



INSTITUT EVALUACÍ
A SOCIÁLNÍCH ANALÝZ

**ANALÝZA POTŘEB PEČUJÍCÍCH ČLENŮ
MULTIDISCIPLINÁRNÍCH TÝMŮ MOBILNÍCH
HOSPICŮ V SOUVISLOSTI S CHODEM
ORGANIZACE A TIME-MANAGEMENTEM**

ANALÝZA POTŘEB PEČUJÍCÍCH ČLENŮ MULTIDISCIPLINÁRNÍCH TÝMŮ MOBILNÍCH HOSPICŮ V SOUVISLOSTI S CHODEM ORGANIZACE A TIME-MANAGEMENTEM

Petra Ponocná, Jiří Remr, Kristýna Bernášková, Otakar Ďurďa, Roman Chrenčík, Martin Kupka

CITAČNÍ VZOR

PONOCNÁ, P. *Analýza potřeb pečujících členů multidisciplinárních týmů mobilních hospiců v souvislosti s chodem organizace a time-managementem*. Souhrnná výzkumná zpráva z empirického výzkumu projektu TL02000101, Efektivnější domácí hospicová péče v Česku. Praha: INESAN, 2019, 30 s.

Tato souhrnná výzkumná zpráva je jedním z výstupů v projektu „Efektivnější mobilní hospicová péče v Česku“ č. TL02000101 za rok 2019

Řešitelský tým: Mgr. Petra Ponocná, Mgr. Kristýna Bernášková,
Ing. Mgr. Jiří Remr, PhD., MBA, Ing. Otakar Ďurďa, Mgr. Roman Chrenčík, Mgr. Martin Kupka

ZPRACOVATEL:

INESAN (Institut evaluací a sociálních analýz)

Sokolovská 351/25, 186 00 Praha 8

Tel: +420 220 190 597

E-mail: info@inesan.eu

Web: www.inesan.eu

ABSTRAKT

Zpráva prezentuje výsledky dosažené v prvním roce řešení projektu č. TL02000101 s názvem „Efektivnější domácí hospicová péče v Česku“. Hlavním záměrem realizovaného výzkumného šetření, ze kterého tato zpráva vychází, bylo postihnout současný stav zařízení poskytujících mobilní specializovanou paliativní péči a potřeby pracovníků těchto zařízení ve vztahu k plánování služeb a time-managementu. Data prezentovaná v této zprávě byla získána kvalitativními a kvantitativními výzkumnými metodami. Při kvalitativním výzkumu byly užity metody pozorování a neformálních a hloubkových rozhovorů. Celkem bylo realizováno 16 hloubkových a 4 polostrukturované rozhovory s 20 respondenty. Při kvantitativním výzkumu bylo užito metody CAWI, celkem bylo analyzováno 95 dotazníků.

ABSTRACT

This report presents the final results of the last year of the project no. TL02000101 entitled „More efficient mobile hospice care in Czechia “. The main purpose of conducted research was to analyse actual situation of home palliative care and the needs of hospice workers in relation to the work planning and time-management. Results published in this report are based on the qualitative and quantitative research methods. Method of observation, informal interviews and in-depth interviews were used during the qualitative research. 16 in-depth interviews and 4 semi-structured interviews with 20 respondents were conducted. CAWI method was used during quantitative research and 95 questionnaires were analysed.

KLÍČOVÁ SLOVA

hospicová péče, paliativní péče, domácí hospic, time-management, software, potřeby pracovníků

KEYWORDS

hospice care, paliative care, home hospice care, time-management, software, needs of hospice workers,

