrovatelské péče, celkově za pacienta odpovídá stále lékař. Někdy tak sestry mají pocit, že si lékaři jejich práci neuvědomují a až si jí neváží. Ačkoliv všichni lékaři akceptují fakt, že je práce sester náročná a vyvolává značnou pracovní zátěž, uvědomují si to až zpětně. Jako velký problém je sestrami vnímán určitý automatismus v úkolování lékaři. Na OUM je prováděno určité množství výkonů, které patří do kompetencí lékařům, sestrami a je bráno jako samozřejmé, že to tak je. Sestry nemají problém s výkonem těchto úkonů, nicméně je špatně, že je to považováno za standart, a to v tuto chvíli nebereme v potaz i možné právní důsledky. Proto sestry i odmítají potenciální navýšení kompetencí v budoucnu, protože mají pocit, že už tak lékařům značně ulevují, a to bez nějakého benefitu. Naopak, vede to z jejich pohledu k ulehčování lékařské práce, a jak říká informant P3 „*Pokud se navýší kompetence nám, doktoři už nebudou dělat vůbec. Doktor si řekne, že chce arterku a prostě já jdu a udělám to, je to jeho práce. Já škrtám žádanky na biochemii, co ordinuje doktor, ale on si to neordinuje, tam to prostě děláme automaticky u všech všechno. Jo. Já tisknu žádanku na RTG, taky je to protizákonný, koneckonců. Ted'ka přidali, že už se nesmí, tak se musí psát v knize proč. Taky to děláme my. Taky se ptáme my, taky zjišťujeme my, taky je posíláme my, jo, pod razítkem toho doktora. Jako mít v kompetenci ještě víc, tak máš práce ještě víc. Já bych to asi, v tom bych neviděla nějaký zlepšení... “*

Možná i proto je sestra na OUM vnímána zpravidla jako partner. To není věc, která je na všech odděleních standartní a sestry si také uvědomují, je to velký pokrok na rozdíl např. od standartních oddělení chirurgie. Je to pochopitelně spojeno i s osobnostními kvalitami lékaře. Jejich velká část, zejména internistů, se ztotožňuje s tvrzením P4 : „*Pro mě je ta sestra člověk strašně důležitý. To je člověk, bez kterýho já si tu práci neumím představit. Se sestrou jsem tým, беру ji jako parťáka, tu sestru. To není nic pode mnou, to je partner a doktor bez sestry nemůže být. “*

Je to ale také ovlivněno pracovní zkušeností daného lékaře. Bylo několikrát poukázáno na to, že je nutno pracovat s mladými lékaři a učit je vztahu k sestram, což jim v konečném důsledku usnadňuje výkon jejich práce. Prvopočátek tohoto problému je však již v okamžiku příchodu mladých mediků na stáž, což se stává často i na OUM. Na stážích mají často problém najít pro sebe uplatnění a místo vedoucího lékaře se jim musí věnovat sestry, které se ne vždy chovají

k těmto studentům adekvátně a tyto křivdy se logicky u některých mohou převést i dál, v rámci jejich dalšího praktického života. I to je důkazem potřeby kvalitních interpersonálních vztahů. Ale jak říká P9: „*To je to co se snažím naučit ty mladý kluky. Že prostě v případě (jméno), si myslím, že se mi to daří, v případě (jméno) o tom vím, ten je rezistentní vůči těmhle snahám. Nevím.... Ten se sestrama nevychází, a ony nevychází s ním, ty ho nesnáší, bytostně. Tak ono se vždycky někdo takovej najde, hlavně aby nefungoval jako takovej klín, kterej rozklídí celej ten kolektiv. Tam může podle mě být člověk, kterej není úplně odborně zdatnej, ale pokud umí vycházet s lidma.... A ty sestřičky taky nedaj nic zadarmo....“*

Lékaři se také shodují na tom, že sestry mají velký přínos v tom, jak se v době svých začátků na oddělení etablovali a jak se jim podařilo splynout se zajetým systémem. To značí, že sestra není jen důležitý element stran kvalitní ošetrovatelské péče, ale její činnost má praktický přesah i do sfér výkonu práce lékaře. „*Tím jsme si prošli všichni doktoři. Ano, sama můžu říct, že mě si sestry vychovaly, z části. Tak to funguje... Zčásti vychovaly, ale myslím si, že dobře. Když se to snažím toho (jméno) naučit, dělej to takhle, komunikuj s nima, mluv s těma sestrama, ta sestra je důležitá, a ono ne. Jak do dubu...“*

Složitá je již v předchozí kapitole zmíněná otázka spolupráce a komunikace s ostatními odděleními a pracovišti FN, které jsou na OUM navázány. Tím, že OUM je vlastní vesmír sám pro sebe a málo kdo pronikl do zákonitostí tohoto oddělení, je vymezeno mimo vnímání ostatními pracovníky. Pokud na OUM nikdo z těchto pracovišť nemá např. stáž, nikdy nepochopí, s jakými starostmi a problémy se zdravotníci na Emergency potýkají. To je stěžejní překážka v komunikaci mezi těmito elementy. Ačkoliv si všichni uvědomují, že oddělení dohromady tvoří jeden celek – fakultní nemocnici, je OUM často vnímáno jako ten, kdo do systému vnáší chaos a kdo přiděluje ostatním práci. To je z pohledu lidské přirozenosti vždy vnímáno negativně. Toto je personálem OUM vnímáno velmi negativně. „*Jako velkej problém, co mě jako taky štve, vlastně nás všechny je komunikace s lůžkovou částí nemocnice, kdy je obrovskej a diametrální rozdíl komunikovat s člověkem, kterej na Emery pracoval a s člověkem, kterej tam v podstatě nikdy nebyl.“*

Nejde pouze o oddělení navázané na OUM v rámci nemocniční péče, ale i pracoviště péče přednemocniční. Často je poukazováno na pochybení posádek záchranných služeb, které se poté přenáší na OUM a tím navyšují i práci, kterou je v rámci zdravotnických intervencí provádět. Jak říká informant P1: „*No, nebyl jsem příznivcem toho, aby se kydalo na jiný pracoviště, ale některý výkony jsou natolik tristní, nevyptat se na základní věci, typu rodinný anamnézy a indikace dle příznaků typu „paní omdlela, vezeme synkopu a ty se dozvíš, že*

*nehýbala pŕlkou tĕla a dozvíš se to až od rodiny, který zavoláš, protože dáma si to nepamatuje a záchranář se na to nezeptal, to jsou velký problémy, no. My si s tím umíme poradit. Ale jde tady o čas a zvyšuje se riziko komplikací. Nasírá to lidi, trošku to otravuje.... Nejhorší je, podrejšvání morálky. Ve chvíli, kdy ty bys viděl, že všichni okolo tebe jedou na plnej plyn a jsou fakt dobrý a ty máš rezervy, tak tě to bude tlačit k tomu, aby ses zdokonaloval. Ve chvíli, kdy ty vidíš na záchrance, že tam dělají naprostí jantaři, který poserou co můžou, na oddĕleních pak komunikuješ s arogantníma starýma vedoucíma, který medicínsky nedosahujou úrovnĕ svojí arogance, případně s mladejšma doktorama, který vŕbec netuší, která bije, tak ti doktoři tam mají pomĕrnĕ malou vnitřní motivaci k zlepšování.“*

Jde o problémy, které jsou pro OUM stĕžejní, stran optimální funkce systému péče. OUM je mezičlánkem, pojícím mostem mezi péčí v terĕnu a péčí ústavní, takže musí mít vybalancovanou spolupráci a komunikaci s obĕma těmito světy. Bohužel, jak již bylo zmiňováno, personál OUM necítí pro svou práci na navazujících oddĕleních odpovídající podporu. Co se posádek ZZS týče, pozitivní dopad na komunikaci má to, že řada záchranářŕ prošla OUM jak studenti, či mají stále nějakou formu pracovního úvazku a proto mají k tomuto druhu práce blízko.

Mnohem větší problém je právě na úrovni oddĕlení, které z OUM přijímá pacienty. Jejich neochota a také stálý nedostatek volných lŕžkových kapacit může negativně ovlivnit úroveň poskytované péče. Co je také faktem a nepoukazuje se na něj, z hlediska krizového managementu by OUM mělo mít rozhodovací právo o umístnění pacientŕ na jednotlivá pracoviště tak, aby byla zachována akceschopnost a krizová kapacita celé FN. Obtížnou komunikaci mezi oddĕleními je tato schopnost často limitována. „Stran toho vlastního přijetí těch lidí to není až tak zlé, tam je to spíš o konkrétních lidech, co je větší problém je to, že na to kolik je akutních pacientŕ, tak je problém s elektivními příjmy. Je velké množství s elektivními příjmy, tady ty lidi se nemaj.... Nejsou vytvářena akutní lŕžka, a někdy zaznamenáváme snahu ze strany těch oddĕlení, že rozptylují ty dimise, že zadržují ty lidi na oddĕlení déle, než by museli, proto aby blokovali to lŕžko, aby se tam nepřijmul někdo akutní. Toho dotyčného nemůžou propustiti v pondĕlí, ale až v úterý, protože ví, že v úterý je plánovaný příjem, kterým to zase zaplácnou a nebudou mít akutní příjem.“

Bohužel, je to ovlivněno i lékaři, kteří jsou za vytváření míst a za samotné příjmy odpovědní. Komunikace s těmito lidmi je často velmi obtížná a to je hlavní zdroj těchto problémŕ. OUM se tak setkává s určitou formou arogance moci a s nekompetentností, která pramení z nedostatku zkušenosti práce na oddĕlení, typu Emergency. „Je to typické u těch mladých

*doktorů, tam strašně jde vidět, že dokud neslouží na emery, tak jsou oprsklí jak.... Jsou drzí, mají tisíce dotazů, tisíce vytáček, tendence diskutovat o tom, školit nás jak malý Jardy po telefonu, a jestli opravdu to a ono, dokud tím neprojdou. Pak se většina z nich zklidní...“*

Co se obtížné komunikace se sestrami jiných oddělení týče, hodně pomohl projekt výměnných pobytů, kdy se sestry chodily v rámci stáží dívat, jak to vlastně na OUM funguje. Od té doby na pracovištích, které se do tohoto zapojily, klesl rapidně počet stížností na práci OUM a zlepšila se celková spolupráce, včetně komunikace. Toto však není možno aplikovat na lékaře a zejména na vedoucí pracovníky jiných oddělení. Poukazováno je ale také na to, že za tento stav může i nárůst kmenových lékařů OUM, kteří ztratili kontakt se svými původními pracovišti. Dochází tak k jakémusi rozevírání nůžek mezi OUM a ostatními odděleními. Situaci dokresluje informant P7: *„Takže se ztratil kontakt s internama, a tudíž se nám jako i hůř přijímá, je to s kecamo, protože lidi, kteří tady kdysi pracovali ve službách, nebo přes ten den tak už nevědí, jaký to tady je, jak se to tady vyvinulo, a už nemají důvod nám vycházet vstříc, protože když museli bejt tady, tak museli mít dobrý vztahy se svým oddělením, s tady tím a všechno bylo snazší. My, tím že jsme kmenoví, jsme ztratili návaznost péče. Jen málo z nás si jakoby kontroluje pacienty, nebo si zve na kontroly. A my tady si všichni myslíme... obecně ty mladý, já si své lidi vždycky kontroluju, ale ty mladí už nevědí, co udělali, farmakologicky, nebo terapeuticky tomu člověku. Tady jsme se vždycky dozvěděli v té službě, že přijali jsme tohle a nějak to dopadlo, a oni to viděli. Ted' ne. Chybí tady prostě zpětná vazba a to je velkej průšvih, jako tohle. Tím, že jsme ztratili kontakt se všema...“*

Výsledkem je potenciální izolace OUM a nárůst možných konfliktů, které mají svůj původ pouze a jenom z neznalosti věci. A další doprovodný efekt je diskontinuita péče, která ale v současném systému fungování OUM je logickým vyústěním, které nelze vnímat jako úplné negativum, ale jako prostý konečný stav. Tento stav ale může být stresovým faktorem, který má potenciál zatěžovat personál nad únosnou mez. *„Většina času se stráví telefonováním. Ty zpravidla víš, co s tím člověkem máš udělat i kde by měl asi ležet, ale všude tě pošlou do prdele, musíš furt hledat lůžka. Musíš se furt doprošovat a to je to, co mě tady sere. A to maximálně, protože ti lžou na oddělení, že nemaj, a přitom ty vidíš, že maj šest volnejch a jeden příklad za všechny, před lety nám pardubickéj dispečink nahlásil, že tam někde vítr něco shodil v továrně, že neví, kolik je tam zraněných a kolik bylo lidí vůbec vevnitř, ale ať se nachystáme na potencionálně hromadnej příjem raněných. Takže my jsme začali obvolávat všechny lůžka a já nevím, tady bylo původně avizovanejch šest JIPkových lůžek, šest, nevím... osm ventilátorů, a na standartu deset míst, jo? No a pak když jsem zavolaal těm doktorům, jsem je postrašil tím, že*

*hele průser, možná tady budou desítky zraněných, musíme vědět, kolik máte přesunutelných míst, lidí na standard, domů k propuštění okamžitě no a z těch šesti postelí máš najednou třicet. Ventilátorů taky a na standartu z deseti míst třeba padesát. To je neuvěřitelný....“*

Tento příklad jen ilustruje to, že jde o problém, který se netýká pouze OUM a nemá snadné řešení. Navíc se opět dostáváme k tématu hierarchie pracovníků v nemocnici, kdy odpovědnost za pacienta ne vždy koresponduje s možnostmi, které daný lékař v danou chvíli na OUM má. Týká se to zejména mladých lékařů, nucených komunikovat se staršími kolegy, kteří nosí více akademických titulů, což je v této konkrétní FN mimo jiné i známka příslušnosti k dané společenské skupině. Jsou okamžiky, kdy je péče o pacienta negativně ovlivněna formou komunikace mezi lékaři, jak vypovídá např. P10: *„Mě vadí, že to nemáme kam dát, že všichni lžou a jenom ti vyhrožujou a nadávaj, jo, to je to co je nejvíc zatěžující, ty se tady ... spousta těch mladejch se bojí zavolat, protože když tam slouží profesor na Jipce, tak je prostě pošle do prdele a bude ti vyhrožovat, bude si na tebe stěžovat, jo, tak ho radši přijmeš někam jinam, tam jsou zase nasraný, že tady ten člověk by měl být spíš na Jipce a je to takový prostě to zastrašování v týhle nemocnici je strašný.“* Jde o problém, který je skrytý pod povrchem a nelze jej odhalit běžnými metodami. Je to o charakteristice daného pracoviště, o sociálních vazbách a o zvyklostech, které jsou nastaveny a které jsou v čase možné či nemožné změnit.

Zásadní vliv na interpersonální vztahy na OUM má osobnost primáře. Nejedná se o to, že je vnímán negativně podřízenými z důvodu svého pracovního sociálního postavení na pracovišti, spíše je brán jako rozporuplná osobnost, která svým jednáním vědomě i nevědomě významně ovlivňuje sociální ovzduší pracovního kolektivu.

Je zřejmý rozdíl ve vnímání osobnosti primáře nelékařským a lékařským personálem. To je dáno jednak odbornými kvalitami, které jsou nezpochybnitelné, jednak i tím, že primář jako vedoucí pracovník řeší otázky chodu OUM spíše s lékařským stavem, zatímco sestry jsou ponechány v podřízenosti vrchní sestry, která funguje jako mezičlen a vedoucí prvek pro personál nelékařský. Primář je uznáván napříč OUM pro své kvality odborné, kdy se jedná o lékaře, odborníka na traumatologii i na urgentní medicínu. Jak říká informant P2: *„Hodně lidí nepochopilo, že šéf tam není od toho, aby byl kamarád, ale že je tam od toho aby šéfoval, což tam se děje. On je tak silná osobnost, právě, já si poměrně potrpím na formality, protože ty pomáhají udržet, udržet to velení a řízení i normálnímu člověku. On je skutečně taková osobnost, i když vystupuje velice kamarádsky, nebo neformálně, tak nemá vůbec problém tam udržet železnou kázeň. Tohle je velice zajímavý, ale je to daný osobností toho člověka. Je obtížné prosadit se v nemocnici jako lékař, třeba v personálních vztazích, spousta chirurgů jsou divný,*

*taky kvůli tomu. A když je chirurg, který je profesionálně stoprocentní, že prostě tím to začíná podle mě, nebo tak se na to dívám já, že je prostě stoprocentně dokonalý odborník, nikdo lepší není v zemi. Možná, že jsou stejně dobří, ale nemyslím si, že by byl lepší traumatolog a urgentista v republice.“*

Z toho vyplývá i přístup primáře k vedení OUM. Na hodně lidí působí velmi přátelským dojmem, nicméně jeho podřízení jej takto často nevnímají. Od personálu OUM je vyžadována kázeň a dodržování zásad, které jsou dlouhodobě cestou primáře nastaveny a které jsou striktně vymáhány. Bohužel, v tomto ohledu se často projevuje rozdíl ve vedení nelékařského a lékařského stavu. Je to na jednu stranu pochopitelné, protože lékaři mají k sobě z podstaty věci blíže, a je to zřejmé např. tím, že na denní hlášení a porady chodí pouze lékaři, ačkoliv minimálně vrchní sestra a vedoucí sestry směn by se těchto, z manažerského hlediska důležitých činností, měly účastnit také. Sestry stále do bližšího kruhu spolupracovníků nepronikly a v brzké budoucnosti ani nejspíše neproniknou.

Je zřejmý i dvojitý přístup k řešení vzniklých problémů. Jinak jsou podporováni a hodnoceni lékaři a jinak sestry, což má bohužel negativní dopad na vztahy mezi lékařským a nelékařským stavem OUM. Na sestry je často aplikován princip kolektivní viny, kdy za pochybení jednoho člověka jsou vyvozovány důsledky pro celý kolektiv. Jak říká P4: *„Jsou věci, který mi vadí, Jako takhle. Sama za sebe, za svoji osobu, s tím nemám zas tak zásadní, velký problém, co se mi moc nelíbí, byť neznám pozadí, je občas přístup k tomu střednímu personálu. Přijdou mi nedocenení. Přijde mi, že se hážou do jednoho pytle a že se nereflektuje, že je tam několik lidí, co opakovaně dělají problémy a jsou házený do jednoho pytle s ostatníma, zobecňují se ty problémy, místo aby se řešily s konkrétníma osobama. Mám pocit, že princip kolektivní viny tam funguje obzvlášť u tech sester. A ty sestry, které jsou schopné, a které odvádí kvalitní a dobrou práci, tak pak z tohodle důvodu odchází. Což mi přijde, že je špatně. Nevidím pozadí a nevidím systém oceňování práce, do toho už vůbec nevidím.....“*

Jde o věc, která je velmi negativně vnímána celým spektrem nelékařského personálu a je na ni poukazováno i některými lékaři. Na druhou stranu, o úrovni vztahů mezi sestrami a lékaři vypovídá i to, že velké části lékařů je to jedno, respektive si těchto věcí nevšímají. Pozitivně vnímají, že v případě potřeby a např. konfliktu lékaře s pacientem se za ně primář OUM vždy postavil, což potvrzuje např. P10: *„....z pozice sebe jako lékaře jo. Vždycky se za mě můj šéf postavil. Když to ze strany pacienta nebylo oprávněný, vždycky se za mě můj šéf postavil. Tohle je jedna z věcí, za které jsem mu velice vděčná a co je strašně dobře. Takhle to všude určitě*



*není, to je jasný. U spousty sester ale nevím, jak tohle funguje. Do toho nevidím. Tam nejsem schopná posoudit, jak ty holky vnímají, že se za ně postaví.“*

Bohužel, postavení primáře je ovlivněno způsobem komunikace s podřízenými. Je bez diskuze, že jde o nezávidění hodnou pozici, která je velmi náročná na odbornou i osobnostní charakteristiku jedince a právě primář je ten, kdo hájí zájmy OUM vůči ostatním oddělením a managementu FN. Vnímání této práce ale silně narušuje způsob komunikace, kdy chybí určitý druh zpětné vazby, která by pracovníkům OUM poukázala na problémy, které se řeší a za které je nutno na vyšší úrovni se zasadit. Lze namítnout, že podřízení tyto doprovodné okolnosti nemusejí vědět, protože se jedná o záležitosti mimo jejich úroveň pracovního zařazení a jejich akční rádius. Na druhou stranu to vrhá na nadřízeného, tj. na primáře špatné světlo, protože jeho podřízení prostě nemají možnost vědět, co a kde pro ně a v jejich zájmu jedná a obhajuje. Jak vypověděl informant P5: *„Pak druhá věc, jako výš co, to zas jako oni třeba teď na XX, že oni mu něco řeknou, že to... jenže on je zase takovej, on prostě já mu to vyčítám, proč není v tomhleto on s nima komunikativní. Oni prostě zas nevidí, to co vidím já z druhé strany, že on třeba, já vím, že oni si na něco jakoby stěžují támhle něco z neurologie, tohle, a on jim to odkejve, jo, ale on prostě jde, jde tam zavolat. Já to vím a řeší to. On by měl k nim mít zpětnou vazbu, on by měl přijít za tejdén v pondělí a říct: Tak jsem tam zavolal, prostě a ... já se o to snažím, já se o to snažím, že je občas prostě ... napíšu jim email hromadný, protože v pondělí je tam 10 lidí tak že jim děkuju za tu práci nebo prostě tohleto. Prostě oni potřebujou chválit.“*

Osobnost primáře není jednoduchá, ale faktem zůstává, že oddělení vede dobře. Jeho podřízení ale nemají pocit podpory a hlavně, nevidí práci, kterou pro oddělení dělá, což má na jejich pracovní morálku negativní vliv.

Jak vyplývá z předchozího komentáře, jako velké negativum je ve spojení s osobou primáře i absence nějaké formy motivace a podpory. Nejedná se o finanční ocenění, jde opravdu spíše o formu psychické podpory, formy ocenění nasazení a kvality odvedené práce. Vše se odvíjí od toho, jak je nastavená výměna informací na vertikální rovině pracovního kolektivu, což na OUM nefunguje zcela optimálně, zejména ve vztah k sestram, protože lékaři mají s primářem snadnější informační kanály a tok informací je umocněn i systémem jejich společné práce. Vypovídá o tom např. i tento komentář: *„Myslím, že by měl on je chválit víc, že by on je měl chválit víc. Teď měli prostě problém, největší problém tady pořád jsou peníze, že jo, to bude prostě pořád a teďka odměny, že jo. Byly rušený? Že nedostali třeba před Vánoce. On je prostě chlap, kterej prostě na to zapomněl, a když jsem se ho na to zeptala, že to jsem tu asi nějak nebyla, řekl: no nenapsal jsem to, dám jim to v lednu. Já mu říkám, oni na to čekaj tak už*

*před těma Vánoce. Já vím, že 3 tisíce kvůli mně, jako on si řekne ty jo, co jim to pomůže, ale oni už že za to teda, za to, že si jich váží nebo tu práci, že tohleto. Pak tam dostali kolik, tam dostali tolik, ale zas on jim to nevysvětlí.“*

Jde o detaily, které ale silně ovlivňují výsledný efekt. Primář zastává metodu autoritativního vedení oddělení, což nemusí být špatně, obzvláště ve vztahu ke konkurenčnímu prostředí OUM a tlaku na udržení kvality péče, nicméně nelze takto fungovat ve všech aspektech vedení oddělení. Pokud zaměstnanci mají pocit podpory a zastání svého vedení, jsou ochotni a schopni fungovat i v módu silné autority manažera, což je typické např. pro armádní kolektivy. Tento pocit ale velká část personálu, zejména nelékařská, postrádá. Nabízí se tedy otázka, jak důležitá je tato složka personálu pro samotného primáře. O tomto nastavení vypovídá i citace informanta P6: *„Tam chybí něco jako, taková ta, to poplácání po ramenou od toho vedení, taková ta morální podpora. Jako jo je to těžký, ale děláte to dobře a jsme rádi, že tu jste. Něco takovýho. Ale mělo by to být něco hmatatelnýho a myslím, že tyhle ty lidi, tak jak si nestěžujou, tak ani nejsou zvědaví, aby je někdo furt hladil po hlavě a plácal po zádech. Ale neměli by tam být takové fauly. Já vím, že to XX nedělá schválně, ale jako třeba zapomenout dát holkám odměnu před Vánoce, prostě je špatně.“*

Tato komunikační nedostatečnost se tak odráží i v pochopení celkového pojetí činnosti a filosofie OUM, což se prokázalo již v předchozích oblastech kvalitativního hodnocení OUM.

#### Shrnutí kategorie č. 5:

Kolektiv OUM je považován za dobrý, což v porovnání s jinými odděleními a kolektivy nebývá v rámci FN standardem. Způsob práce na OUM vytváří unikátnost a jedinečnost tohoto oddělení. Komunikace mezi sestrami a lékaři je funkční, kdy jsou nastaveny mechanismy a adaptační procesy, které nedovolují eskalaci potenciálních konfliktů na úroveň, ovlivňující výkon práce obou složek personálu.

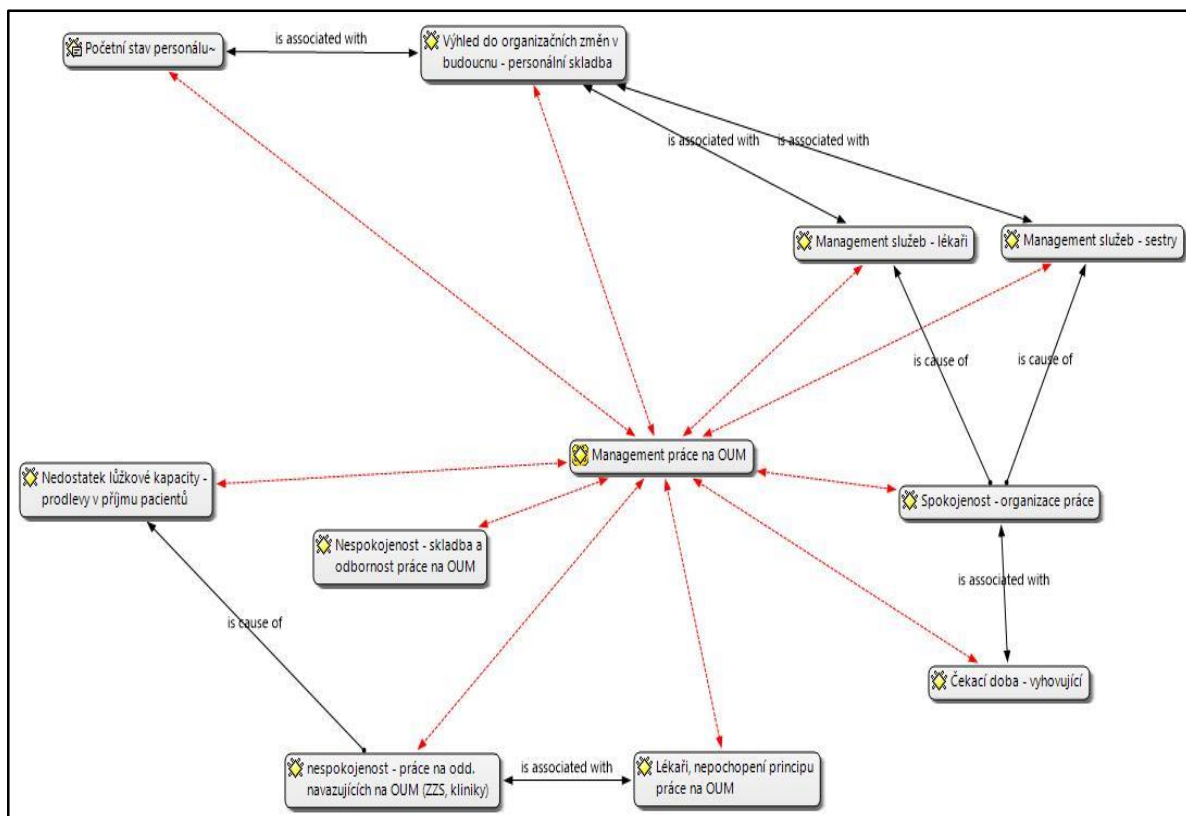
Sestry oceňují, že lékaři akceptují jejich profesi jako důležitou součást činnosti celého zdravotnického týmu OUM a že povětšinou chápou specifika, které s sebou jejich profese nese. Bohužel, sestry stále nejsou zakomponovány do řídicích procesů OUM, stále jsou považovány za prvek výkonný. Je zde patrný problém s úkolováním sester, které je v konfliktu s jejich odbornými kompetencemi. Na druhou stranu toto vede k vyššímu uznání práce sester a k akceptaci sestry jako partnera v léčebném procesu. Sestra je rovněž lékaři vnímána jako důležitý element v adaptačním procesu nově příchozích lékařů na OUM.

Značné problémy jsou personálem vnímány v oblasti komunikace s navazujícími prvky léčebného řetězce, tj. s odděleními, které přebírají pacienty z OUM. Problematika komunikace ve vztahu s příjmem pacienta, nedostatečné lůžkové kapacity a spádu pacienta má dopad na úroveň a kvalitu vztahů napříč FN a odráží se i v dalších aspektech, které nejsou v této oblasti hodnoceny, jako je např. krizové řízení fakultní nemocnice apod. Komunikace s navazujícími prvky je významně ovlivněna i hierarchickým postavením zainteresovaných osob, kdy ne vždy je lékař OUM adekvátním partnerem k jednání s lékařem cílového oddělení, což je dáno určitým principem moci a síly ve spojitosti s pozicí v organizaci a akademickým titulem. Ačkoliv jsou nastaveny mechanismy a standardy, které mají tyto problémy řešit, jejich vymáhání a dodržování je problematické.

Samostatnou kapitolou komunikace na OUM je osobnost primáře oddělení. Je to člověk, všeobecně uznávaný pro své profesní kvality a pro to, kde se OUM nyní nachází. Nicméně je zde zřejmý rozdílný přístup k lékařskému a nelékařskému stavu, umocněný problémy v komunikaci a neschopností přesvědčit své podřízené o filosofii a principech práce OUM. Tento handicap je nahrazován autoritativním způsobem vedení, který je sice v těchto podmínkách efektivní, ale v dlouhodobém hledisku má negativní dopad na morálku personálu.

#### 4.2.6 Management práce na OUM

Tato kategorie otvírá nové konsekvence již popsaných kódů, které se vzájemně prolínají a vytvářejí tak ucelený obraz okolností, ovlivňující výkon práce na OUM. Dobře nastavený management práce je zásadním prvkem, který zasahuje do všech oblastí chodu oddělení. Jednotlivé aspekty tohoto fenoménu nám přehledně znázorňuje vztahová mapa na obrázku 18.



Obrázek 18 Mapa kódů kategorie „Management práce na OUM“

Management práce na OUM je ovlivněn několika oblastmi. Jako první, spojená i s výhledem organizačních změn v budoucnu, je personální stránka OUM, tj. personální obsazení tohoto oddělení.

Drtivá většina respondentů se shodne na tom, že početní stav personálu je nedostatečný zejména ve vztahu k nelékařům. Co se lékařů týče, je na OUM personální dostatek, místy až přebytek pracovníků. Sester ale je nedostatek, což se odráží i na struktuře služeb a vytíženosti sester během směn. Liší se pohled respondentů na to, jak zásadní tento nedostatek je a nakolik ovlivňuje samotný chod oddělení. Ze strany lékařů se nejedná o zásadní personální problém, protože OUM jako takové funguje a kvalita péče je zachována. Nicméně samy sestry mají na tuto otázku odlišný pohled, což je dáno i tím, že se jich to bezprostředně dotýká.

O názoru lékařů na danou věc vypovídá informant P1: „...takže toho, že je tam relativní nedostatek sester, tak ještě situace nevybírám svou daň tak, jak by mohla. Na druhou stranu, co se doktorů týče, každé je nahraditelné a kdo tvrdí že ne, je vůl.“

O tom, jak se k problematice staví sestry, naopak vypovídá informant P5: „Samozřejmě časem se ukázalo, že ti pacienti přibývají čím dál víc a ten personál nestačí. Ten personál nestačí podle mě ani v současné době.“

S nedostatkem nelékařského personálu se v dnešní době potýkají zdravotnická zařízení napříč Českou republikou, tuto konkrétní fakultní nemocnici nevyjímaje. OUM má naplněnost tabulek sester na 100%, což není běžný jev. Nicméně je zde otázka celkového navýšení tabulkových počtů. Do tohoto vstupují i požadavky, které jsou na sestry OUM kladeny. Je zde předpoklad toho, že by měla mít absolvovanou návstavbu ARIP cestou NCO NZO v Brně, což prodlužuje dobu přípravy sestry o několik let. Ze strany managementu OUM proto zaznívají i názory, že by bylo vhodné částečně stav sester sanovat zdravotnickými záchranáři, kteří nemají tak dlouhou dobu odborné přípravy, jako plnohodnotná sestra se specializací pro intenzivní péči. Není ambicí zcela nahradit sestry, které tvoří plnohodnotnou pracovní jednotku, ale jejich početní stav doplnit větším množstvím záchranářů, kteří by po zapracování byli schopni zvládat poměrnou část spektra ošetrovatelské péče, poskytované nelékařským personálem na OUM. Hovoří o tom např. informant P2: *„Pro mě je mnohem přínosnější sestra se specializací ARIP, než záchranář... udělat sestru s aripem, to ale trvá, to je strašně těžký, je to mnohem těžší, než mít za tři roky záchranáře, a protáhnout ho třeba rok na áru...“*

Také se projevuje to, že personálně podhodnocený nelékařský personál rozptyluje svou činnost i výkony, které by zastal personál pomocný, a tím by uvolnil ruce a čas sestrám pro výkon adekvátním odborným činností. Je nutno jasně definovat, co je ošetrovatelství a co již je pouze pečovatelství, které nevyžaduje natolik erudovaný personál. Vypovídá o tom např. informant P6: *„...musíme doplnit ten stav o ten ošetrovatelskej stav, ktorej bude dělat tu méně odbornou práci. A budou nosit mísy, umývat ty pacienty, být jim k ruce. Tohleto je myslím věc, co by zkvalitnila a nebylo by to tak drahý. Nemít jenom... a byli by tam ti lidi určitě užitečný. Těm holkám by se obrovsky ulevilo. Mohly by dělat odbornou práci, mohly by připravovat léky, mohly by je podávat, mohly by telefonovat, mohly by zařizovat ty vyšetření, dělat tu logistiku, tu organizační věc.“*

S problematikou personálního obsazení a celkově i s organizací práce na OUM je spojen i určitý manažerský záměr, resp. výhled organizačních změn, které by se na OUM mohly v budoucnu odehrát. Rovněž zde se mezi respondenty objevilo několik názorových proudů, které lze sjednotit pod několika společnými tématy. Co se lékařského stavu týče, je zde stále tlak na to, aby OUM fungovalo jako školicí centrum a aby jím prošla řada mladých lékařů, kteří poté po návratu na své mateřské kliniky budou na takové profesní úrovni, že budou zvládat jak své neakutní, tak v případě nutnosti i akutní pacienty. To se ale pochopitelně odráží na úrovni péče a na kvalitě práce poskytované lékaři na OUM. Tato problematika již byla řešena v předchozích oblastech.

Mnohem zajímavější jsou názory a návrhy, které se týkají navýšení kompetencí a hlavně odpovědnosti sester, což je v danou chvíli spíše akademickou diskuzí, která nemá oporu v aktuálně platné legislativě. Prvotním předpokladem je to, jakým způsobem usnadnit práci lékaři a zefektivnit celkově činnost na OUM. Jak říká P2: *„No, ale kdyby sestry měly mít větší odpovědnost po tý škole, souhlasím, a musel by se přebudovat ten systém, tak tím by se uspořilo tomu lékaři. Ta sestra toho pacienta lékaři jakoby předtráví. Ona udělá anamnézu, tam bude mít všechny ty otázky, na který já se ptám, ono to uspoří čas, já spoustu těch otázek se ptám jenom proto, že jsem tak jako viděl, že se na to ptaj, a jenom bych měl vyloučený, že ne. Tohle, kdyby mi sestra udělala, a podepsala to, takže by za to odpovídala, takže se dokáže, že to ten pacient doopravdy měl...“*

Dále se respondenti shodli na tom, že by bylo vhodné zvýšit počet nejen sester, resp. nelékařského personálu, ale také počet pomocného personálu, tedy sanitářů. Jde o pracovní složku, která je často opomíjená, ale v kontextu poskytované péče zcela zásadní. Co se personálního složení týče, je zde obecný názor, že by kvalitě a celkově určitému usnadnění poskytování péče cestou sester pomohlo navýšení počtu sester do směn včetně napevno stanovených staničních sester, které by odpovídaly trvale za práci na svém úseku. To ale není možno opět bez pevného navýšení počtu kmenových tabulek, se stávajícím personálním obsazením toho nelze docílit. *„...že si tě nejvyšší management zeptá, kolik máš sester staničních. Ty řekneš: „žádnou“. Tak se tomu strašně divěj. Za 10 let nikdo neví, že tady není žádná staniční sestra? To je jako, otázka zněla: „To jako všechny sestry máš pod sebou ty?“. Já jsem řekla: „já nemám žádný staniční sestry“. „No já jsme si mysleli, že máš jednu na interně a na chirurgii“ Já říkám: „ne já mám jenom vedoucí sestry, těch je třeba 10, který se nepravidelně střídaj“, a to je prostě smutný.“*

Často se objevoval názor, že je nutno dál pracovat na modelu vzdělávání sester na UOM. Ačkoliv je práce sester a jejich erudice všeobecně uznávána, i přes to zaznívalo, že je třeba dbát na to, aby po odborné stránce byly neustále udržovány na odpovídající úrovni. Je to dáno specifickým charakterem práce, kdy sestra OUM musí ovládat aspekty práce jak na interní, tak na chirurgické a urgentní části oddělení. Ačkoliv je pro to ARIP jako specializační studium dostačující, je svou obsahovou náplní určen spíše pro jiné typy oddělení. Nástin tohoto modelu dokumentuje např. informant P7: *„...by tady ale měla nějak probíhat erudice a vzdělávání jakoby na emergenci. Možná prostě chce trénovat v akutních stavech, jo, což se tady neděje. Nebo co se týká těch sestřiček, tak pokud se to děje, tak já to nevidím, nebo je to nějak podprahově, co si řeknem. Můžete jí přijít třeba vyškolit sádru, jak se sádruje, to je podobný,*

*jo ale ted' bych, já bych asi uvítal, kdyby se to dělalo pravidelně, jo, periodicky, jo třeba každý druhý pondělí, jo, něco proberem a řeknem si a ukážem si na kreši, aby bylo prostě pravidelný vzdělávání.“*

Jako klad je vnímáno i to, že se na OUM neřeší do důsledku zdravotnická a zejména ošetrovatelská dokumentace, která je vnímána silně negativně. Do budoucna je zde tlak na to, aby tento stav zůstal zachován.