OBSAH

1. ÚVOD	3
2. POPIS VÝZKUMU.....	4
2.1 FÁZE VÝZKUMU A PILOTNÍ ŠETŘENÍ	4
2.2 KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ S VEDOUCÍMI MOBILNÍCH HOSPICŮ.....	6
2.2.1 METODIKA VÝZKUMU.....	6
2.2.2 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	6
2.3 KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ S PRACOVNÍKY MOBILNÍCH HOSPICŮ	7
2.3.1 METODIKA VÝZKUMU.....	7
2.3.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	8
2.3.3 VYSVĚTLIVKY.....	9
3. PŘEHLED VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ.....	10
3.1 KOMPARACE SOUČASNÉ A IDEÁLNÍ SITUACE VE ZKOUMANÝCH ORGANIZACÍCH	10
3.2 FORMY INTERNÍ KOMUNIKACE V MOBILNÍCH HOSPICÍCH	15
3.3 ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST A S NÍ SOUVISEJÍCÍ PRACOVNÍ VYTÍŽENOST ZAMĚSTNANCŮ MH.....	18
3.4 HODNOCENÍ VYUŽÍVANÝCH SOFTWAREŮ ZAMĚSTNANCI MOBILNÍCH HOSPICŮ	20
3.5 POSTOJE PRACOVNÍKŮ MOBILNÍCH HOSPICŮ K UŽÍVÁNÍ ELEKTRONICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	25
4. DOPORUČENÍ A ZÁVĚRY	27
4.1 INDIKÁTORY EFEKTIVITY V MOBILNÍCH HOSPICÍCH	27
4.2 POTŘEBY PRACOVNÍKŮ MOBILNÍCH HOSPICŮ V SOUVISLOSTI S ADMINISTRATIVNÍ ČINNOSTÍ A SOFTWAREM	28
4.3 PROBLÉMY MOBILNÍCH HOSPICŮ-SHRNUTÍ.....	28

SEZNAM ZKRATEK

CAWI	Computer Assisted Web Interviewing
ČSÚ	Český statistický úřad
IHI	Individuální hloubkový rozhovor
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí

1. ÚVOD

Tato souhrnná výzkumná zpráva za rok 2019 je jedním z výstupů projektu č. TL02000101 „Efektivnější mobilní hospicová péče v Česku“ řešeného v rámci soutěže ETA 2 pro Technologickou agenturu České republiky.

Hlavním cílem projektu je navrhnout software, který pracovníkům zařízení poskytujících mobilní specializovanou paliativní a hospicovou péči (dále jen mobilní hospic) umožní zjednodušit práci spojenou s administrativou. Software usnadní administrativní práci tím, že bude uživatelům poskytovat všechny potřebné informace propojené, jednoduše vyhledatelné a na jednom místě. Software by měl obsahovat sociální i zdravotní modul a měl by být navržen na základě potřeb všech členů multidisciplinárního týmu mobilního hospice. Mezi dílčí cíle projektu patří:

- zjištění potřeb pracovníků domácích hospiců v souvislosti s chodem organizace a plánováním pracovních činností
- zjištění možných problémů, kterým jsou mobilní hospice v Česku vystaveny a které mohou mít negativní vliv na plynulý chod organizace a spolupráci v multidisciplinárním týmu

Kromě souhrnné výzkumné zprávy náleží mezi další výstupy projektu v tomto roce:

- záznamový arch pro hloubkové rozhovory (O)
- scénář k hloubkovým rozhovorům (O)
- elektronický dotazník (O)
- datová matice obsahující data získaná za pomoci kvantitativního šetření (O)

2. POPIS VÝZKUMU

Hlavním kritériem pro výběr výzkumného vzorku byla skutečnost, zda se hospice hlásí k dodržování Standardů mobilní specializované paliativní péče (vydané Fórem mobilních hospiců), nebo Standardů hospicové paliativní péče (vydané Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče). V obou typech výzkumů (kvalitativním a kvantitativním) jsme při výběru výzkumného vzorku vycházeli ze souboru členů obou asociací. K červnu 2019, kdy byl v souvislosti s výzkumem specifikován výzkumný vzorek, poskytovalo v Česku mobilní specializovanou paliativní péči (dále jen MSPP) a mobilní hospicovou paliativní péči (dále jen MHPP) přibližně 51 zařízení¹. Z těchto zařízení bylo k červnu 2019 39 členy či přidruženými členy Fóra mobilních hospiců (poskytovatelé MSPP) a 12 zařízení bylo členy Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (poskytovatelé MHPP).