Co se managementu práce sester a lékařů týče, jejich aspekty byly řešeny již v předchozích oblastech, zejména v oblasti efektivity práce zaměstnanců OUM a oblasti uspokojení práce zaměstnanců OUM. Ve vztahu k managementu práce lze konstatovat, že výše popsané aspekty jsou poplatné i pro tuto oblast, zejména co se týče efektivity práce, která je odlišná na chirurgické a interní části – díky jinému počtu kmenových lékařů a jiné sestavě sester. Faktorů, které ovlivňují spokojenost či nespokojenost s výkonem práce, bylo rovněž v dřívějších kapitolách popsáno velké množství. Tyto aspekty se pochopitelně odrážejí společně s problémy akceptace filosofie práce na oddělení v celkovém pojetí managementu práce OUM. Těchto faktorů je celá řada a velká část z nich si zaslouží zamyšlení a následné řešení cestou managementu OUM, nicméně ačkoliv mohou vyvolávat u personálu negativní konotace, všeobecně lze konstatovat, že nastavení managementu práce na OUM neovlivňují tak dramaticky, aby to vyvolalo u pracovníků OUM odmítavou reakci. Na druhou stranu, je nutné přiznat i fakt, že tento stav je dán i tím, že zdravotníci vnímají současnou situaci jako dílem nevyhnutelnou, dílem doufají v postupné změny k lepšímu v budoucnu.

Obdobně funguje i problematika čekacích dob pacientů. Její vnímání je ze strany personálu pozitivní, kdy její délka není brána jako negativum provozu a pokud dochází ke stížnostem ze strany pacientů, tyto stížnosti nejsou vnímány jako opodstatněné. Naopak, čekací doba je personálem považována za známku kvalitního nastavení provozu OUM a tvoří jednu ze složek, vyvolávající spokojenost s nastavením pracovních procesů OUM. Velkým negativem je spíše průchod pacientů OUM a dále nemocničním zařízením, které ač je regulováno řadou nařízení, nefunguje dle personálu optimálně a to se negativně odráží na celkovém pojetí práce na OUM. Tato problematika ale již byla také probrána, zejména v oblasti interpersonálních vztahů a celkové nespokojenosti.

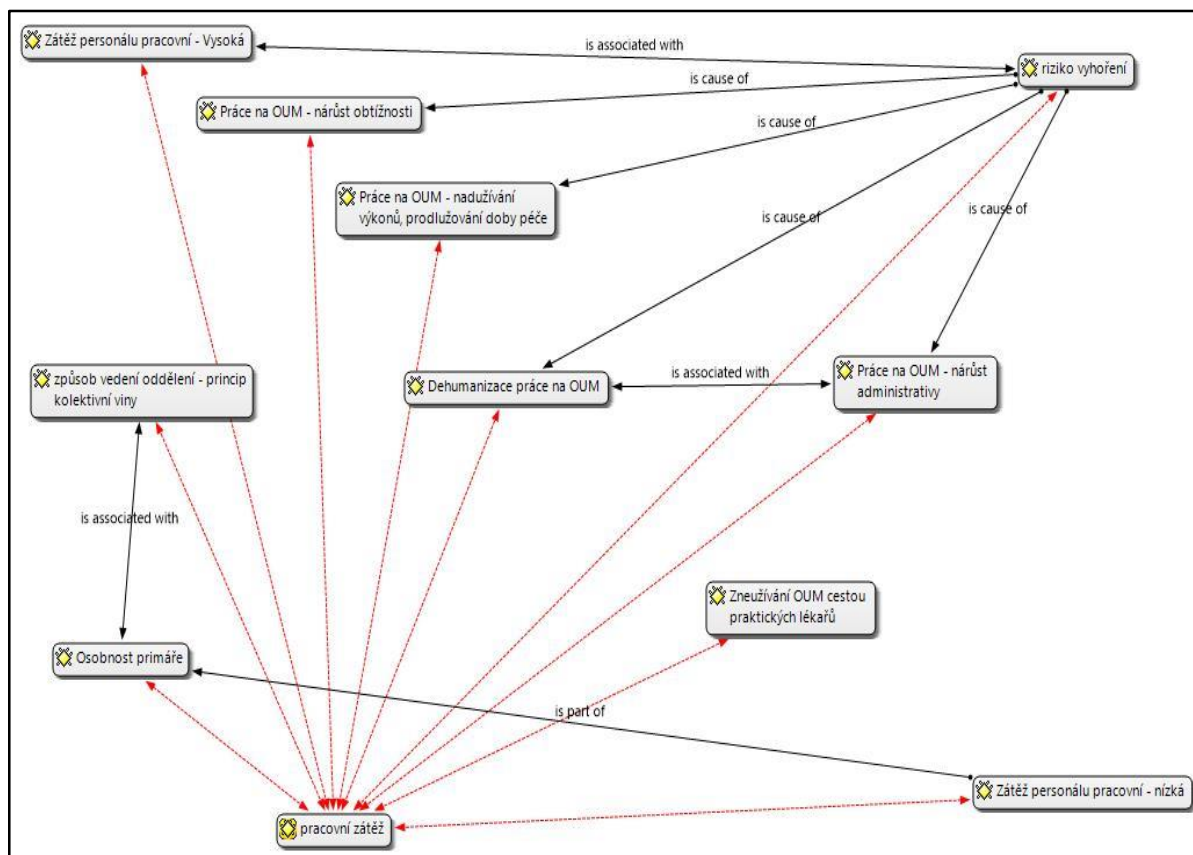
#### Shrnutí kategorie č. 6:

Souhrnně lze konstatovat, že management práce na OUM je v danou chvíli nastaven tak, aby OUM fungovalo s maximální efektivitou, která je ale získávána, mimo jiné na úkor personálu.

Jde ale o situaci, která se uklidní jednak delší dobou činnosti OUM, které je stále považováno za mladé oddělení, které nemá zcela odladěny všechny aspekty své činnosti, a jednak i konkrétní identifikací negativních faktorů a proaktivního přístupu managementu oddělení, který má za úkol pracovat se zaměstnanci a dle zásad leadershipu je nasměrovat a podpořit tak, aby tato negativa byly odstraněny, či využity k zlepšení stávající situace.

#### 4.2.7 Pracovní zátěž na OUM

Pracovní zátěž je faktor, který je vlastní všem exponovaným zdravotnickým oddělením. Jak píše Basu, Qayyum a Mason (2017), v řadě odborných publikací je doloženo, že personál, pracující např. na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačních jednotkách či na urgentních příjmech jsou vystaveny zvýšené pracovní zátěži.<sup>111</sup> Otázkou tedy zůstává, jak je tato zátěž vnímána informanty ze zkoumaného OUM, což přehledně znázorňuje vztahová mapa na obrázku 19.



Obrázek 19 Mapa kódů kategorie „Pracovní zátěž na OUM“

<sup>111</sup> BASU S, QAYYUM H, MASON S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. Emergency Medicine Journal 2017;34(7):441-7.



Oblast pracovní zátěže na OUM je definována dvěma protichůdnými názory, které vytváří vztahovou osu všech kódů, které se tohoto fenoménu týkají. Na jednom pólu se nachází pracovní zátěž, vnímaná jako značná, na druhém ale zátěž, která dle mínění informantů na OUM není zásadní, vysoká. Tento názor je ale spíše názorem menšiny která spíše než akceptaci vystavení zátěže má posunutý subjektivní práh vnímání zátěže tak, že pro ně jinými deklarované podněty zatěžující nejsou. To dokumentuje informant P1: *„...tím máš ty dvě části kde máš jiný spektrum pacientů, bejvaj jinak vytižený, částí roku, kdy máš přetížený jak lůžka, tak ambulance je relativně málo, většinou je to dislokovaný do jedny, nebo druhý části a lze přesouvat personál tak, aby byly vykryty tyhle potřeby, to klade důraz na řízení a dynamiku provozu, ale hlavně ti to umožňuje změnu, můžeš tvrdit, že ta nízkoprahová část je (vulgarita), že to je lehká medicína, náročná na házení papírů vidlema, ale pořád ti to umožňuje si psychicky odpočnout od lůžek, a udržuje tě to ve větším rozhledu.“* Obdobně hodnotí zejména práci sester na OUM i informant P10: *„Když srovnám práci sestry na lůžkový kardiologii, která má na starosti 15 lidí a denně dělá průměrně 4 příjmy, tak si myslím, že ten záprah je neskonale větší.“* Nicméně jde o subjektivní hodnocení, které srovnává oddělení, které jsou svým charakterem naprosto odlišné. Pro práci sestry na OUM hovoří mimo jiné i již několikrát zmiňovaná nárazovost práce a nutnost odborné adaptability, kdy musí umět fungovat nejen v jednom odborném módu, ale musí umět i plynule přecházet z jedné specializace do druhé.

Všeobecně tedy lze říci, že OUM je pracoviště, kde je personál vystaven zátěži, která může významně ovlivnit pracovní výkon. Nárůst zátěže byl na OUM postupný, což dokládá např. informant P3: *„No já když jsem nastoupila před sedmi lety, když už jsem jako by byla zaměstnanec, tak to tam taky takhle nebylo, pak se to podle mě zlomilo po nějakých dvou letech to tak nějak začalo jít do kytek a prostě takovej ten všeobecný nárůst toho všeho. Jak lidí volajících záchranku v neurgentních stavech jako neohrožujících život, tak ta záchranka to prostě musí odvézt, že jo do toho špitálu.“* Pracovní zátěž tak není definována závažností diagnózy, která může být závažná, ale personál je vycvičen tento urgentní stav zvládnout. Spíše jde o nárůst celkového počtu pacientů a doprovodných činností, které je nutno učinit, což bylo doloženo i v předchozích kapitolách, zejména týkající se celkové nespokojenosti. Nadužívání výkonů, obtížnosti práce, společně s pocitem dehumanizace práce logicky vede i k riziku

výskytu syndromu vyhoření, které je právě na tomto typu oddělení poměrně častým jevem, což potvrzují práce Ponceta (2007) či Chuanga (2016).<sup>112,113</sup>

O náročnosti pracovních směn vypovídá i komentář informanta P8: „...16 služeb měsíčně 12 hodin v kuse. Jo, že tu 12 prostě, kterou já odpendluju, že si ráno udělám kafe a večer jak odcházím z práce tak ho ledový v pŕlce nedopitý tak vylejvám, jo tak to, je mi to šumák ted'ka. Ale dá se to rok, dva, pak už je to třetí, čtvrtý, ale žádný léto, samý nadčasy, furt seš v práci, v takovýhle práci kdy prostě jedeš jako takovejhle robot na tom pásu a jako jo, neodpočineš si, po nočních na denní a furt, a imrvére a žádný léto, žádný volno...“

Tento subjektivní prožitek práce na OUM v různých podobách rezonuje napříč sesterským stavem a je evidentní, že pokud je vnímání pracovního nasazení takto negativní, je riziko syndromu vyhoření aktuální. Situace se poněkud liší u lékařů, kteří nejsou nasazeni ve dvanáctihodinových službách a mají větší možnost duševní i fyzické regenerace. Na druhou stranu je to vyvažováno odpovědností, kterou snesou za každého pacienta. Sestry jsou zejména ohroženy pocitem frustrace z toho, že jejich práce se transformovala více v technickou než humánně-holistickou profesi a tak nejsou schopny pacientovi poskytnout adekvátní péči ve všech aspektech, které si v danou chvíli zaslouží. To má za důsledek pravý opak v přístupu, tj., odmítání prvků péče nad určitý rámeček, který je v danou chvíli minimální a vede to k narůstajícím konfliktním situacím nejen s pacienty, ale i s lékaři, včetně primáře oddělení. Dokumentuje to výrok P3: „Vono to není, jako mě všichni ti říkali, že jsem vyhořela a já říkala, já nejsem vyhořelá, to není o tom jako by, že profesně vyhoříš, tam mě vadilo, jak ten nápor tý práce a jak ty pak máš toho jako, mě vadilo, to, jako člověku, na prvním místě, že já neměla čas, dát tomu pacientovi péči, kterou jako mu náležela. Já neměla čas, jo „dobrý, den, jako pojďte, sedněte si, bolí vás něco, trápí vás něco?“ Mladá holka dvacetiletá, která se prostě ožrala a vzala prášky a tak dále, tak to byla prostě kráva jo a prostě ted'ka tam a blije a bla bla, jak chce cévku atd. a vůbec jsem už nekoukala na to, že to je prostě třeba chudák holka, jo v tíživé životní situaci, že ve dvaceti letech si sáhne na život a už jsem byla ve fázi, kdy mě to bylo úplně jedno, pro mě to byla prostě jako ...“

Riziko vyhoření je dále částečně potencovááno i způsobem vedení oddělení. Již v předchozích kapitolách bylo zmíněno, že oddělení je vedeno silně autoritativně a ve vztahu ks sestřám je

---

<sup>112</sup> PONCET, M.C. TOULLIC, P. PAPAŽIAN, L. KENTISH-BARNES, N. TIMSIT, J.F. POCHARD, F. CHEVET, S. SCHLEMMER, B. AZOULAY, E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. American journal of respiratory and critical care medicine, 2007.;175(7).

<sup>113</sup> CHUANG, C.H. TSENG, P.C. LIN, C.Y. LIN, K.H. CHEN, Y.Y.. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. Medicine, 2016;95(50).

aplikován princip kolektivní viny. Právě tato nerovnoměrnost v řešení provozních problémů a selhání vedou k narůstající frustraci a pocitu otupění, kdy lze říci, že je to i jeden z důvodů personální fluktuace sester. Komentuje to např. informant P4: „*Jeden z důvodů odchodu zkušených sester...? Nevím, jestli jeden z těch hlavních, ale jeden z důvodů je přístup vedení. A pak ještě kvůli přetížení. To je dáno tím, že ne každá sestra pracuje stejně aktivně, jsou sestry, které se vyhýbají práci, takže ve chvíli, kdy je ta zkušená a zdatná sestra s tou línou sestrou, tak je prostě přetížená o to víc, pak ten princip kolektivní viny, kde prostě je perzekuována ta schopná sestra na úkor té líné sestry, které se to většinou ani nedotkne, pak případně nějaký finanční ohodnocení. Z pohledu sester neadekvátní tomu, co tam odvádí.*“

Nicméně riziko vyhoření si personál uvědomuje a s touto myšlenkou sám pracuje, což je pozitivní zjištění a dává potenciál k preventivní činnosti, která by tomuto negativnímu jevu zabránila. Popisuje to tento citát: „*Myslím si, že i tak člověk může vyhořet jako fakule a odejde. Záleží, jak moc do toho jde osobním nasazením, záleží, jak zrovna.... Měla jsem období, kdy už moc nechybělo, abych od tama vypadla, protože už jsem toho měla plný zuby a stejně tak jako jsem odcházela s interny, tak jsem zvažovala, že odejdu z emery. To že teď je to vyklidněný, je jedna věc, může se stát, že se změní situace a já bud rychle utíkat pryč. Může to přijít z měsíce na měsíc, téměř kdykoliv.*“ Je ale zjevné, že charakter práce a způsob jejího výkonu má potenciál přivést kohokoliv na pokraj formy kolapsu, který je počátkem právě vyhoření.

Opět se dotýkáme problematiky vedení a samotné podpory pracovníků tohoto oddělení. Ačkoliv jsme zjistili, že jejich motivace pracovat na OUM je stále vysoká, není to hodnota, využitelná nekonečně, bez její stimulace. Vzniká tak zdání, že se personál dostává do bodu, kdy jejich interní motivace začíná být vyčerpaná a kdy očekávají nějaký stimul, potvrzující jejich vnitřní přesvědčení o tom, že konají správně a že jejich práce má smysl. Potvrzuje to i tento citát: „*Potřebuje to nějakou podporu. To oddělení je po deseti letech pořád ještě mladý. A hlavně ta fáze, kdy jsme jakoby lezli nahoru, ta byla relativně krátká. Myslím, že jsme se zastabilizovali tak během prvního roku. Pak je taková fáze euforie a pak nám postupně narůstají počty pacientů a teďka je potřeba pracovat nějak na té logistice. Na tom, jak se z toho nezbláznit. Teď se na nás nabalujou nějaký nový úkoly. XX s XX to dělaj každej na tý svojí úrovni. XX u doktorů a XX u sester. Prostě vydržte. Pochoduj nebo zemři. Což jako jo, ale je škoda, že prostě... hele, z té starý party, ono o tom dost vypovídá ta fluktuace těch lidí. Samozřejmě, že nějaká obnova personálu být musí, ale já myslím, že bohužel odchází lidi, který do toho byli zapálení. Že neodcházej lidi, který to neměli rádi.*“

Svůj vliv na tuto situaci má již zmíněný autoritativní systém vedení oddělení. Ten pochopitelně nelze úplně ztracovat, protože jde o systém, který ve spojení s kvalitním vedoucím velmi výkonný a o výkon jde na OUM především. Spíše je potřeba se zamyslet nad tím, jak velký tlak je tímto výkonem vyvíjen na pracovníky a jak dlouho jsou pod tímto tlakem schopni pracovat v delším časovém horizontu. Ačkoliv se jeví, že není problém nahradit pracovníky, kteří odešli na jiná oddělení, je to možným potenciálním zdrojem negativních faktorů, působící právě na požadovaný pracovní výkon. Jen zapracování a sladění nového pracovníka na jeho pozici v týmu OUM není otázkou několika dní a klade to nároky nejen na něj, ale i na kolegy, kteří se podílejí na jeho zaškolení a tím tříští svou pozornost od pracovního výkonu. Častá obměna pracovníků má také neblahý vliv na celkovou soudržnost a stmelení kolektivu, který je základní pracovní premisou tohoto oddělení.