2.1 FÁZE VÝZKUMU A PILOTNÍ ŠETŘENÍ

Základní podmínkou pro dosažení stanovených cílů projektu bylo získání relevantních a validních dat, která se vztahují k výzkumnému záměru. Realizovaný výzkum měl proto dvě části – teoretickou a empirickou, které se od čtvrtého měsíce výzkumu prolínaly. V prvních třech měsících projektu byla provedena teoretická část výzkumu, která představovala:

- sekundární analýzu dat z průzkumů zaměřených na domácí paliativní péči v Česku i v zahraničí
- analýzu Zákonu o zdravotních službách a Zákonu o sociálních službách
- obsahovou analýzu médií (zaměřenou na analýzu informací týkajících se mobilní paliativní a hospicové péče v Česku)
- rešerše softwarů určených pro sociální a zdravotní služby dostupných na českém trhu
- analýzu relevantní literatury zaměřené na paliativní a domácí paliativní péči

Pro kontextuální porozumění zkoumaného problému bylo v první fázi výzkumného šetření provedeno pilotní šetření v sídle aplikačního garanta (tj. Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.). V rámci tohoto pilotního šetření byly realizovány neformální a polostrukturované rozhovory se třemi zaměstnankyněmi hospice (vedoucí, sociální pracovnící a zdravotní sestrou) a proběhly dvě schůzky, kterých se účastnili vždy čtyři zaměstnanci hospice (tj. vedoucí, sociální pracovníce, zdravotní sestra a psycholožka). Během těchto schůzek bylo prodiskutováno nastavení navrhovaného softwaru a

¹ Mobilní paliativní a hospicová péče zahrnuje tři legislativní oblasti (zdravotní, sociální a lidsko-právní). V Česku doposud chybí komplexní legislativní úprava mobilní paliativní a hospicové péče, která by tyto oblasti reflektovala. Také z tohoto důvodu není v Česku dostatečně řešeno financování mobilních hospiců a jejich rozvoj a mezi poskytovateli mobilní paliativní a hospicové péče v tomto směru stále neexistuje úplný konsensus. Ve snaze etablovat hospice v legislativě a z potřeby definovat standardy paliativní a hospicové péče byla v roce 2005 založena Asociace poskytovatelů paliativní a hospicové péče. Asociaci se podařilo prosadit hospicovou péči jako plnohodnotnou s ostatními druhy péče dle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a etablování hospicové péče v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Zdravotní složka paliativní péče je díky tomu hrazena zdravotními pojišťovnami, ale sociální složka doposud není v tomto směru plně vyřešena. V roce 2018 na základě podnětů, doporučení a žádostí ze strany České společnosti paliativní medicíny a Fóra mobilních hospiců byl projektovým týmem Ministerstva zdravotnictví připraveny Standardy mobilní specializované paliativní péče (MSPP), ke kterým se hlásí všichni členové Fóra mobilních hospiců. Tyto Standardy

byly zaznamenány požadavky a potřeby aplikačního garanta. Pilotní šetření umožnilo lépe koncipovat následné kvalitativní výzkumné šetření, a to jak po stránce obsahové, kdy byly utvořeny jednotlivé koncepty a konstrukty, tak po stránce metodické, kdy byly definovány vhodné postupy výběru respondentů v kvalitativním a kvantitativním výzkumu.

Po ukončení pilotního šetření následovalo kvalitativní šetření realizované prostřednictvím pozorování a individuálních hloubkových rozhovorů (dále jen IHI) s vedoucími pracovníky zařízení poskytujících mobilní paliativní a hospicovou péči. Kvalitativní šetření bylo provedeno v červenci, srpnu a v první polovině září 2019. V průběhu druhé poloviny září a v říjnu 2019 byl následně proveden kvantitativní sběr dat za pomoci CAWI dotazníku.