Dalším faktorem, který se podílí na pracovní zátěži, je i narůstající míra unifikace a stereotypu, který je doprovodným jevem všech rozvíjejících se organizací. Na OUM je však vysoká míra unifikace dána i používanými metodikami a guidelines, které jsou pro výkon této práce nezbytné. Jeví se, že je nutno nalézt stav, kdy míra stereotypu a rutiny, bude stále ještě ku prospěchu věci a nebude fungovat jako faktor, ubíjející pozornost personálu a negativně působící na jejich psychiku. Názorně to shrnul i informant P6: *„ČR je specifická tým, že se začíná úplně na zelený louce a co nemocnice to unikát. Těch modelů a různých konceptů je mraky. To co se tady povedlo, je, že je to bezprahový a že to je takovej ten "kejs mix", kterej opravdu odráží tu akutní klientelu. Od blbostí až po polytrauma. Pro ten personál, je to na jedny straně zatěžující, na druhý straně je to pořád udržuje v nějakým pohybu. V tom jak ty holky střídaj ty jednotlivý úseky, tak a, choděj i na tu pohotovost a choděj do recepce, tak jim to prostě dává nějakou... Ale už to tak běží dlouho. Už by to chtělo jako by nějakou, zkustit něco na tom aktivně zapracovat a trošku to vylepšit. Jako prostě když máš auto, sériovku, a jezdíš, jezdíš, jezdíš a časem si vyprofiluješ nějaký styl jízdy, kterej ti vyhovuje, jo. A chtěl bys lepší tlumiče, lepší pneumatiky, kvalitnější, trošku poladit motor. Takový jakoby jemný detaily, Některý věci prostě už se dělaj, protože se tak dělaj. Se těch lidí zeptej na to proč? Už ti neřeknou. Tady se to tak dělá.“*

S tímto stavem je úzce spojen právě způsob vedení oddělení. Autoritativní způsob řízení lze kvalitně praktikovat v okamžiku, kdy se vedoucí obklopí týmem, který mu dává zpětnou vazbu a podněty, vedoucí k trvalému progresu stavu na pracovišti, což se o aktuální situaci na OUM říci nedá. Pohled vedoucího se tak stává neúplným a to vede k častému nepochopení manažerských kroků a rozhodnutí ze strany podřízených, což se logicky vedoucí snaží sanovat

ze své pozice ještě pevnějším postojem a způsobem řízení. To ale vyvolává zpětnou reakci u podřízených a jde o neukončitelný proces, který lze řešit pouze rozšířením vedoucích pozic a rozmělnění výkonu řízení. Jde o obtížný krok a citlivý proces, který je v podmínkách FN obtížně proveditelný, a to z mnoha důvodů, které jsme si již v předchozích kapitolách zmínili – hierarchické rozvrhnutí pozic, potřeba řídit, potřeba udržení morálky a disciplíny, tlak na udržení kvality péče. Lze to shrnout pod jeden termín, proaktivní vedení, jak názorně vyplývá a potvrzuje komentář informanta P6: „...a dostáváme se myslím k té podstatě věci, to pro aktivní vedení. Prostě, buď to můžeš nechat, jak to běží, a koukat se, co ty lidi vydržeš a hlídat jen takový ty velký excesy. Když jim začne okrádat pacienty, nebo chodit opilej do práce, to jsou věci, který do žádnýho zaměstnání nepatřej. No, anebo je to o tom, že půjdeš po těch detailech. Ono by bylo krásný to provázat dohromady, ale ve chvíli, kdy já chodím s podnětama, že by bylo potřeba se starat se o tyhle detaily, a jakmile to udělám, tak mi řeknou, že prostě to není důležitý, tak...“

Na druhou stranu, jde o oddělení, kde není prostor k pochybení a je nutno udržovat zajaté standardy, které zajišťují bezchybný chod. Personál si musí být vědom, proč a nač jednotlivé procesy jsou a jak jsou nastaveny a i toto vědomí by mělo fungovat preventivně před vyšším pracovním zatížením. Úkolem managementu je podřízeným vše vysvětlit a zajistit pochopení těchto aspektů jejich práce s tím, že pokud budou mít pocit spolupodílení se na chodu oddělení, jejich práce bude o to kvalitnější.

#### Shrnutí kategorie č. 7:

Mnoho faktorů, které se týkají pracovní zátěže OUM bylo zmíněno a dáno do souvislostí v kapitole, týkající se nespokojenosti. Nicméně je zde stále několik faktorů, zasluhující si pozornost.

Je bezpochyby, že práce na OUM je vysoce zatěžující a toto přetížení se negativně odráží na pracovním výkonu personálu. Pracovní zátěž je vnímána více intenzivně sestrami, což je dáno jejich směnným, dvanáctihodinovým systémem a početním stavem, který neumožňuje systematictější způsob rozepsání služeb.

Je paradoxní, že ačkoliv je fakt, že je práce na OUM zatěžující, akceptován, neexistují zde žádné kompenzační mechanismy, které by této situaci ulevily, či ji nějak řešily. Pocit frustrace z vysokého počtu pacientů a neadekvátní skladby jejich diagnóz, společně s pocitem neadekvátní podpory od vedení vede k vnitřnímu rozkolu a podporuje negativní subjektivní vjem pracovní zátěže. Faktem nicméně zůstává, že práce na OUM vysoce zatěžující je.

V tomto ohledu selhává úloha vedoucího, který sice skvěle zvládá roli leadera OUM a garanta kvality odvedené práce, ale bez ohledu na dopad tohoto přístupu na stav personálu. Na OUM je udržována vysoká pracovní morálka a pracovní tempo, za cenu zvyšujícího se tlaku na zainteresovaný personál. Proto je zde i vysoké riziko výskytu syndromu vyhoření. Druhým efektem tohoto přístupu je vysoká fluktuace personálu, což je sanováno vysokým zájmem zejména nelékařského personálu FN o práci na OUM, ale je zatěžující pracovní proces z důvodu náročnosti zapracování nových členů zdravotnického týmu.

Na OUM je vnímána absence proaktivního způsobu vedení oddělení, s tím, že lze akceptovat myšlenku, že vedoucí oddělení tam není pro to, aby nebyl v pozici přátelské, ale aby vedl kolektiv i za cenu neoblíbených manažerských rozhodnutí, což je osud všech vedoucích pracovníků. Měl by ale ve svém týmu mít někoho, kdo tyto opatření a celkově filosofii chodu OUM dokázal adekvátně vysvětlit všemu personálu, a to adekvátně jejich postavení a rozhledu.

## 5 Diskuze, doporučení pro praxi

Můžete děti vléci temnotou, ale musíte jim dát světlo.

*Terry Pratchett, spisovatel (1948-2015)*

OUM bylo pomocí situačních analýz charakterizováno jako mladé, vyvíjející se pracoviště, reflektující potřeby moderního zdravotnického systému České republiky. Jde o oddělení unikátní, atraktivní pro zaměstnance a důležité v mnoha aspektech poskytování zdravotní péče. Nicméně bylo prokázáno, že je značný rozdíl v pojetí „Emergency“ v České republice a v jiných státech světa, s rozvinutým zdravotním systémem. To je dáno zejména odlišností v celkovém chápání principů poskytování zdravotní péče – rozdíly mezi systémem bismarckovským, poplatným České republice a dalšími. To se zákonitě podepisuje i na celkovém způsobu činnosti tohoto typu oddělení a na skladbě pacientů. Jak uvádí např. Kern a další (2019),<sup>114</sup> ve Spojených státech velká část pacientů urgentního příjmu touto cestou řeší absenci svého praktického lékaře a finanční náročnost zdravotní péče, což v podmínkách ČR legislativně řeší nastavený systém povinného zdravotního pojištění.

OUM je bezprahové oddělení, fungující jako multioborové pracoviště, plnící úlohu přechodového prvku mezi přednemocniční a nemocniční péčí. V rámci SWOT analýzy bylo zjištěno, že se na tomto oddělení objevuje řada silných a slabých stránek, které mohou ovlivnit chod tohoto pracoviště. Nejzásadnějším „škodícím“ faktorem se projevilo riziko syndromu vyhoření, zejména z důvodu nárůstu počtu pacientů a rostoucí odborné náročnosti na poskytovanou zdravotní péči. To je ale průvodním jevem všech oddělení tohoto typu, což potvrzují studie např. práce Kilcoynové (2007),<sup>115</sup> která prokázala tyto faktory u sester urgentních příjmů v Irsku, či studie Hunsakerové (2015),<sup>116</sup> která obdobné faktory potvrdila u sester na urgentních příjmech v USA.

I proto je velmi zajímavé, že se tyto fakta nepodařilo potvrdit psychologickým šetřením personálu OUM. To bylo provedeno pomocí dotazníkové baterie, zaměřené na zjištění stavu psychické kondice a výskytu potenciálních negativních jevů, které mohou psychiku pracovníků

---

<sup>114</sup> **KERN, LM., et al.** Fragmented ambulatory care and subsequent emergency department visits and hospital admissions among Medicaid beneficiaries. *The American journal of managed care*, 2019, 25.3: 107-112.

<sup>115</sup> **KILCOYNE, M. et al.** Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The, 2007, 25.2: 21.

<sup>116</sup> **HUNSAKER, S. et al.** Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015, 47.2: 186-194.

ovlivňovat. Předpoklady pro šetření byly podloženy výsledky studií, které dokládají správnost zaměření dotazníkové baterie. Např. Fišerová (2019)<sup>117</sup> ve své práci uvádí, že mezi psychické faktory informanti nejčastěji uváděli špatný zdravotní stav u mladých lidí, infaustní diagnózy pacientů, nárazovou a rychlou práci, interpersonální vztahy, velký příliv nemocných, špatnou organizace práce, stížnosti na personál a směnný provoz. Proto bylo šetření zaměřeno právě na výskyt negativního jednání na pracovišti, na úroveň psychického stavu a na skupinovou atmosféru OUM.

To, že jsou pracoviště urgentních příjmů všeobecně považována jako místa s vysokým potenciálem stresové zátěže zaměstnanců, bylo potvrzeno i prací Yanga a dalších (2001),<sup>118</sup> který provedl srovnání mezi sestrami urgentních příjmů a standartních oddělení, včetně měření hladiny kortizolu a který prokázal, že sestry urgentních příjmů jsou vystaveny vyšší stresové zátěži, než sestry na standartních odděleních. Nicméně v rámci psychologické analýzy OUM se nepodařilo prokázat ani výskyt vyšší psychické zátěže, ani dopad této zátěže na pracovní výkon a na skupinovou atmosféru na pracovišti. Obdobné výstupy měla studie, prováděná mezi polskými sestrami, jak popisuje Uchmanowiczová (2019).<sup>119</sup> Nicméně tato práce se netýkala pouze sester v intenzivní péči, ale všeobecně všech sesterských odborností.

Je možno se domnívat, že je to částečně dáno prokázanou vysokou motivací k výkonu práce na OUM, což může být faktor, velmi kladně ovlivňující vnímání výskytu negativ na daném pracovišti a je stěžejním prvkem v oblasti řízení lidských zdrojů, jak píší Šafránková a Šikýř (2017).<sup>120</sup> Kollarikův test ŠSA dokázal, že je kolektiv OUM sestaven dobře a že vysoká úroveň jeho spolupráce je jedním z klíčových faktorů, pozitivně ovlivňujících chod celého OUM. Proto tento výsledek nekoresponduje se zjištěními jiných studií, které dokládají interpersonální vztahy jako jeden ze stěžejních zdrojů negativních faktorů na pracovišti, jak píše např. Zavotsky(2016).<sup>121</sup>

Výtěžnost dotazníků mohla být ovlivněna i vlivy, přímo spojené s výkonem práce na OUM. Jak říká Giddens (2003), nevýhodou dotazníků je možnost vysokého zkreslení ze strany

---

<sup>117</sup> **FIŠEROVÁ L.** Zátěžové faktory zdravotníků na urgentním příjmu. Diplomová práce, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Brno, 2019

<sup>118</sup> **YANG, Y. et al.** Salivary cortisol levels and work-related stress among emergency department nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2001, 43.12: 1011-1018.

<sup>119</sup> **UCHMANOWICZ, I. et al.** Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2019, 9.1: e024296.

<sup>120</sup> **ŠAFRÁNKOVÁ, J. ŠIKÝŘ, M.** Perspektivy rozvoje lidského potenciálu: Výzvy současné praxe řízení lidských zdrojů. Ostrava: KEY Publishing s.r.o., 2017. ISBN 978-80-7418-279-2

<sup>121</sup> **ZAVOTSKÝ, K. E. CHAN, G. K.** Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 2016, 38.2: 133-146.



respondentů. Respondenti sdělují pouze svůj individuální pohled na danou situaci (např. na své chování), mohou se pokusit vykreslit se v lepším světle či na otázky odpovědět lživě.<sup>122</sup> Velký vliv může mít i míra motivace k vyplnění dotazníku a celkově obava z porušení anonymity poskytnutých dat. Proto byl dán mnohem větší zřetel na výstupy kvalitativního šetření, které je charakteristické mimo jiné i individuálním přístupem ke každému z probandů.

Kvalitativní výzkum odhalil řadu informací a faktorů, které již korespondují s výše popsány mi zjištěními u jiných pracovišť shodného typu. Nicméně tím, že jde o kvalitativní šetření, je stále nutno mít na zřeteli fakt, že výstupy nelze zevšeobecňovat a že se jedná pouze o subjektivní hodnocení dané situace každým informantem.

Velice silně byla informanty vnímána otázka zkušenosti s pracovní zátěží na OUM, což bylo i výzkumnou otázkou kvalitativního výzkumu. Byl potvrzen značný vliv pracovní zátěže a vjem narůstajícího množství objemu práce na jednotlivé pracovníky. To koresponduje i s popsanou problematikou „overcrowdingu“, která sice v českých podmínkách není aktuálním tématem, ale dle výstupů jednotlivých rozhovorů se stav na OUM tomuto problému již může blížit. To má i konotace se spokojeností zdravotníků na pracovišti a s potenciálem ovlivnění kvality poskytované péče. To potvrzuje i studie Erikssonové (2018), která dokládá přímou souvislost mezi pracovní zátěží, vysokým počtem pacientů v jeden okamžik na emergency a rizikem pochybení ze strany zdravotníků.<sup>123</sup>

Jako velkým problémem se projevilo samotné pojetí OUM jako pracoviště, kdy je patrný nesoulad v pochopení filosofie činnosti oddělení jako bezprahového pracoviště, což lze dát do souvislosti s výzkumnou otázkou, jak vnímají informanti úroveň oddělení. Všichni probandí se shodli na tom, že OUM je pracoviště, které je po odborné stránce na velmi vysoké úrovni, plně srovnatelné s pracovišti obdobného typu na světě. Tento dojem podporuje i zařazení tohoto OUM mezi 13 poskytovatelů péče typu I.a, tj. se statutem centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti, viz příloha E.

Ačkoliv je OUM všemi vnímáno jako vysoce prestižní pracoviště, nepochopení zaměření oddělení vede k pochybnostem personálu, zejména sester, o smyslu jejich práce a je to potenciálním rizikovým faktorem i v rámci interpersonálních vztahů, zejména mezi lékaři a sestrami, protože každá profese vnímá roli UOM odlišně. Rozpor mezi vnímáním OUM jako

---

<sup>122</sup> GIDDENS, A. Sociologie. Praha: Argo, 2003. ISBN 978-80-257-0807-1.

<sup>123</sup> ERIKSSON, J. et al. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. Journal of clinical nursing, 2018, 27.5-6: 1061- 1067.

urgentního pracoviště, určeného pro pacienty v kritickém stavu a naopak jako oddělení, fungující jako třídící síto všech příchozích pacientů do fakultní nemocnice je základním impulsem všech konfliktů, které jsou informanty ve vztahu k pracovnímu výkonu vnímány.

Na tento problém poukazuje i studie Strady (2019), která dává do souvislosti právě problematiku overcrowdingu a mimo jiné i způsob pochopení filosofie práce urgentního příjmu.<sup>124</sup> S touto problematikou jsou pak spojeny další faktory, které mají potenciál negativně ovlivnit chod oddělení, jako je způsob vedení OUM a úroveň komunikace managementu OUM s podřízenými, dopad možné frustrace z práce na celkovou psychiku respondentů, doložená vysoká fluktuace personálu, dehumanizace práce atd. Pokud se personál jednotně shodne na filosofii OUM jako bezprahového pracoviště, které není určeno pouze pro urgentní pacienty, bude to personálem bráno jako fakt a strategie k zvládnutí pracovní zátěže budou vycházet z tohoto pojetí, nikoliv z pojetí oddělení, určeného zejména k řešení akutních stavů, ohrožující život pacienta.

Sestry popisují, že díky vysokému množství pacientů se na OUM vytrácí podstata ošetrovatelství, tedy oboru zabývajícího se pacientem v jeho celistvosti. Zkracování času, který je možno pacientovi poskytnout, je negativním doprovodným jevem práce na OUM a je vyvolávající příčinou frustrace sester z výkonu jejich profese. To je v kontrastu s vysokou motivací k výkonu práce, která je napříč personálem OUM. Ahlstedt (2019) dokládá, že právě vysoká motivace sester je jedním z hlavních faktorů, které jim pomáhají překonávat možná úskalí a stres vyvolávající podněty v rámci výkonu jejich profese.<sup>125</sup>

V kontrastu s výše napsaným je délka pobytu pacientů na OUM, která je vnímána personálem jako narůstající a tím i zatěžující. Je popisován rozpor mezi potřebou rychlé zdravotnické intervence a uvolnění kapacit OUM a pak prodlužování délky pobytu na OUM, vyvolané užíváním širokého spektra diagnostických metod, které jsou paušálně indikovány. Je to spojeno i s problematikou nadužívání či zneužívání péče cestou příjemců, kteří tak zkracují dobu, kterou jsou jinak nuceni čekat na daná vyšetření či léčbu u svých praktických či odborných lékařů, kde jsou původně registrováni. Tento problém je mimo české prostředí popisován např. Olshakerem

---

<sup>124</sup> **STRADA, A. et al.** Do health care professionals' perceptions help to measure the degree of overcrowding in the emergency department? A pilot study in an Italian University hospital. *BMC emergency medicine*, 2019, 19.1: 47.

<sup>125</sup> **AHLSTEDT, C. et al.** What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 2019, 89: 32-38.

(2009),<sup>126</sup> což dokazuje jeho narůstající významnost s ohledem na plánování poskytování tohoto typu zdravotní péče v budoucnu.

Z její práce vychází i najevo, že pro sestry bylo důležité, aby lékaři a kolegové respektovali a důvěřovali jejich znalostem v každodenní práci. To se potvrdilo i v kvalitativním výzkumu OUM. Na „Emergency“ se dle informantů podařilo docílit toho, že pracovní kolektiv je sestaven tak, aby každý z jeho členů byl plnohodnotnou součástí celku. Odbornost sestry je akceptována a uznávána napříč spektrem pracovníků OUM. Tato problematika se týká položené druhé výzkumné otázky, jak jsou vnímány mezilidské vztahy na OUM.

To, že je profese sestry na OUM uznávána neznamená, že kolektiv není ovlivňován vzájemnými interpersonálními konflikty. Rozpory mezi lékaři a sestrami existují a mají různé vyvolávající příčiny a jako jedna z hlavních je poddimenzování početního stavu sester na OUM a tím jejich přetížení, což vede i k napětí v rámci mezilidských vztahů. Nedostatek sester je však celospolečenský problém a není aktuální pouze na OUM, nýbrž se stává problémem celé vyspělé Evropy, jak potvrzuje např. Sansoni (2016).<sup>127</sup> Obdobným problémem je komunikace s odděleními, které jsou navazující v rámci poskytování zdravotní péče. Jedná se o oddělení, na které jsou hospitalizovaní pacienti přijímáni – JIP, ARO, operační sály, standartní jednotky. Informanti poukazují na obtížnou komunikaci stran předání pacienta, popř. určení oddělení, na které bude přijat. Je to řešeno interními předpisy, které ale není možno vždy striktně dodržovat. Obdobné problémy jsou ale popisovány i na jiných pracovištích, jak dokládá např. McFetridge (2007),<sup>128</sup> která popisuje absenci strukturovaného a konzistentního přístupu v předávání informací o pacientech v rámci UP a JIP a podotýká, že užší spolupráce mezi ošetřovatelskými týmy obou oddělení by posílila vzájemné porozumění rolí a očekávání personálu těchto oddělení.

Jedním z velkých faktorů, ovlivňující mezilidské vztahy na pracovišti je i způsob vedení oddělení. Je zde vnímán patrný rozpor mezi přístupem k lékařskému a k sestřskému stavu, a to zejména z pozice nejvyššího vedení OUM. Všeobecně jsou interpersonální vztahy vnímány jako dobré, kolektiv je považován za kvalitní a patří i k motivačním faktorům, které vedly personál k zájmu o práci na OUM. OUM jako sociální skupina má nastaveny autoregulační

---

<sup>126</sup> **OLSHAKER, J. S.** Managing emergency department overcrowding. *Emergency Medicine Clinics*, 2009, 27.4: 593-603.

<sup>127</sup> **SANSONI, J., et al.** Nurses' Job satisfaction: an Italian study. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*, 2016, 28.1: 58.

<sup>128</sup> **MCFETRIDGE, B. et al.** An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 2007, 12.6: 261-269.

mechanismy, umožňující zvládnání potenciálních vztahových konfliktů tak, aby nedošlo k ovlivnění pracovního výkonu. Lze předpokládat, že to evokuje způsob práce na OUM a celkové zaměření oddělení, protože obdobné výsledky lze doložit i z dalších studií, zabývajících se vztahy na pracovištích tohoto typu. Potvrzuje to např. práce Suáreze, Sanchéze a Asenja (2017).<sup>129</sup>

Samostatnou kapitolou je vedení „Emergency.“ Probandi poukazují na vnímanou nízkou podporu ze strany vedení a primariátu OUM. Ačkoliv je jejich pracovní motivace vysoká, není využitelná bez další podpory nekonečně. Probandi subjektivně vnímají nedostatek stimulů, které by je přesvědčovalo o správnosti jejich konání a smyslu práce. Autoritativní způsob vedení OUM je sice úspěšný navenek, tj. podporuje kvalitu poskytované péče, ale je otázkou, jak působí v dlouhodobém horizontu na psychický stav a motivaci pracovníků. Ačkoliv, jak píše Stará (2017),<sup>130</sup> je pro značnou část sester motivačním faktorem finanční ohodnocení, jedná se pouze z hlediska Herzbergovy teorie motivace pouze o faktor hygienický (udržovací), nikoliv o stimulující. Jak píší Staempfli a Lamarche (2020), sociální podpora může působit jako faktor, který zlepšuje spokojenost s prací (motivační faktor), a také jako faktor, který snižuje nespokojenost na pracovišti. Silné mezilidské vztahy mezi kolegy na odděleních urgentního příjmu jsou důležitým nárazníkem, jsou-li sestry vystaveny traumatickým pracovním situacím a působí jako ochranný faktor proti stresu a profesionálnímu vyhoření.<sup>131</sup>

Na tuto problematiku přímo navazuje výzkumná otázka, týkající se vnímání způsobu organizace práce na OUM. Kromě personální obsazenosti oddělení sestrami se na organizaci práce podepisuje i systém práce a personální počty lékařů. To je silně determinováno jejich profesní odborností a příslušností k danému oddělení, tj. OUM či jiné, spolupracující klinice. Nicméně v souhrnu lze konstatovat, že ačkoliv je rozdílné pojetí v systému práce chirurgů a internistů, zdravotní péče je poskytována v odpovídající šíři a kvalitě.

Je poukazováno na potřebu navýšení pomocného personálu – sanitářů a dále rozčlenění sesterského personálu tak, aby v každé směně byla sestra vedoucí, odpovídající za ošetrovatelskou péči daného bloku. U lékařů je již institut vedoucího lékaře nastaven. Zjištění odpovídá údajům, publikovaným Adamsovou a Bondovou (2003), které rovněž poukazují na

---

<sup>129</sup> SUÁREZ, M. ASENJO, M. SÁNCHEZ, M. Job satisfaction among emergency department staff. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2017; 20.1: 31-36.

<sup>130</sup> STARÁ, Z. Problematika životního stylu všeobecných sester v nepřetržitém provozu. Jihočeská univerzita, České Budějovice, 2017. Diplomová práce. Dostupné online na <https://theses.cz/id/knzqzk/>

<sup>131</sup> STAEMPFLI, Sabina; LAMARCHE, Kimberley. Top ten: A model of dominating factors influencing job satisfaction of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 2020, 100814.

vztah mezi počtem sester a ošetřujícího personálu a kvalitě poskytované péče, včetně pracovní spokojenosti sester na daném oddělení.<sup>132</sup>

## 5.1 Doporučení pro praxi

Na základě kvalitativního šetření je možno jednotlivé faktory, ovlivňující chod oddělení OUM, seskupit do oblastí, charakterizovaných jejich společným jmenovatelem a dle toho přistoupit k návrhům možných strategií či opatření, vedoucí k možné optimalizaci práce na tomto oddělení. Z globálního hlediska je možno provést rozdělení do těchto několika základních kategorií, které jsou společné pro všechny vnímané faktory, ať pozitivně, či negativně ovlivňující výkon práce na OUM.

- a) Oblast organizace a výkonu práce, tzv. hard faktory
- b) Oblast mezilidských vztahů, tzv. soft faktory

Do oblasti organizace a výkonu práce lze jako pozitivní zjištění zařadit:

- OUM má pevnou a nezastupitelnou pozici v celkovém systému poskytování péče FN, je to unikátní pracoviště,
- OUM má kvalitní materiální a logistické zajištění,
- OUM disponuje širokou paletou vyšetřovacích metod, dostupných v adekvátní časové rovině,
- Je zde nastaven funkční systém spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu,
- Na OUM je důraz na značnou samostatnost pracovních činností NZP, v rámci platné legislativy,
- Vysoká odborná erudice veškerého personálu, tj. lékařského i nelékařského,
- OUM je vnímáno jako kvalitní školící pracoviště, přinášející širokou škálu zkušeností lékařskému i nelékařskému personálu,
- Odpovídající finanční ohodnocení personálu.

Do oblasti mezilidských vztahů lze jako pozitivní zjištění zařadit:

- Vysoká motivace personálu k výkonu jejich práce,

---

<sup>132</sup> ADAMS, A. BOND, S. Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of nursing management*, 2003, 11.5: 287-292.

- Silná personální identifikace s oddělením OUM, hrdost na příslušnost ke kolektivu OUM,
- Souhra členů pracovního kolektivu,
- Akceptace firemní kultury OUM a FN.

Vnímané negativní faktory lze začlenit do oblasti organizace a výkonu práce takto:

- Ve vztahu k oddělení OUM
  - Nedostatečná identifikace personálu s filosofií činnosti OUM jako bezprahového pracoviště,
  - Nízký počet NZP, nekorespondující s počtem LP a s množstvím práce na OUM,
  - Kontinuální růst pracovní zátěže,
  - Snižování času, který je možno využít pro jednotlivého pacienta, systém práce,
  - Nepoměr počtu personálu OUM (zejména NZP) k počtu příchozích pacientů,
  - Nízké zapojení NZP do řídicích procesů OUM, vedoucí k nepochopení funkce oddělení a činnosti managementu OUM,
  - Systém služeb lékařů chirurgické části OUM,
  - Nevyrovnaná úroveň dovedností a vědomostí personálu – absence interního systému kontinuální přípravy personálu.
- Ve vztahu k pacientům, veřejnosti
  - Nastavené standartní postupy péče, vedoucí k nadužívání vyšetřovacích metod,
  - Zvyšující se doba pobytu pacienta na OUM,
  - Skladba pacientů na OUM,
  - Nedodržování nastavených postupů a standardů příjmu pacientů,
  - Omezená informovanost pacientů a veřejnosti o filosofii a funkci OUM,
  - Nepochopení úlohy OUM v systému zdravotní péče,
  - Nedostatečná komunikace s veřejností,
  - Chybějící srovnání s obdobným typem pracoviště v zahraničí.

Do oblasti mezilidských vztahů lze začlenit tato vnímaná negativa:

- Ve vztahu k oddělení OUM
  - Absence proaktivního vedení OUM,
  - Chybná komunikace mezi vedením oddělení a pracovníky,
  - Nepochopení úlohy OUM v systému poskytování péče ve FN, v průchodu pacienta nemocničním zařízením,
  - Chybná komunikace mezi OUM a navazujícími pracovišti,
  - Rivalita mezi OUM a dalšími odděleními FN,
  - Způsob spolupráce s ostatními odděleními FN.

Je evidentní, že z výše popsaných problémů nelze vyřešit všechny. Jde nejen o záležitosti lokálního charakteru, které lze ovlivnit působením na úrovni OUM, ale také o problematiku, zasahující do sféry středního až top managementu fakultní nemocnice a v některých případech s možným přesahem do platné legislativy ČR. Faktem je, že ačkoliv není v našich silách vyřešit vše, je zde minimálně nutnost poukázat na ty problémy, které jsou mimo naše možnosti, ale jejich řešení je žádoucí.

K řešení je nutno využít silné stránky OUM, které byly rovněž identifikovány. Je jich celá řada a jejich posílením či využitím je možno řadu vnímaných negativ oslabit či usnadnit jejich řešení. Výchozím bodem, který je stěžejní pro další práci se zaměstnanci OUM, je fakt, že jsou silně motivováni k výkonu své práce. Proto nemusíme řešit problematiku navyšování, ale spíše udržení motivace, motivačních faktorů a celkově i sociální atmosféry na pracovišti, která je přes výskyt vnímaných problémů dobrá. Tento významný faktor lze využít k navýšení pracovního výkonu a k podpoře spokojenosti zaměstnanců OUM na svém oddělení.

Je nutno konstatovat, že ačkoliv jsme zjistili aktuálně vysokou motivaci k výkonu práce, dle zjištěných vnímaných negativ, u personálu OUM začínají převažovat faktory udržovací, které nevedou k navýšení motivace a mohou vyvolat až nespokojenost pracovníka. Pokud budeme vycházet např. z principů Lockem a Lathamem (2019) popsané dvoufaktorové Herzbergovy motivační teorie,<sup>133</sup> pozitiva, zjištěná u personálu OUM, nemají potenciál navýšit motivaci a je zde reálné riziko jejího snížení a postupného rozvoje nespokojenosti, která může vyústit až v možnost syndromu vyhoření.

---

<sup>133</sup> LOCKE, E. A. LATHAM, G. P. The development of goal setting theory: A half century retrospective. *Motivation Science*, 2019;5(2), 93.

Argumenty, které hovoří o finančním podhodnocení zdravotnického personálu všeobecně a o odpovídajícím finančním rámci odměn na OUM poukazují pouze na udržovací faktor, který má krátkodobý vliv na pracovní spokojenost a výkon. Mezi zjištěnými údaji nefiguruje žádná forma dalších benefitů, kromě možnosti navýšení si vlastní odborné erudice. Jak uvádí např. Wihardaja, Hariyati a Gayatri (2019), studie prováděné mezi sestrami jednotek intenzivní péče potvrzují, že jedním z hlavních motivačních faktorů a zároveň jedním z největších zdrojů pracovní zátěže pramení z psychických faktorů jejich práce, nikoliv finančních.<sup>134</sup> Proto ačkoliv je jistě správné navyšovat plat zdravotníkům, není to ten vliv, který je dominantním v okamžiku potřeby zvýšení spokojenosti na pracovišti a efektivity práce.

*Z tohoto důvodu nelze doporučit řešení cestou navyšování finančního rámce platu, ale hledání i jiných forem benefitů, které tak lze zařadit do kategorie motivátorů, s dlouhodobým efektem na pracovníky.*

Obdobně lze vyhodnotit i pozitivní zjištění, týkající se kvalitního logistického a materiálního zabezpečení, které je sice důležité pro udržení kvality poskytované péče, nicméně co se motivace k práci týče, neplní úlohu benefitu a motivátoru, ale je prvkem udržovacím, hygienickým. Tento argument je stěžejní zejména v okamžiku rozhodování, kdy se potenciální zájemce o pracovní pozici na OUM rozhoduje, zda nastoupí či ne a tento faktor může ovlivnit jeho rozhodnutí. V dlouhodobějším horizontu jeho pracovního výkonu svůj potenciál ztrácí.

S možnostmi benefitů, které by byly použitelné jako stimulační faktory motivace, je spjat i zjištěný problém, týkající se nevyrovnané odborné kvality personálu, zejména NZP. V této oblasti by bylo možno nastavit systém dalšího vzdělávání pracovníků tak, aby jednak uspokojil požadavky na odbornou erudici, kladené oddělením, a jednak umožnil personálu i odborný růst. Je zřejmé, že to není dost dobře možné v situaci, kdy je personál silně časově vytížen, ale pokud by se vyřešil problém pracovní zátěže, o kterém se budeme zmiňovat v dalších částech této kapitoly, byl by zde prostor pro nastavení systému interních vzdělávacích kurzů, které by byly vytvořeny s ohledem na specifika práce na OUM, coby jedinečném pracovišti, kloubícím přednemocniční a nemocniční péči.

*Proto je možno doporučit vytvoření systému odborné přípravy zdravotnického personálu, s bližším zaměřením na NZP, který by reflektoval jejich odporové požadavky, eliminoval by*

---

<sup>134</sup> WIHARDJA, H. HARIYATI, R. T. S. GAYATRI, D. Analysis of factors related to the mental workload of nurses during interaction through nursing care in the intensive care unit. *Enfermería Clínica*, 2019;29, 262-269.



*problém s disbalancí odborné úrovně NZP na OUM a také by byl vhodný pro nově příchozí pracovníky, kterým by pomohl v rámci adaptačního procesu.*

Tento krok by byl přínosný i pro řešení problému interpersonálních vztahů, pramenící z výše popsané generační neshody sester na OUM. Pokud je zde zřejmá absence prvku, který by spojoval nově příchozí a mladší sestry s délesloužícími a již zkušenými, forma vzdělávacích aktivit, na kterých by se podíleli zaměstnanci OUM a školili by se tak navzájem, by měla pozitivní dopad na sblížení těchto dvou skupin a umožnila by otupení možných konfliktních situací, které ale jsou běžným doprovodným jevem práce jakéhokoliv kolektivu.

*Z tohoto důvodu lze doporučit, aby se sestry pod vedením lékařů OUM podílely na tvorbě kontinuálního vzdělávacího programu pro NZP OUM, který by byl postaven na reálných odborných potřebách oddělení a podepřen reálnými zkušenostmi z praxe na tomto oddělení. Tato forma vzájemné spolupráce by byla vhodná i v rámci dalších školicích aktivit, které by mohly být prováděny pro jiná oddělení – zejména pro ty, které s OUM úzce spolupracují. Systém vzdělávání a snazší způsob adaptace nově příchozích je významným motivačním faktorem a benefitem pro zaměstnance.*

Tímto se dostáváme k problematice mezilidských a pracovních vztahů, jak na OUM, tak v rámci dalších oddělení. OUM má velmi specifický statut mezi dalšími pracovišti FN. Jde o unikátní oddělení, na kterém se mísí péče urgentní a standartní a kde je množství práce nárazové, tj. velice těžce predikovatelné dopředu. Tato jedinečnost je pro zaměstnance zdrojem určité hrdosti na příslušnost k tomuto unikátu, na druhou stranu to vytváří určitou bariéru mezi OUM a dalšími odděleními. Pokud se k tomuto připojí i forma rivality, která je opět běžným doprovodným jevem v tak velkých organizacích, jako je FN, problémy s komunikací jsou jen logickým vyústěním. Každý unikátní a specifický celek má sklon k elitářství a podvědomému nadřazování se. Nesmí to však dosáhnout hranice, za kterou je již tento element škodlivým faktorem, limitujícím samotný výkon práce daného celku. Tento faktor je Tappinem a McKayem (2019) označován jako self-perceived moral superiority (SPMS)<sup>135</sup> a je předmětem zájmu mnoha studií. Např. dle Chenga (2019) je sociální stratifikace v zásadě založena na dominanci (donucovací kapacita založená na síle, hrozbě a zastrašování) a prestiži (přesvědčivá

---

<sup>135</sup> TAPPIN, B. M., MCKAY, R. T. Investigating the relationship between self-perceived moral superiority and moral behavior using economic games. *Social Psychological and Personality Science*, 2019;10(2), 135-143.

kapacita založená na dovednostech, schopnostech a znalostech).<sup>136</sup> Nalezení správného poměru těchto veličin je kruciólním předpokladem pro optimální spolupráci skupin – v tomto případě jednotlivých oddělení. K tomu dopomáhá i top-management organizace, svými doporučeními a závaznými nařízenými, stanovující pravidla spolupráce těchto celků. Z toho vyplývá vzájemná propojenost identifikovaných problémů vzájemné spolupráce a komunikace oddělení a dodržování nastavených SOP (vnitřních předpisů a doporučení) FN. Je nutno provést revizi těchto doporučení a vyžadování striktního dodržování, zejména ve vztahu k příjmu pacientů, rozhodovacího procesu triáže a stanovení kategorie pacienta. Pokud má mít OUM rozhodovací pravomoc o přijetí či nepřijetí pacienta do péče fakultní nemocnice, je nutno, aby tomu skutečně tak bylo a do tohoto procesu nevstupoval nikdo jiný. Na druhou stranu je nutno apelovat na to, že moc rozhodovat sebou nese i odpovědnost, kterou by odpovědní pracovníci měli být schopni reflektovat a unést. Je doloženo, že tyto interní dokumenty existují, nicméně vstupem různých entit a vlivem různých druhů vzájemných pracovních vztahů nejsou dodržovány, což může být zdrojem frustrace a nespokojenosti na OUM, opět vedoucí k výše popsaným negativním dopadům na celkový výkon práce. Na to navazuje i problematika průchodu pacienta celkovým systémem péče FN, kdy nedodržování či špatné nastavení předpisů, týkajících se příjmu vede k zahlcení a přetěžování OUM. Jedná se zejména o pacienty, již léčené v některých z ambulancí OUM, ale kteří jsou nuceni přicházet do FN cestou OUM, které je bráno jako přijímající a třídící oddělení. Je ale nutno diferencovat jednotlivé typy pacientů, kdy chronický a již observovaný pacient nemusí procházet stejným sítem, jako pacient nově přichozí.

*Proto je možno doporučit analýzu „patient flow“ napříč FN (zejména chirurgické a interních klinik), revizi platných doporučení pro příjem a hospitalizaci pacienta, optimalizaci těchto postupů a striktní dodržování nastavených pravidel. Doporučujeme stanovení jasných SOP pro příjem a rozhodnutí, kdo je a kdo není pacient, patřící na OUM – tj. akutní a chronický pacient. Odpovědnost za toto rozhodnutí by měla být pouze na lékaři OUM, který by měl mít pravomoc rozhodnout i o oddělení, kam přijmout daného pacienta. Doporučujeme nastavení SOP i pro vstupní klinické vyšetření, které by bylo standardně prováděno a které by bylo teprve v případě potřeby dle odpovědnosti a rozhodnutí lékaře rozšířeno tak, aby nedocházelo ke kumulování a zneužívání výkonů na OUM.*

Co se mezilidských vztahů týče, jde výše popsanou problematikou o propojené nádoby, kdy jedno nelze oddělit od druhého. Nastavení kvalitních mezilidských vztahů napříč odděleními, které spolu navíc musí spolupracovat, je žádoucí pro všechny zainteresované strany. Rovněž

---

<sup>136</sup> CHENG, J. T. Dominance, Prestige, and the Role of Leveling in Human Social Hierarchy and Equality. *Current Opinion in Psychology*. 2019;33: 238-244.

dopad mezilidských vztahů na pracovišti a jejich vztah k pracovnímu výkonu byl předmětem řady studií a pomohl položit základy managementu jako vědy. Kvalitně nastavené mezilidské vztahy umožní i snazší pochopení nezainteresovaných osob filosofie a smysl OUM v rámci systému poskytování péče.