Přehled jednotlivých činností včetně doby jejich řešení je uvedeno v tabulce č. 1

TABULKA 1: PŘEHLED JEDNOTLIVÝCH ČINNOSTÍ VČETNĚ DOBY ŘEŠENÍ

ČINNOST	Doba řešení
Rešerše softwarů pro sociální a zdravotní služby	01/2019
Sekundární analýza dat, obsahová analýza médií, analýza relevantní literatury	01/2019-03/2019
Specifikace jednotlivých modulů softwaru, základní návrh softwaru	01/2019-05/2019
Příprava scénářů k polostrukturovaným rozhovorům, příprava záznamových archů	06/2019
Pilotní šetření u AG	06/2019
Příprava scénáře k IHI, příprava záznamového archu	06/2019
Sběr dat, průběžná analýza dat	07/2019–09/2019
Přepisy, kódování a analýza kvalitativních dat	08/2019–10/2019
Realizace kvantitativního výzkumu (CAWI)	09/2019–10/2019
Analýza a zpracování kvantitativních dat, tvorba datové matice	10/2019–11/2019
Příprava souhrnné výzkumné zprávy	11/2019–12/2019

2.2 KVALITATIVNÍ ŠETŘENÍ S VEDOUcíMI MOBILNíCH HOSPICŮ

2.2.1 METODIKA VÝZKUMU

Kvalitativní výzkum měl čtyři fáze a probíhal od června do září 2019. V první fázi výzkumu byly připraveny scénáře k IHI a záznamové archy pro data získaná pomocí metody nezúčastněného pozorování. Protože jsou data v kvalitativním typu výzkumu organizována a analyzována již při sběru dat oproti kvantitativnímu výzkumu, druhá a třetí fáze výzkumu se prolínaly. Realizace IHI se tedy prolínala s kódováním a analýzou rozhovorů. Scénáře rozhovorů byly průběžně upravovány podle získaných informací v terénu. Ve čtvrté fázi byla data vyhodnocována a interpretována.

Celkem bylo provedeno 16 IHI s řediteli a ředitelkami mobilních hospiců. Před rozhovorem byl respondent opětovně seznámen s tématem výzkumu. Po respondentově souhlasu, stvrzeném podpisem formuláře informovaného souhlasu, byly rozhovory nahrávány na diktafon. Respondenti byli ujistiáni o anonymizaci. Všechny IHI byly realizovány v sídle domácího hospice buď v kanceláři vedoucího nebo v zasedací místnosti. U rozhovorů byla přítomna tazatelka a vedoucí hospice, v jednom případě si v poslední třetině rozhovoru vedoucí přizvali sociální pracovníci a ve druhém případě lékaře za účelem doplnění některých informací pro tazatelku.

Po realizaci rozhovorů byly nahrávky přepsány technikou doslovné transkripce. Kvalitativní analýza rozhovorů nejprve spočívala v identifikaci témat či oblastí, které sloužily ke specifikaci koncepčního rámce témat rozhovorů. Dále byla data roztříděna do kategorií a kódována pomocí technik otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Tímto způsobem bylo stanoveno pět hlavních témat a 14 kategorií. Vztahy mezi tématy a kategoriemi byly zaznamenány do excelových tabulek.

Pomocí IHI byly získány informace:

- 1) o náplni práce ředitelky MH a jejich pracovní vytíženosti
- 2) týkající se chodu MH
- 3) o nastavení vnitřní komunikace v MH
- 4) o softwaru nebo softwarech užívaných v MH
- 5) o problémech, se kterými se organizace musí vyrovnávat a o potřebách pracovníků organizace

2.2.2 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Jelikož je téma výzkumu zaměřeno na výzkum organizace a analýzu situace v organizaci, jako respondenti byly zvoleny osoby z vrcholového managementu, konkrétně ředitelé a ředitelky MH. Ředitelé a ředitelky v kontextu výzkumu zastávali roli tzv. *gatekeepera*, tedy osoby, která výzkumníkovi umožňuje pohyb v terénu (v tomto případě v mobilním hospici), případně dokáže zprostředkovat přístup k dalším důležitým osobám, které mohou výzkumníkovi poskytnout důležité

informace². Ředitelky³ MH domácích hospiců jsou schopny podat informace nejenom o chodu organizace, ale mají také přehled o organizační struktuře a pracovní náplni jednotlivých pracovníků multidisciplinárního týmu.