Stěžejním faktorem dobře nastavených interpersonálních vztahů je správně nastavená komunikace. Na OUM lze definovat několik okruhů osob, které spolu v rámci výkonu své práce musí komunikovat a u kterých je vždy nutno použít jiný přístup k formě této komunikace. V rámci OUM jde o dvě základní skupiny, tj. nelékařský a lékařský personál OUM a dále jde o osoby mimo OUM, které ale také zasahují do práce oddělení. Lze stavět na doložené skvělé souhře jednotlivých členů týmu „Emergency,“ což je výborný základ pro udržení a dále i prohloubení kvality vztahů. Tím, že je jasně definováno, kdo a jakou měrou odpovídá za svůj díl, vytváří životný systém, který je postaven na vzájemném respektu jednotlivých odborností a provázání práce do jednoho celku. Nicméně je zde stále hierarchický rozdíl mezi NZP a LP, který se zákonitě musí ve vztazích odrazit. To je podpořeno i rozdílným systémem služeb, který je pro obě skupiny charakteristický. Svůj díl má i početní stav personálu, kdy je navyšován počet lékařů, ale počet sester je konstantní, ač přes zjevný nárůst počtu pacientů a obtížnosti práce.

Jak píše např. Erhardt a Ragins (2019), zaměstnanci podávají vyšší výkon a jsou více spjatí se svým pracovištěm, pokud mají nastaveny kvalitní interpersonální vztahy a formu komunikace mezi jednotlivými členy pracovního týmu.<sup>137</sup> Kolektiv OUM musí posílit komunikační aktivity ve vztahu k okolním oddělením a spolupracujícím personálu, který má obtížnou pozici v proniknutí do pravidel a firemní kultury Emergency z důvodu doložené unikátnosti oddělení. Právě tato unikátnost, pro personál OUM silný identifikátor sebe sama, je největší překážkou v optimální spolupráci a dobrých vztazích s okolím.

*Proto je možno navrhnout vytvoření systému „výměnných pobytů“ personálu, který by se ze svých mateřských oddělení mohl na určitý čas podílet např. formou stáže na chodu oddělení OUM a tak proniknul do systému práce na tomto oddělení. Toto lze aplikovat zejména u NZP, protože lékařský stav má možnost služeb. Je zde předpoklad sblížení jednotlivých pracovníků napříč jednotlivými odděleními a tím „demytizování“ OUM. Také by to mělo pozitivní dopad na rozvoj odborných dovedností u zúčastněného personálu. Pokud by tato forma byla reciproční, sestry OUM by se dostaly na určitý čas mimo zaseté stereotypy práce na svém oddělení a přispělo by to tak i k prevenci syndromu vyhoření.*

---

<sup>137</sup> EHRHADT, K., RAGINS, B. R. Relational attachment at work: A complementary fit perspective on the role of relationships in organizational life. *Academy of Management Journal*, 2019;62(1), 248-282.

Zásadní je i komunikace s pacienty. I v tomto směru bylo identifikováno několik negativ, které se podepisují na spokojenosti personálu OUM. Pokud pomineme celospolečenské trendy, které jsou dány vývojem v ČR a které na úrovni FN nelze ovlivnit, je zde prostor pro práci s pacienty cestou edukace. OUM jako oddělení nemá nastaveny žádné principy práce s veřejností, částečně proto, že nebylo považováno za nutné tyto schopnosti rozvíjet. Vše je řešeno cestou hlavních funkcionářů fakultní nemocnice, popř. ombudsmana pro pacienty. Nicméně v době sociálních sítí a sdílení informací je zásadní a žádoucí, aby byli pacienti a další osoby, přicházející do kontaktu s OUM řádně informováni a edukováni o smyslu, charakteru a filosofii OUM. Pokud se podaří vytvořit příznivý obraz OUM u veřejnosti, sníží se počet negativních reakcí ze strany příchozích osob. Jako zásadní se jeví vysvětlení systému práce na OUM, které je veřejností povětšinou nepochopeno. Je nutno vytvořit informační kanály, které by umožnily stravitelnou formou poučit, co a jak se na Emergency děje, proč tomu tak je a jaký to má dopad na čekající neakutní pacienty a jejich doprovod.

*Lze tedy navrhnout vytvoření letáků a dále reklamních spotů v rámci informačního systému FN, sociálních sítí a TV spotů (které jsou promítány v čekárnách FN), které by obsahovaly informace, umožňující výše popsané. Forma sdělení by měla obsahovat následující sdělení – obr. 20.*

Jsme Oddělení urgentní medicíny. Znáte nás pod laickým názvem

## Emergency

To, že čekáte a nejste ihned ošetřeni, je způsobeno tím, že před Vámi je někdo, kdo naši péči vyžaduje více.

Na našem oddělení se setkávají pacienti v různém zdravotním stavu. Bohužel, není možno zvládnout všechny v jeden okamžik a musíme rozlišovat, kdo naši péči potřebuje nyní a kdo později.

To, že momentálně musíte čekat neznamená, že Vás neošetříme. Naše péče bude vždy splňovat ty nejpřísnější standardy a měřítko kvality.

**Děkujeme Vám za pochopení.**  
Pomáháte nám tak dělat naši práci lépe.

Obrázek 20 Návrh obsahového sdělení informačního letáku pro pacienty OUM

Tento faktor je součástí skupiny, která je definovatelná pojmem firemní kultura. Zde vnímáme prostor k práci s personálem právě ve vztahu k posílení firemní sounáležitosti. Jde o principy, poplatné např. armádním celkům, kdy je možno úspěšně aplikovat i na jiná odvětví. Pokud je zaměstnanec hrdý na své pracoviště a na svou pozici, na práci, kterou odvádí, saturuje to jeho potřeby seberealizace a pocitu vlastního významu v systému. To je možná cesta k optimalizaci a potenciálnímu navýšení pracovního výkonu.

Firemní kultura je velmi citlivý prvek, ovlivňující celou řadu aspektů spokojenosti pracovníka a je často velmi podceňována. Nejedná se jen o fyzické benefity, ale také o každodenní pracovní atmosféru a celkový soulad pracovního týmu. Pokud se v prostředí OUM podaří udržet a dále kvalitativně navýšit úroveň firemní kultury, zaměstnanci budou mnohem tolerantnější k možným negativům, které jejich práce přináší. Brooks (2003) tvrdí, že kultura obecně má několik společných znaků, a to hodnoty, názory, předpoklady, pravidla a způsoby výkladu smyslu. Tyto znaky je podle něj možné sdílet na různých úrovních kultury.<sup>138</sup> To je i klíčem k možnému zlepšení pracovního prostředí a zamezení potenciálního rozvoje nespokojenosti personálu OUM. Každý systém musí být složen z dílčích částí, to platí i pro firemní kulturu. Firemní kultura je podle Armstronga (2019)<sup>139</sup> tvořena čtyřmi prvky, a to základní přesvědčením, vedením, postoji a artefakty.

*Proto je možno doporučit se podrobně zaměřit na jednotlivé prvky a posílit je ve vztahu k pracovníkům OUM. Máme za to, že je to možná cesta k navýšení jejich spokojenosti na pracovišti, toleranci k negativům, spojených s jejich prací a k vyšší efektivitě práce.*

Tímto se dostáváme k problematice vedení OUM, což je jedna ze stěžejních složek firemní kultury a managementu celkově. Vliv vedoucích pracovníků na chod oddělení a výkon práce je nezpochybnitelný. Na přístupu vedoucích pracovníků je závislá i úroveň výše zmiňované firemní kultury a míra sounáležitosti s daným celkem. V případě OUM je zde deficit v komunikaci vertikálním směrem, jehož příčinou personál (zejména NZP) není ztotožněn s nastavenou funkcí a filosofií OUM a tím vytváří podmínky pro rostoucí nespokojenost s výkonem práce a rostoucí frustraci. Personál nemá pocit toho, že je jejich představenstvo na „jejich“ straně. Management OUM je odpovědný za to, jak jsou jednotliví zaměstnanci motivováni k práci a jak jsou nastaveny podmínky k saturaci jejich potřeby, s výkonem práce

---

<sup>138</sup> **BROOKS, I.** Firemní kultura: jedinci, skupiny, organizace a jejich chování. Brno: Computer Press, 2003. Business books. ISBN 80-7226-763-9.

<sup>139</sup> **AMSTRONG M., TAYLOR S.,** Řízení lidských zdrojů, Grada publishing, Praha 2015. ISBN: 978-80-247-5258-7.

spojené. Je nutno posílit důvěru v management oddělení. Posílení loajality je klíčem k navýšení spokojenosti na pracovišti. Samotný koncept loajality je velmi rozporuplný a v odborných studiích je na ni velmi nejednotný náhled. Nicméně lze souhlasit s prací Beckera (1998), který dle Elegida v lojalitě vidí aspekt přání stát se členem organizace a setrvat v ní, vykazovat snahu vůči jejím cílům. Jde tedy částečně o přilnutí (attachement), částečně o konformitu a sdílení hodnot a přání s organizací. Tyto charakteristiky naznačují podobnost loajální organizace s komunitou. Členové komunity mají pocit sounáležitosti, jasně identifikované zájmy a vnímají sociální a emocionální podporu.<sup>140</sup>

Možností ovlivnit loajalitu je celá řada. Lze použít výstupy práce Furnhama a Taylora (2004), kteří jasně definovali faktory, které ji ovlivňují. Jedná se zejména o adaptační proces pracovníka, zda zná hodnoty a cíle organizace, svojí roli v organizaci a organizační strukturu a dále způsob řízení pracovníka během jeho kariéry, tak, aby byl podněcován závazek vůči organizaci.<sup>141</sup> Board (2011) pracoval s hodnotami obecně v pracovním prostředí, navrhuje několik možností, jak podpořit loajalitu zaměstnanců. Zmiňuje zejména zúčastněné rozhodování, efektivní (otevřenou) komunikaci, rozvoj důvěry, rozvoj kariéry a finanční ocenění za produktivitu.<sup>142</sup>

*Proto lze doporučit vyšší zapojení NZP do principů vedení a chodu oddělení a tím navýšení jejich sounáležitosti a pocitu významnosti pro OUM. Doporučujeme nastavení systému aktivního zapojení vybraných pracovníků NZP do pravidelných porad primáře OUM a jeho týmu. Pokud se lékařský personál aktivně podílí na chodu oddělení, tento pocit musí mít i NZP. Dále doporučujeme více proaktivní způsob vedení OUM ze strany primáře – pro udržení disciplíny a pracovní morálky akceptujeme to, jakým způsobem je OUM vedeno, nicméně je zde potřeba toho, aby byl autoritativní způsob vedení vyvažován více liberálním přístupem ze strany zástupce primáře a vrchní sestry. Je logické, že lékařský stav, tím že nese konečnou odpovědnost za pacienta, je ve vyšší hierarchické pozici, nicméně NZP by neměl mít pocit, že je pouze výkonným prvkem provozu OUM. Tato teze je poplatná době, kdy sestra nebyla plnohodnotným členem zdravotnického týmu. Pokud je na OUM jasně stanoven systém odpovědnosti v rámci péče o pacienta, měl by být nastaven i obdobný systém i stran vedení oddělení. Pocit odpovědnosti je dle výše zmiňovaného jedním z motivačních faktorů, který vede k navýšení pracovního výkonu, pocitu vyššího sebeocenění a spokojenosti v práci.*

---

<sup>140</sup> ELEGIDO, J. M. Does It Make Sense to Be a Loyal Employee?. Journal of business ethics, 2013;116(3), 495-511.

<sup>141</sup> FURNHAM, A., TAYLOR, J. The dark side of behaviour at work: Understanding and avoiding employees leaving, thieving, and deceiving. Palgrave Macmillan. 2004.

<sup>142</sup> BOARD, S. Relational contracts and the value of loyalty. American Economic Review, 2011, 101.7: 3349-67.

Vše výše popsané „soft skills“ se však budou míjet účinkem, pokud nebudou na oddělení vytvořeny adekvátní podmínky pro samotný výkon zdravotnické profese. Ačkoliv vyšlo najevo, že je logistická stránka věci nastavena kvalitně, jedná se zejména o materiální vybavenost. Lidské zdroje jsou problémem, se kterým zápolí v dnešní době všechny zdravotnická zařízení. Ačkoliv OUM nemá problém s obsazeností tabulek počtů, nabízí se otázka, zda je optimální celkový počet zejména NZP na OUM. Co se lékařů týče, z šetření je zjevné, že jich je dostatek. Nicméně co se NZP týče, vyšlo najevo, že personál subjektivně vnímá personální podhodnocení situace. Personální obsazenost NZP na odděleních je častým předmětem zájmu a např. Kalisch (2009) jasně doložila, že na akutních odděleních se procento nevykonaných odborných úkonů sester začne skokově zvedat v okamžiku, kdy se poměr pacientů na jednu sestru dostane na hodnotu 6:1.<sup>143</sup> Tento efekt se nazývá „missed nursing care (MNC)“ a rozumí se jím péče, která není poskytnuta z důvodu nedostatku odborného nelékařského personálu. Otázkou tedy zůstává, zda je subjektivní vjem nedostatku sester na OUM opodstatněný a zda OUM není vystavena potenciálnímu výskytu MNC. V současnosti je stále v platnosti Vyhláška č. 99/2012, která jasně definuje minimální počty personálu na jednotlivých typech oddělení. Tato vyhláška však již v době svého vzniku byla vystavena kritice odborných společností, jako je např. Česká lékařská společnost (ČLS) či Česká asociace sester (ČAS), s tím, že legalizuje nedostatečné personální vybavení nemocničních zařízení. Tato vyhláška diferencuje počet personálu také dle typu oddělení, např. interní či chirurgické. OUM je ale oddělení atypické, složené z několika typů poskytované péče a v této vyhlášce není zohledněno. Ačkoliv je zde předpoklad toho, že vyhláška není cestou FN nijak porušována, což by bylo zjištěno v rámci proběhlých opakovaných auditů, je otázkou, zda jsou tyto počty adekvátní.

Pochylá a Pochylý (2008)<sup>144</sup> vypracovali metodiku, umožňující výpočet počtu ošetřujícího personálu a která je využitelná i pro prostředí OUM. Tento výpočet by mohl dopomoci ke stanovení ideálního počtu sester na OUM a pomoci tak stanovit validní data pro budoucí jednání o personálním obsazení tohoto oddělení.

Je nutno se zaměřit i na stávající systém práce lékařů na OUM. Ne ve vztahu k jejich odbornosti, která je jasně dána legislativou a požadavky oddělení, ale systémem jejich výkonu práce. Jako

---

<sup>143</sup> **KALISCH, BJ. LANDSTROM, GL. HINSHAW, AS.** Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 2009, 65.7: 1509-1517.

<sup>144</sup> **POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O.** Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 20s. ISBN 978-80-7262-550-5.

limitující faktor byl identifikován počet lékařů, který je paradoxně vysoký a tím zamezující adekvátnímu odbornému rozvoji a také způsob obsazování lékařů do služeb. Rozdílný systém práce, nastavený na chirurgické a interní části vede k nejasnostem a ke zdržení výkonu práce. Pokud je lékař chirurgické části pracující v prospěch OUM i v prospěch chirurgické kliniky, kde přijímá pacienty, má své pacienty na odděleních a je odvoláván na sál, je jasné, že tímto ovlivňuje celkový chod chirurgické ambulance OUM a délku čekacích dob pacientů.

Naopak nadbytek lékařů interní části vede k nevyrovnanému pracovnímu výkonu jednotlivých členů lékařského interního týmu a zvyšuje také zátěž na sestry daného úseku.

*Proto doporučujeme analýzu stávajících služeb a personálního obsazení OUM dle platné legislativy a porovnání tohoto stavu s platnými standarty ošetrovatelské péče tak, aby bylo evidentní, zda je poskytována adekvátní péče všem pacientům, či zda je OUM vystaveno riziku MNC. Dále doporučujeme vyhodnotit dle výše popsané metodiky ideální početní stav NZP na OUM a pokud výsledek potvrdí subjektivní vjem personálu o podstavu NZP na OUM, aby byl využit jako jeden z možných validních výstupů v rámci jednání s managementem FN o navýšení těchto počtů. Doporučujeme zvážit možnost navýšení počtu kmenových pracovníků – chirurgů, kteří by tak nebyli součástí chirurgické kliniky a mohli by se tak plně věnovat práci na OUM.*



## Závěr

Problematika akutních příjmů a pracovišť, které mají pomoci přechodu z přednemocniční do nemocniční péče je v české společnosti stále více a více aktuální. S nárůstem počtu těchto oddělení a s rozšířením jejich provozních kapacit o schopnost pohotovostní péče v jednotlivých spádových oblastech, je problematika pracovního výkonu a celkově optimalizace činnosti zdravotnického personálu logickou a nezbytnou součástí výstavby a chodu těchto oddělení.

Předmětem zájmu této disertační práce se stalo Oddělení urgentní péče konkrétní nemocnice fakultního typu, a to proto, že patří mezi jedno z největších a nejmodernějších oddělení tohoto typu v ČR. Během roku 2018 tímto pracovištěm prošlo cca. 48 500 pacientů, což dělá 133 osob denně. Tento počet jen demonstruje vhodnost našeho výběru a také dokládá, že na tomto oddělení musí být pro zvládnutí takového počtu pacientů nastaven odpovídající systém práce. Otázkou zůstává, zda je tento systém nastaven dobře a zda není možnost potenciálního zlepšení tak, aby došlo k optimalizaci pracovního výkonu personálu, a to zejména NZP.

Hlavním cílem této práce proto bylo stanovení faktorů, které mohou mít pozitivní či naopak negativní vliv na kvalitu a efektivitu poskytované péče. V návaznosti na tyto faktory provést jejich analýzu a vypracovat doporučení, které má možný potenciál ovlivnit výkon práce na OUM.

K těmto dvěma hlavním úkolům poté byly přiřazeny další dílčí cíle práce, které pomohly blíže uchopit celou problematiku OUM a vytvořit databázi informací, využitelných nejen v rámci této práce, ale také jako východisko pro budoucí výzkumníky, kteří se mohou zabírat dílčími výstupy této práce podrobněji a kteří mohou využít možný potenciál našich výsledků. Jednalo se zejména o charakteristiku OUM jako pracoviště a provedení analýzy SWOT. Dále o provedení psychologického šetření personálu se zaměřením na jejich pracovní spokojenost a na zátěž na pracovišti a konečně provedení kvalitativního šetření personálu OUM s využitím interpretativní fenomenologické analýzy.

V rámci teoretické části práce se zdařilo zmapovat funkční rámec OUM a to jak z hlediska geopolitického, tj., zasazení do podmínek zdravotnického systému ČR, tak manažerského, tj. popis jednotlivých součástí provozu OUM a souhrn legislativních norem, které se tohoto provozu týkají. Díky tomuto úvodu byl vytvořen informační základ, který byl využitelný k hlubší analýze problematiky. OUM bylo definováno z hlediska působení v anglo-americkém a franko-německém prostředí, shrnula se specifika českého zdravotnictví a dále se technicky

popsaly všechny aspekty chodu OUM jako integrální součásti komplexního spektra péče fakultní nemocnice.

Praktická část práce byla rozdělena na dvě základní oblasti. V první části bylo předmětem zájmu kvantitativní šetření OUM, které svými výsledky umožnilo vytvoření informačního rámce, využitelného dále v šetření kvalitativním. Byla provedena situační analýza OUM prostřednictvím analýzy SWOT. Ta nicméně není možná bez předchozího vyhodnocení makroprostředí, mikroprostředí a vnitřního prostředí organizace, proto byla zpracována i šetření pomocí PEST analýzy, McKinseyho modelu 7S a také Porterova modelu 5 sil. To umožnilo získat dostatek vstupních informací pro výše zmíněnou analýzu SWOT. Lze konstatovat, že výstupy této analýzy korespondují s výstupy, které byly zjištěny v pozdější fázi práce v rámci kvalitativního šetření.

Dále bylo v této fázi práce provedeno psychologické šetření personálu, pomocí baterie dotazníků, složené z tří částí: SUPOS 7, NAQ a vyhodnocení škály skupinové atmosféry. SUPOS 7 je dotazník, hodnotící strukturu psychického stavu respondentů, NAQ dotazník je určen pro hodnocení výskytu negativních jevů na pracovišti a dotazník škály skupinové atmosféry je užíván pro vyhodnocení převládajícího sociálního klimatu skupin.

Východiskem pro toto šetření se staly tři předpoklady, týkající se psychického stavu personálu OUM. Byl předpoklad, že psychický stav respondentů bude vykazovat známky vysoké psychické zátěže, že respondenti jsou na pracovišti vystavováni negativnímu jednání, (ze strany nadřízených, pacientů, kolegů) a konečně že respondenti jsou ovlivněni svou pracovní činností a její náročností natolik, že to má negativní vliv i na úroveň skupinové atmosféry – kolektiv je tedy ohrožen špatnými interpersonálními vztahy. Je nutno konstatovat, že psychologické šetření nepotvrdilo ani jedno z těchto východisek.

Druhou oblastí praktické části práce bylo kvalitativní šetření personálu OUM, které se stalo nosným prvkem celé dizertační práce. Výstupy z této části bylo možno vyhodnotit v kontextu předchozích šetření a učinit tak závěry, týkající se potenciálních faktorů, které mají potenciál ovlivnit jak pozitivně, tak negativně, pracovní podmínky a výkon zdravotnického týmu OUM.

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru, dle předem stanoveného tematického rámce. Metodou výzkumu byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza, která je pro tento typ výzkumu nejvhodnější. Rozhovory byly anonymní a byly prováděny dle zásad, stanovených metodikou kvalitativních výzkumů. Pro šetření byl získán souhlas FN. Bylo provedeno 11 rozhovorů, napříč celým spektrem personálu

OUM – lékařským i nelékařským. Ačkoliv je tato dizertační práce zaměřena primárně na práci sester, nelze složku lékařského personálu vypustit, protože tvoří nedílnou část pracovního týmu a celkového systému práce na OUM.

Analýza dat byla realizována pomocí specializovaného softwaru Atlas Ti. Pomocí programu bylo možno pracovat se získanými daty dle zásad kvalitativního výzkumu. Text byl fragmentován do 67 kódů, které byly dále přiřazovány do kódových skupin, se kterými bylo pracováno v rámci další analýzy dat. Výstupem se stalo uskupení oblastí, které korespondovali s tématy rozhovoru a které byly tvořeny jednotlivými kódy, navzájem propojené specifickými vazbami. Tento výstup umožnil zjistit, jaké faktory jsou vnímány subjektivně personálem OUM jako ovlivňující činnost OUM a na které je možno se dále zaměřit v případě plánování strategie činnosti oddělení.

Jednalo se o tyto oblasti:

- *Počátky práce na OUM*, kde byla zjištěna silná motivace personálu k výkonu práce na OUM, ale je zde patrné nepochopení celkové filosofie OUM jako oddělení nejen urgentní péče, ale také příjmu a třídění všech přichozích pacientů FN. To se týká zejména NZP. Dále byl zjištěn výskyt generačního nesouladu personálu OUM, pramenící z věkového rozdílu a tím i odlišného pojetí přístupu k výkonu práce. Chybící střední věková kategorie, fungující jako katalyzátor, má dopad na skupinovou atmosféru na pracovišti. Tento problém se opět týkal zejména sester.
- *Uspokojení z práce na OUM*, kde lze konstatovat, že práce na OUM je vnímána jako uspokojující a není důvodu litovat rozhodnutí pracovat na tomto oddělení. Je zde ale poukazováno na pracovní přetížení, které je subjektivně dáváno za vinu nedostatku personálu a dále diagnostické skladbě pacientů. Velký vliv zde má ono nepochopení celkové filosofie činnosti OUM. Je zde poukazováno na limitující faktory, které jsou dány systémem spolupráce s dalšími klinikami FN.
- *Nespokojenost celková*, kde byly odhaleny faktory, vyvolávající u respondentů největší míru frustrace. Jako hlavní negativum byla vyhodnocena skladba pacientů na OUM, kdy personálu vadí směřování poskytované péče i mimo oblast urgentní medicíny a tím tříštění záběru celého oddělení. Je zde poukazováno na rozpor mezi potřebou rychlé intervence u pacienta a délkou pobytu na oddělení, které se prodlužuje. Personál OUM má pocit nepochopení stran ostatních pracovišť FN, což vede k dalšímu nárůstu nespokojenosti. Obdobný pocit je přítomen i ve vztahu k top managementu FN, který je často vnímán spíše jako faktor, bránící kvalitní práci na OUM.

- *Efektivita zaměstnanců OUM*, kde byl zjišťován subjektivní náhled zaměstnanců OUM na sebe sama a na vlastní výkon práce. V souhrnu se personál cítí být dobře fungujícím sladěným kolektivem, zvládajícím obtížnou pracovní úlohu v systému péče, poskytované FN. Lékaři vnímají jako zásadní problém pracovní efektivitu, která se negativně odráží na délce pobytu pacienta na OUM. Problémem je paradoxně i jejich početní stav, který je tak vysoký, že zabraňuje se dostat všem k sofistikovanějším úkonům poskytované péče. U sester je negativně vnímán rozdíl mezi přístupem k ošetrovatelské péči mezi staršími a mladšími sestrami a také zdravotnickými záchranáři.
- *Interpersonální vztahy na OUM*, kde bylo zjištěno, že se personál OUM považuje za dobrý kolektiv, což subjektivně v podmínkách FN vnímají jako nestandardní. Komunikace je nastavena na odpovídající úrovni a konflikty jsou řešeny adekvátním způsobem tak, aby neovlivnily chod oddělení. Jako problém je vnímáno občasně úkolování sester úkony, které dle platné legislativy patří do kompetencí lékařům. Problematická je komunikace se zaměstnanci jiných oddělení, se kterými OUM spolupracuje a která je často ovlivněna pocity nepochopení, vlastní unikátnosti a pracovní zátěží. Specifikem je přístup primáře, který je vnímán jako rozporuplná osobnost s charakteristickým způsobem komunikace. Zde je negativně vnímán rozdíl v komunikaci se sestrami a s lékaři.
- *Management práce na OUM*, kde lze konstatovat, že organizace práce je nastavena tak, aby OUM fungovalo s maximální efektivitou a dle platné legislativy. Tato efektivita je ale získávána na úkor personálu. Je zde ale také poukazováno na fakt, že se jedná o oddělení, které je stále ve vývinu a kde se způsob vedení práce neustále vyvíjí.
- *Pracovní zátěž na OUM*, kde byl doložen subjektivní vjem vysoké pracovní zátěže personálu OUM, zejména se týkající sester. Tato oblast je značně provázána s předchozími a velká část faktorů byla zmíněna dříve. Je zajímavé, že pracovní zátěž je všeobecně přijímaným faktem, spojeným s prací na OUM, nicméně nejsou zde vnímány žádné kompenzační mechanismy, které by pomáhaly tuto zátěž zvládat, popř. řešit.

Nedílným prvkem této části dizertační práce je i doporučení pro praxi. Zde byl učiněn pokus, s ohledem na zjištěná fakta a v kontextu výstupů odborných publikací, doporučit některá opatření, která by mohla vést k zvýšení spokojenosti zdravotníků na OUM a tím k navýšení efektivity jejich práce. Musíme však konstatovat, že se jedná o velmi složitou a v konečném důsledku komplexní problematiku, která nelze vyřešit pouze cestou této dizertační práce. Naše ambice byla zmapovat klíčové faktory, na které je vhodné se zaměřit a dále nastítnit možnosti řešení odhalených problémů. Konkrétní kroky však vyžadují hlubší zaměření na jednotlivá

témata a potenciál této činnosti je využitelný v navazujících studiích, které by tak mohly konkrétně řešit jednotlivé dílčí kroky. Smyslem naší práce tak bylo ukázat cestu, kterou se budoucí výzkumníci této problematiky mohou vydat. Vzhledem k tomu, že v budoucnu dojde k masivnímu nárůstu počtu těchto pracovišť, tento výzkum bude nejen žádoucí, ale celospolečensky nutný.

## Použitá literatura

- Ackermann, O., Marx, F., & Vogel, T. Urgentní příjem nemocnice jako kritické rozhraní při hromadném neštěstí. Zkušenosti z Love Parade 2010. *Notfall + Rettungsmedizin* 2012;4: 313-318.
- Adams, A. Bond, S. Staffing in acute hospital wards: part 1. The relationship between number of nurses and ward organizational environment. *Journal of nursing management*, 2003, 11.5: 287-292.
- Ahlstedt, C. et al. What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 2019; 89: 32-38.
- Al-Shaqsi, S. Models of international emergency medical service (EMS) systems. *Oman medical journal*, 2010;25.4: 320.
- Alharbi, H. and Alshehry, A. Perceived stress and coping strategies among ICU nurses in government tertiary hospitals in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Annals of Saudi medicine*. 2019;39(1): 48-55.
- Amstrong M., Taylor S., *Řízení lidských zdrojů*, Grada publishing, Praha 2015. ISBN: 978-80-247-5258-7.
- Arnold JL, Holliman CJ. Lessons learned from international emergency medicine development. *Emergency Medicine Clinic of North America*, 2005;23(1):133-47.
- Babanataj, R., Mazdarani, S., Hesamzadeh, A., Gorji, M.H. and Cherati, J.Y.,. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *International journal of nursing practice*. 2019;25(1), p.e12697.
- Basu S, Qayyum H, Mason S. Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emergency Medicine Journal*, 2017;1;34(7):441-7.
- Bártlová S, Sadílek P, Tóthová V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s. 47. ISBN 80-701-3416-X.
- Biddinger, PD., et al. Be prepared - The Boston Marathon and mass-casualty events. *New England journal of medicine*, 2013;368.21: 1958-1960.
- Board, S. Relational contracts and the value of loyalty. *American Economic Review*. 2011;101.7, p.p.3349-67.

- Brookes L, Gilbert LR. CCTA for Acute Chest Pain: Will It Become Routine? *Journal of the American College of Cardiology*. 2011;58: 1414-22.
- Brooks, Ian. *Firemní kultura: jedinci, skupiny, organizace a jejich chování*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-763-9.
- Carney, M. Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of nursing management*, 2016;24.1: 105-114.
- Cakirpaloglu, P., Šmahaj, J., Cakirpaloglu, S. D., Zielina, M. Šikana na pracovišti: reliabilita a validita českého překladu revidované verze dotazníku negativních aktů-NAQ-R. *Československá Psychologie*, 2017;61(6): 546-558.
- Červinka, T. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2018*. 9. vyd. Olomouc: ANAG, 2018. 167 s. ISBN 978-80-7554-130-7.
- Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehospital Disaster Medicine* 2003;18(1):29-35.
- Drábková J.: Problémy návaznosti přednemocniční a nemocniční neodkladné péče. *Sborník přednášek I. Kongresu České lékařské společnosti J. E. Purkyně "Lékařská pomoc při stavech ohrožujících život"*. Praha 12.–13.12.1997, IPVZ Praha; 155–158.
- Davey, A., Sharma, P., Davey, S. and Shukla, A. Is work-associated stress converted into psychological distress among the staff nurses: A hospital-based study. *Journal of family medicine and primary care*. 2019;8(2): 511.
- Einarsen, S., Hoel, H., Notelaers, G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work and Stress*. 2009;23(1): 24–44.
- Elegido, J. M. (). Does It Make Sense to Be a Loyal Employee? *Journal of business ethics*. 2013;116(3): 495-511.
- Ehrhardt, K., Ragins, B. R. Relational attachment at work: A complementary fit perspective on the role of relationships in organizational life. *Academy of Management Journal*, 2019;62(1): 248-282.
- Eriksson, J. et al. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of clinical nursing*, 2018; 27.5-6: 1061- 1067.

EUROSTAT *Statistic explained*. [online]

Dostupné na [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide)

Furnham, A., & Taylor, J. *The dark side of behaviour at work: Understanding and avoiding employees leaving, thieving, and deceiving*. Palgrave Macmillan, 2004. ISBN: 978-1-4039-3577-9

Fleischmann, T. Gordian F. Emergency medicine in modern Europe. *Emergency Medicine Australasia* [online]. 2007, 19(4), 300-302 [cit. 2019-11-30]. ISSN 1742-6731. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1742-6723.2007.00991.x>

Filip J. *Ústavní právo České republiky 1*. Brno : Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3254-5, p. 145

Fišerová L. Zátěžové faktory zdravotníků na urgentním příjmu. *Diplomová práce*, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Brno, 2019.

Giddens, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 2003. ISBN 978-80-257-0807-1.

Gürel, E., Tat, M. Swot analysis: a theoretical review. *Journal of International Social Research*, 2017;10(51).

Harding, J. *Qualitative data analysis: From start to finish*. SAGE Publications Limited, 2018. ISBN-13: 978-0857021397

Hejduková, P. Kvalita zdravotní péče jako jeden z reformních kroků systémů zdravotnictví. *Trendy v podnikání* [online]. Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň 2013. pp. 90-96. ISSN 1805-0603. Dostupné z <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/16271/1/Hejdukova.pdf>

Hendl J. *Kvalitativní výzkum - Základní teorie, metody a aplikace*. Praha Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

Hlaváčková, D. *Koncepce budování urgentních příjmů v ČR* [online]. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ. Praha, 2000. [cit. 2019 01-21] Dostupné z: [www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=142).

Hnilicová H., Janečková H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9



Hrstka, Z., *Psychosociální aspekty zahraničních mírových misí AČR* [online]. Rigorózní práce, Univerzita Karlova, 2012. [cit. 2019 01-21]

Dostupné na <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/44780>

Holtermann, K. A., & González, A. G. R. (2003). *Emergency medical services systems development: lessons learned from the United States of America for developing countries*. Pan American Health Organization. Washington D.C: 2003. ISBN : 9275124612.

Hunsaker, S. et al. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015; 47.2: 186-194.

Champion HR, Copes WS, Sacco WJ et al. The major trauma outcome study: establishing national norms for trauma care. *Journal of Trauma* 1990;30: 1356-1365.

Chuang, C.H., Tseng, P.C., Lin, C.Y., Lin, K.H., Chen, Y.Y. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine*, 2016;95(50).

Cheng, J. T. Dominance, Prestige, and the Role of Leveling in Human Social Hierarchy and Equality. *Current Opinion in Psychology*. 2019;33: 238-244.

Ivankova, N. V., Creswell, J. W., Stick, S. L. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field methods*, 2006;18(1): 3-20.

Ivanová, E. Čepel, M. The impact of innovation performance on the competitiveness of the Visegrad 4 countries. *Journal of Competitiveness*. 2018;1;10(1): 54.

Jeanmonod, D. Jeanmonod, R. Overcrowding in the Emergency Department and Patient Safety. *Vignettes in Patient Safety*, 2018;2: 257.

Kalisch, BJ., Landstorm, GL., Hinshaw, AS. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2009;65.7: 1509-1517.

KANTER, RM. Innovation: The classic traps. *Harvard Business Review*, 2006;84(11):72.

Kern, Lisa M., et al. "Fragmented ambulatory care and subsequent emergency department visits and hospital admissions among Medicaid beneficiaries." *The American journal of managed care*. 2019;25.3: 107-112.

Kilcoyne, M. et al. Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 2007;25.2: 21.

Kočí, J., Tuček D., Oddělení urgentní medicíny Hradec Králové. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. [online] České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2015;6(3/2003): 12-13 [cit. 2019-1-30].

Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_02.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf)

Kollárik, T., Černý V., Letovancová, E., Poliaková, E., Ritomský, A. *Škála sociálnej atmosféry v skupine*. Bratislava: Psychodiagnostika, spol. s. r. o., 1993.

Kollárik, T. *Spokojnosť v práci*. Bratislava, nakladateľství Práca, 1986.

Kozáková, R. Bužgová, R. Zelenikova R. Mobbing of nurses: prevalence, forms and psychological consequences in the Moravian – Silesian region. *Ceskoslovenska Psychologie*, 2018:62.4.

Kozel, R., Mynářová, L., & Svobodová, H. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada 2011. ISBN: 978-80-247-3527-6

Kozon V, Zacharova E. Stress factors in the work of nurses. *Clinical social work*. 2016;1:105.

Král, J. Cenová a úhradová regulace léčiv: mechanismy a vývoj právní úpravy. *Zdravotnictví a právo*, Praha: JUDr. K. Havlíček - Havlíček Brain Team, 2011:15(1/2011), 11-17.

Locke, E. A., Latham, G. P. The development of goal setting theory: A half century retrospective. *Motivation Science*, 2019;5(2): 93.

McKibbin, K. A. Evidence based practice. *Bulletin of the Medical Library Association* [online], 1998. no. 3, vol. 83. [cit. 2019 01-21]

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC226388/>.

McFetridge, B. et al. An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 2007; 12.6: 261-269.

McNeeley, S. Urgent care centers: An overview. *American Journal of Clinical Medicine*, 2012;9.2: 80-81.

Meulemans, A. Urgentní medicína a urgentní příjmy – management poptávky versus poskytování akutní péče. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. [online]

České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2003;6.3: 12-20 [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2003\\_03.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2003_03.pdf)

Mikšík, O. *SUPOS 7*. Praha, Heuréka progress 1993

Mikšík, O. *Posuzování struktury a dynamiky aktuálních psychických stavů*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1975.