S žádostí o rozhovor bylo telefonicky a emailem osloveno 27 vedoucích pracovníků domácích hospiců. V případě, že nebylo možné získat kontakt na vedoucího pracovníka, byli osloveni celkem čtyři administrativní pracovníci. Dva z kontaktovaných vedoucích nebylo možné opakovaně telefonicky zastihnout. S poskytnutím rozhovoru souhlasilo šestnáct vedoucích pracovníků. Po realizaci čtrnáctého rozhovoru byl vzorek teoreticky saturován a kvalitativní fáze výzkumu byla ukončena, neboť výzkum nepřinášel nové poznatky. Ve skupině respondentů, se kterými byly realizovány rozhovory, převažovaly ve funkci vedoucí domácího hospice ženy – rozhovory byly realizovány se 13 ženami a 3 muži.

2.3 KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ S PRACOVNÍKY MOBILNÍCH HOSPICŮ

2.3.1 METODIKA VÝZKUMU

Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno ve třech etapách v září a v říjnu 2019. Kvantitativní šetření bylo založeno na metodě CAWI (Computer Assisted Web Interviewing). Sběr dat byl realizován v rámci skupiny osob, které jsou zaměstnány v zařízeních poskytujících paliativní a hospicovou péči a které jsou členy Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče nebo Fóra mobilních hospiců. Respondenti se přihlašovali do on-line aplikace (on-line dotazníku) a odpovídali na předem definované otázky zaměřené na hodnocení využití jednotlivých druhů softwaru v rámci pracovní činnosti, na hodnocení komunikace v rámci organizace, na hodnocení míry využití informačních technologií v pracovní činnosti a na hodnocení současné situace v organizaci z hlediska vybraných hledisek.

Celkem bylo s žádostí o vyplnění on-line dotazníku osloveno 288 osob ze 33 zařízení poskytujících paliativní a hospicovou péči, přičemž vyplněno bylo 97 dotazníků. Celkem dva dotazníky byly vyřazeny ze zpracování z důvodu špatného či neúplného vyplnění.

Finální analýza byla provedena na souboru 95 respondentů.

V rámci provedeného výzkumného šetření byla míra návratnosti (response rate – RR) kalkulována dle následujícího vzorce odpovídající metodice výpočtu návratnosti dle AAPOR RR2:

$$RR = n/F,$$

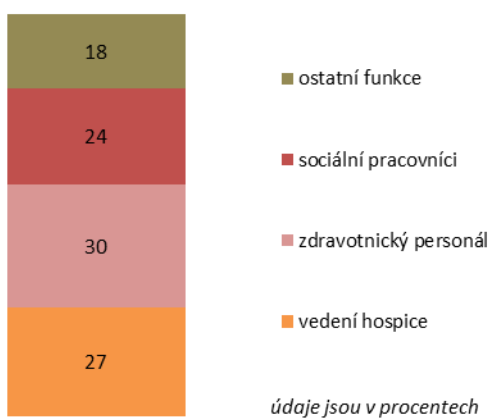
v němž n znamená počet respondentů, s nimiž byl dotazník vyplněn, a F celkový počet oslovených subjektů vyhovujících stanovené základní populaci. Míra návratnosti v daném případě činí 33,7 %.

² Hendl, Jan (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Str. 152.

³ Pro označení vedoucích pracovníků MH budu v textu dále užívat slovo ředitelky, neboť počet ředitelky, které nám poskytly rozhovor, výrazně převažoval nad řediteli.

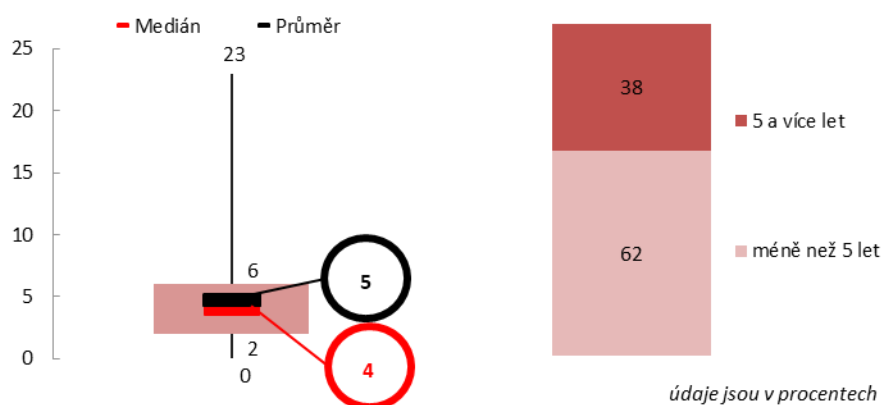
2.3.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Graf 1: Pracovní pozice respondentů



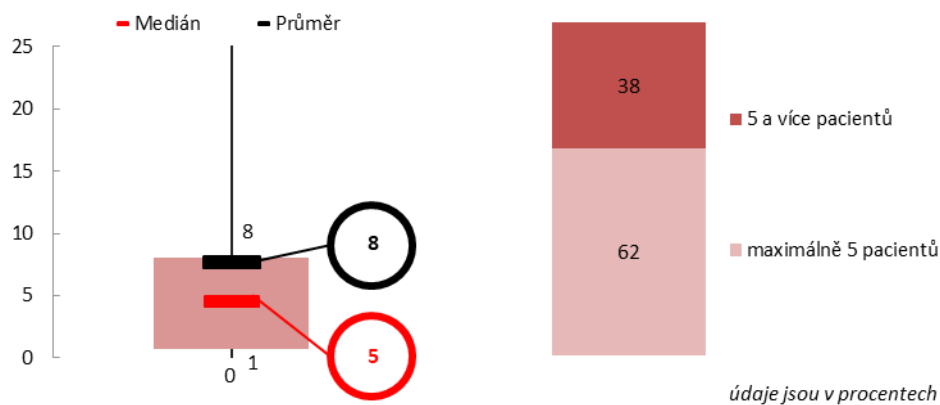
Zdroj: INESAN (2019, N=92)

Graf 2: Délka současného zaměstnání



Zdroj: INESAN (2019, N=95)

Graf 3: Počet pacientů v osobní péči



Zdroj: INESAN (2019, N=50)

2.3.3 VYSVĚTLIVKY

Kvantitativní data byla zpracována matematicko-statistickými postupy; kromě třídění prvního a druhého stupně, bylo použito statistických testů významnosti, analýzy průměrů (ANOVA, t-test), chí kvadrátového testu, Fischerova testu, shlukové analýzy a faktorové analýzy.

Součet relativních četností (procent) a řádkových procent se může vzhledem k zaokrouhlování pohybovat od 99 do 101.

Některé grafy prezentují otázky s možností několikanásobné odpovědi. Čísla v těchto grafech uvádějí podíl kladných odpovědí v procentech a jejich součet pak není roven 100.

N vyjadřuje podíl validních případů. V případě prezentace více než jednoho grafu, resp. vícepoložkového grafu, jsou hodnoty N odděleny lomítkem a vyjadřují počet validních případů vztahujících se ke každému jednotlivému grafu (položce v grafu).

Průměry (průměrné hodnocení) uváděné v této zprávě jsou průměry aritmetické, pokud není uvedeno jinak.