Mikšík, O. *Ekonomické, osobnostní a situační pozadí základních postojů k životní realitě*. Pražské sociálně vědní studie. Edice pracovních sešitů PSSS. Psychologická řada. [online] Praha: FSV UK. 2006. Dostupné na: [http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/258\\_017%20-%20Miksik.pdf](http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/258_017%20-%20Miksik.pdf)

Miovský M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN: 80-247-1362-4

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Tisková zpráva 2019*. [online] Dostupné na [http://mzcr.cz/dokumenty/-na-urgentni-peci-pujdou-v%C2%A0pristim-roce-dve-miliardy-koron\\_17830\\_1.html](http://mzcr.cz/dokumenty/-na-urgentni-peci-pujdou-v%C2%A0pristim-roce-dve-miliardy-koron_17830_1.html) [cit. 2019-11-30].

Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č.99/2012 sb. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 2012, částka 39, [cit. 2019-1-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 284/2017 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízeních. In sbírka zákonů České republiky [online]. 2017, částka 100, [cit. 2019-1-30].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-284>

Ministry, B. et al. Triage Accuracy and Variability Using the Emergency Severity Index: A Multinational Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 2018;19(2).

*Nariadení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES*. Dostupné online na: <https://gdprinfo.eu/cs>

OECD, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. [online] OECD Publishing, Paris, 2018. [cit. 2019-1-30] Dostupné na: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).

Olshaker, J. S. Managing emergency department overcrowding. *Emergency Medicine Clinics*, 2009; 27.4: 593-603.

Pašková, L. Chosen aspects of current psychological condition in relation to coping strategies of nurses in Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2018: 9(3), 857-865.

Petrusek a kol. *Velký sociologický slovník – II. svazek*, Karolinum, Praha, 1998. ISBN 80-7184-310-5.

Pochylá, K., Pochylý, O. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-550-5.

Pokorný, J. *Srovnání různých systémů neodkladné péče a jejich perspektivní vývoj*. [online] Dizertační práce, Univerzita Karlova v Praze 2013. [cit. 2019 01-21] Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/58185>

Pokorný, J. Dizon, J.; Růžička, J.; Červený, R.; Di Cara, V.; Mareček, V.: Neodkladná resuscitace v první linii, poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti, stomatology, ambulantními specialisty, farmaceuty, zdravotními sestrami a fyzioterapeuty. *Stanovisko České rady pro resuscitaci*. *Praktický Lékař*, 2006;86(9): 491-493.

Pokorný J. Urgentní příjem, vliv na ekonomiku a vzdělávání lékařů nemocnic. *Zdravotnictví v České republice*, Praha 2001;1-2(4):64-68.

Pokorný J. Oddělení akutního příjmu pacientů v nemocnicích, kdy, kde, jak? *Anesteziologie a neodkladná péče*, Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, Praha 1998; 9:261.

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., Azoulay, E. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2007;175(7): 698-704.

Porter, M.E. The five competitive forces that shape strategy. *Harvard business review*, 2008;86(1): 25-40.

Remeš R. et al. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

- Rockwood JR, Charles A., et al. History of emergency medical services in the United States. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 1976;16.4: 299-308.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2
- Sansoni, J., et al. Nurses' Job satisfaction: an Italian study. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 2016; 28.1: 58.
- Salar, A., Zare, S., Amin, M. R., Zademir, M., Naroyi, A. J., & Yaghoubinia, F. The survey of the surgery room nurses perspectives to McGregor theory assumptions (X and Y). *Der Pharmacia Lettre*, 2016;8(3), 249-253.
- Sharp, B. *Marketing: theory, evidence, practice*. South Melbourne: Oxford University Press, 2013. ISBN-13: 978-0195573558
- Shaqrah, A. A. Analyzing business intelligence systems based on 7s model of McKinsey. *International Journal of Business Intelligence Research*. 2018;9(1), 53-63.
- Schwartz, RB. et al. Tactical medicine competency-based guidelines. *Prehospital Emergency Care*, 2011;15.1: 67-82.
- Schultz, CH., et al. Development of national standardized all-hazard disaster core competencies for acute care physicians, nurses, and EMS professionals. *Annals of emergency medicine*, 2012, 59.3: 196-208.
- Smith, JA. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 2004;1(1): 9-54.
- Smith, JA Flower, P. Larkin, M. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage 2009, 346-347.
- Smith, R.M., Conn, A. K. Prehospital care – Scoop and run or stay and play? *Injury*, 2009;40, 23-26.
- Smith, J.A. Osborn, M. *Phenomenological analysis. Doing Social Psychology Research*, John Wiley & Sons, 2008. ISBN 9780470777091
- Staempfli, S. Lamarche, K. Top ten: A model of dominating factors influencing job satisfaction of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 2020; 100814.

- Staňková, P. *Marketing zdravotnictví*. Zlín: Tigris, spol. s.r.o. 2013
- Stará, Z. *Problematika životního stylu všeobecných sester v nepřetržitém provozu*. Jihočeská univerzita, České Budějovice, 2017. Diplomová práce.
- Strada, A. et al. Do health care professionals' perceptions help to measure the degree of overcrowding in the emergency department? A pilot study in an Italian University hospital. *BMC emergency medicine*, 2019; 19.1: 47.
- Suárez, M. Asenjo, M. Sánchez, M. Job satisfaction among emergency department staff. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2017; 20.1: 31-36.
- Surynek, A. Hodnota práce a kvalita života. *Sborník z mezinárodní konference Svět práce v globalizované ekonomice*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. 2007. p. 184-91.
- Suter, R E. Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World journal of emergency medicine*, 2012;3.1: 5.
- Šafránková, J. Šinkýř, M. *Perspektivy rozvoje lidského potenciálu: Výzvy současné praxe řízení lidských zdrojů*. Ostrava: KEY Publishing s.r.o., 2017. ISBN 978-80-7418-279-2
- Tappin, B. M., McKay, R. T. Investigating the relationship between self-perceived moral superiority and moral behavior using economic games. *Social Psychological and Personality Science*, 2019;10(2), p.p.135-143.
- Tehrani, N. Bullying: a source of chronic post traumatic stress? *British Journal of Guidance & Counselling*, 2004;.32(3): 357–366.
- The NATO Alternative Analysis Handbook*. [online] SHAPE, 2017. [cit. 2019 08-15] Dostupné z: <https://www.act.nato.int/images/stories/media/doclibrary/alta-handbook.pdf>
- The Global Competitiveness Report 2018 – 2019 Světového ekonomického fóra*. [online] [cit. 2019 08-15] Dostupné na: [https://www.cma.cz/wp-content/uploads/2018/10/The-Global-Competitiveness-Index-2018\\_2019.pdf](https://www.cma.cz/wp-content/uploads/2018/10/The-Global-Competitiveness-Index-2018_2019.pdf)
- Timmermann, A. Russo, SG. Hollmann MW. Paramedic versus emergency physician emergency medical service: role of the anaesthesiologist and the European versus the Anglo-American concept. *Current Opinion in Anesthesiology* 2008; 21(2):222-227.
- Totten, V., Bellou, A. Development of emergency medicine in Europe. *Academic Emergency Medicine*, 2013;20.5: 514-521.

Tsiachristas, A., et al. Costs and effects of new professional roles: evidence from a literature review. *Health Policy*, 2015;119.9: 1176-1187.

Uchmanowicz, I. et al. Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2019, 9.1: e024296.

Vališ, M., Kočí, J., Tuček, D., Krajíčková, D., Plodr, M., Kozelek, V. Vyhodnocení managementu péče o CMP na OUM FNHK. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: MEDIPRAX CB, s.r.o., 2011; 1, str. 20-22 [cit. 2019-1-30]. Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2011\\_01.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2011_01.pdf)

Vastyan, E. A., Civilian war casualties and medical care in South Vietnam. *Annals of internal medicine* 1971;74.4:611-624.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 4/15, částka 4., [online] 2015. [cit. 2019 01-21] Dostupné na: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015\\_10111\\_3242\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015_10111_3242_11.html)

*Výroční zpráva FNHK 2017*. [online] Fakultní nemocnice Hradec Králové. [cit. 2019 08-15] Dostupné na <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

*Výroční zpráva FNHK 2018*. [online] Fakultní nemocnice Hradec Králové. [cit. 2019 08-15] Dostupné na <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

Vaněk, M., Mikoláš, M. and Žvákova, K., 2012. Evaluation Methods of Swot Analysis/Metody Vyhodnocení Swot Analýzy. *GeoScience Engineering*. 2012;58(2): 23-31.

Willig, C. *Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-hill education, England, 2013. ISBN-13: 978-0335221158

Wihardja, H., Hariyati, R. T. S., Gayatri, D. Analysis of factors related to the mental workload of nurses during interaction through nursing care in the intensive care unit. *Enfermería Clínica*, 2019;29: 262-269.

Yarmohammadian, MH., et al. Overcrowding in emergency departments: a review of strategies to decrease future challenges. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 2017;22.

Yang, Y. et al. Salivary cortisol levels and work-related stress among emergency department nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2001; 43.12: 1011-1018.

Zapf, D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 1999; 20:(1/2), 70–85.

Zavotsky, K. E. CHan, G. K. Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 2016;38.2: 133-146.



## Příloha A Dotazník psychologického šetření personálu OUM

Doktorandské studium ošetrovatelství, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií



### Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

Držíte v rukou dotazník, který je nedílnou součástí mého doktorandského studia. Nosným tématem mého výzkumu jsou „**Možnosti optimalizace efektivity práce na** [REDACTED] [REDACTED]”. Výstup tohoto výzkumu se může stát jedním z faktorů, které mohou v budoucnu ovlivnit Vaši práci na tomto oddělení.

Žádám Vás o spolupráci a o vyplnění tohoto dotazníku. Vámi zvolenou odpověď označte křížkem.

Veškeré informace budou použity pouze pro potřeby tohoto výzkumu a mají důvěrný charakter. K výzkumu jsem získal souhlas primáře oddělení, kdy [REDACTED] [REDACTED].

Tímto Vám všem děkuji za Váš čas a za Vaši spolupráci.

PhDr. Jaroslav Žďára

**Sociodemografické údaje:**

1. Vaše pohlaví:  muž  žena
2. Váš věk: \_\_\_\_\_
3. Na \_\_\_\_\_ pracujete jako:
  - lékař (nevyplňujte bod 4.)
  - sestra
  - záchranář
  - sanitář
4. Vaše ukončené nejvyšší vzdělání:
  - Středoškolské, bez pomaturitního specializačního vzdělávání
  - Středoškolské, s pomaturitním specializačním studiem
  - Vyšší odborná škola
  - Vysokoškolské, úroveň Bc.
  - Vysokoškolské, úroveň Mgr. a vyšší
5. Jako dlouho pracujete na tomto oddělení: \_\_\_\_\_
6. Mimo práce na OUM FNHK pracujete ještě:
  - záchranná služba
  - další oddělení \_\_\_\_\_
  - nikde, \_\_\_\_\_ je moje jediné pracoviště
  - jiné \_\_\_\_\_
7. Pokud jste na \_\_\_\_\_ přešel/la z jiného oddělení či pracoviště, bylo to:  
\_\_\_\_\_

### Dotazník SUPOS 7

Zaznamenejte stupeň prožívání níže uvedených pocitů a stavů, **jak se cítíte obvykle**, křížkem příslušné číslice.

<b>0 – vůbec ne</b>	<b>1 – zřídka (mírně)</b>	<b>2 – často (silně)</b>	<b>3 – soustavně (velmi silně)</b>
---------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------------------

0	1	2	3	spokojený	0	1	2	3	svěží
0	1	2	3	energický	0	1	2	3	čínorodý
0	1	2	3	náladový	0	1	2	3	výbušný
0	1	2	3	rozmrzelý	0	1	2	3	nespokojený
0	1	2	3	napjatý	0	1	2	3	nejistý
0	1	2	3	otrávený	0	1	2	3	pesimistický
0	1	2	3	smutný	0	1	2	3	nešťastný
0	1	2	3	dobře naladěný	0	1	2	3	klidný
0	1	2	3	temperamentní	0	1	2	3	průbojný
0	1	2	3	těžko se ovládající	0	1	2	3	vzteklý
0	1	2	3	netrpělivý	0	1	2	3	neklidný
0	1	2	3	úzkostně naladěný	0	1	2	3	prožívající obavy
0	1	2	3	zmořený	0	1	2	3	vyčerpaný
0	1	2	3	přecitlivělý	0	1	2	3	osamělý

	PE	A	O	N	U	D	S	E
HS								
P								

**Dotazník negativního jednání na pracovišti NAQ**

Následující jevy jsou považovány za příklady negativního jednání na pracovišti. Jak často jste byl/a v průběhu posledního roku vystaven/a následujícím negativním jevům na [redacted]?

1 - nikdy	2 - někdy	3 - měsíčně	4 - týdně	5 - denně
-----------	-----------	-------------	-----------	-----------

1	Někdo zadržuje informace, které ovlivňují Váš výkon	1	2	3	4	5
2	Čelil/a jste ponižování a výsměchu v souvislosti s Vaší prací	1	2	3	4	5
3	Bylo Vám nařízeno vykonávat práci pod úroveň Vaší kompetence					
4	Klíčové oblasti Vaší odpovědnosti byly odstraněny nebo nahrazeny nepříjemnými či bezvýznamnými úkoly	1	2	3	4	5
5	Někdo proti Vám šířil pomluvy a fámy	1	2	3	4	5
6	Byl/a jste ignorován/a, vyloučen/a či marginalizován/a	1	2	3	4	5
7	Čelil/a jste urážkám či útokům na Vaši osobu (zvyky, minulost apod.,) postoje či soukromý život	1	2	3	4	5
8	Křičeli na Vás, nebo jste byl/a terčem něčím vyvolaného hněvu	1	2	3	4	5
9	Čelil/a jste zastrašování, jako je ukazování prstem, porušení osobního prostoru, strkání, zatarasění cesty apod.	1	2	3	4	5
10	Narážky nebo poznámky ostatních, že byste měl/a dát výpověď	1	2	3	4	5
11	Opakované připomínání Vašich omylů a chyb	1	2	3	4	5
12	Byl/a jste ignorován/a či jste čelil/a negativní reakci, když se objevíte	1	2	3	4	5
13	Trvalé kritizování Vaší práce a snažení	1	2	3	4	5
14	Ignorování vašich myšlenek a názorů	1	2	3	4	5
15	Kanadské žerty ze strany osob, se kterými nevyházíte	1	2	3	4	5
16	Obdržení úkolů s nemožným či nesmyslným cílem, termínem	1	2	3	4	5
17	Neopodstatněné obviňování	1	2	3	4	5
18	Přehnaná kontrola Vaší práce	1	2	3	4	5
19	Nátlak nežádat něco, na co máte nárok (dovolená, nemocenská apod.)	1	2	3	4	5
20	Byl/a jste terčem nadměrného vysmívání či sarkasmu	1	2	3	4	5

21	Byl/a jste vystaven/a nezvladatelnému množství práce	1	2	3	4	5
22	Čelil/a jste výhrůzkám násilí či skutečnému fyzickému násilí	1	2	3	4	5

23. Byl/a jste někdy šikanován/a na pracovišti? Šikanou označujeme situaci, kdy jedna nebo více osob vnímají, že jsou v průběhu delší doby vystaveny negativnímu působení ze strany jedné či více jiných osob. Ohrožená osoba má potíže se bránit před těmito aktivitami. Jednorázový incident není považován za šikanu.

- Ne
- Ano, někdy (zřídka)
- Ano, několikrát měsíčně
- Ano, několikrát týdně
- Ano, skoro denně

### **Dotazník – škála skupinové atmosféry**

O svých spolupracovnících smýšlejí lidé různě. Při práci v kolektivu je toto smýšlení velmi důležité. Předkládáme Vám škálu skládající se z 10 charakteristik. Každá z nich vyjadřuje na jednom pólu příznivý znak skupinové atmosféry (vyjádřený číslem 8) a na opačném pólu je nepříznivý znak (s číselným vyjádřením 1). Číslo 2 -7 tvoří mezi stupně přechodu od Jednoho pólu k druhému. Zhodnoťte atmosféru ve Vaší skupině tak, že zakroužkujete v každém řádku to číslo, které v dané charakteristice nejprůměrněji vyjadřuje Váš vlastní názor. Např. kdybyste charakterizovali ve Vaší skupině atmosféru jako dost srdečnou, vyznačili byste v příslušném řádku číslo " 6 "takto:

	8	7	6	5	4	3	2	1	
<b>srdečná</b>	Velmi srdečná	Vcelku srdečná	Dost srdečná	Méně srdečná	Trochu chladná	Dost chladná	Vcelku chladná	Velmi chladná	<b>chladná</b>

<b>přátelská</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>nepřátelská</b>
<b>přijímající</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>odmitající</b>
<b>klidná</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>znervózňující</b>
<b>naděšená</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>znechucující</b>
<b>produktivní</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>neproduktivní</b>
<b>upřímné vztahy</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>vlažné vztahy</b>
<b>kooperativní</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>nekooperativní</b>
<b>zajímavá</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>nudná</b>
<b>podporující</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>lhostejná</b>
<b>úspěšná</b>	:	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	:	<b>neúspěšná</b>



PřílohaC Dotazník SUPOS 7, matrice dat

PE	A	O	N	U	D	S	Σ
0,375	0,25	0,042	0,125	0,083	0,083	0,042	1
0,31	0,172	0,103	0,138	0,138	0,103	0,034	0,998
0,184	0,21	0,131	0,131	0,105	0,184	0,053	0,998
0,1	0,1	0,133	0,233	0,0666	0,266	0,1	0,9986
0,381	0,333	0,048	0,048	0,142	0,048	0	1
0,333	0,25	0	0,083	0,125	0,125	0,083	0,999
0,32	0,16	0,12	0,12	0,12	0,12	0,04	1
0,296	0,296	0,037	0,111	0,074	0,074	0,111	0,999
0,308	0,346	0,038	0,038	0,115	0,077	0,077	0,999
0,2	0,2	0,1	0,05	0,2	0,1	0,15	1
0,409	0,318	0	0,091	0,136	0,045	0	0,999
0,3	0,2	0,067	0,167	0,1	0,1	0,067	1,001
0,375	0,25	0,042	0,125	0,083	0,083	0,042	1
0,31	0,172	0,103	0,138	0,138	0,103	0,034	0,998
0,409	0,318	0	0,091	0,136	0,045	0	0,999
0,3	0,2	0,067	0,167	0,1	0,1	0,067	1,001
0,184	0,21	0,131	0,131	0,105	0,184	0,053	0,998
0,1	0,1	0,133	0,233	0,0666	0,266	0,1	0,9986
0,333	0,25	0	0,083	0,125	0,125	0,083	0,999
0,32	0,16	0,12	0,12	0,12	0,12	0,04	1
0,375	0,25	0,042	0,125	0,083	0,083	0,042	1
0,31	0,172	0,103	0,138	0,138	0,103	0,034	0,998
0,184	0,21	0,131	0,131	0,105	0,184	0,053	0,998
0,1	0,1	0,133	0,233	0,0666	0,266	0,1	0,9986
0,296	0,296	0,037	0,111	0,074	0,074	0,111	0,999
0,308	0,346	0,038	0,038	0,115	0,077	0,077	0,999
0,2	0,2	0,1	0,05	0,2	0,1	0,15	1
0,409	0,318	0	0,091	0,136	0,045	0	0,999
0,333	0,25	0	0,083	0,125	0,125	0,083	0,999
0,381	0,333	0,048	0,048	0,142	0,048	0	1





# Příloha E Mapa urgentních příjmů v ČR

Dostupné online na:

<https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/12/ministerstvo-zdravotnictvi-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