Medián je bod, který rozděluje uspořádanou číselnou řadu na dvě stejně početné části. Medián tak vypovídá o rozložení dat: čím je jeho hodnota vyšší, tím větší počet údajů se koncentruje v horní části uspořádané řady a vice versa.

Percentily (ve zprávě se nejčastěji objevuje 25 % a 75 % percentil – neboli horní a dolní kvartil) udávají hodnotu, která vyděluje z uspořádané řady hodnot čtvrtinu nejnižších hodnot (dolní kvartil) a čtvrtinu nejvyšších hodnot (horní kvartil).

3. PŘEHLED VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ

3.1 KOMPARACE SOUČASNÉ A IDEÁLNÍ SITUACE VE ZKOUMANÝCH ORGANIZACÍCH

Mobilní hospice mají jasně stanovenou organizační strukturu, která je přizpůsobena potřebám pacientů. Pacienti v péči mobilního hospice jsou bez ohledu na lékařskou diagnózu nevyléčitelně nemocní a rozhodli se dožít v domácím prostředí. Posláním pracovníků mobilních hospiců je poskytnout pacientům péči, která zmírní bolest a jiná možná strádání a umožní jim dožít důstojně. Součástí MSPP či MHPP je také podpora rodiny pacienta. Mobilní hospicová péče tedy vychází nejen z přání a potřeb pacientů, ale také jejich rodin – minimálně jeden člen rodiny je do péče zapojen. Aby bylo možné vyhovět potřebám pacienta a jeho rodiny v celé jejich komplexnosti, je mobilní hospicová péče vícesložková – kromě zdravotní podpory a pomoci nabízejí hospice také sociální, psychologickou a duchovní podporu. Funkční strukturu organizace z tohoto důvodu tvoří několik specializovaných pracovníků, v případě větší organizace pak několik malých týmů specializovaných pracovníků, v oblasti přímé péče. Další skupinu pracovníků mobilního hospice tvoří ti, kteří zajišťují jeho chod.

Tým specializovaných pracovníků, jež zajišťuje přímou péči, se vždy skládá ze zdravotníků (zdravotní sestra a lékař), sociálních pracovníků (případně pečovateli) a psychologa. V některých domácích hospicích je součástí týmu také duchovní a výživový poradce. Většina mobilních hospiců uzavírá spolupráci s dobrovolníky. Všichni pracovníci jsou si v kompetencích rovni, nicméně jakékoliv změny a potřeby oznamují vedoucí či vedoucímu hospice.

Za účelem stanovení faktorů, které pracovníci MH vnímají jako důležité, jsme provedli analýzu fungování organizace. Primárním krokem v rámci analýzy fungování organizace je stanovení organizační kultury. Ke stanovení organizační kultury a základních hodnot organizace byla v CAWI uplatněna modifikovaná verze dotazníku Organizational Culture Assessment Instrument (dále jen OCAI) od autorů Camerona a Quinna (2006). Tento dotazník byl užít pro stanovení organizační kultury a základních hodnot organizace, které se podle autorů přímo vztahují k efektivnosti organizace. OCAI slouží ke stanovení jednoho ze 4 typů organizační kultury (klanový, adhokratický, hierarchický, tržní), jež v dané organizaci převládá. Tyto čtyři typy organizační kultury vznikají kombinací dvou dimenzí – flexibilita versus kontrola a interní versus externí zaměření. Podle typu organizační kultury je dále možné stanovit indikátory efektivnosti organizace. Organizační kultura a základní hodnoty organizace jsou zjišťovány za pomoci následujících obsahových komponent⁴:

- Dominantní rysy organizace
- Způsoby vedení v organizaci
- Způsob řízení zaměstnanců

⁴ Zdroj: Lukášová, Růžena: Organizační kultura a její změna (2010), pp. 157–158.

- Soudržnost organizace
- Prioritní strategické faktory
- Kritéria úspěchu

Úkolem respondenta je rozdělit 100 bodů mezi čtyři tvrzení u každé z obsahových komponent dle toho, jak tvrzení vystihují současnou situaci v jeho organizaci.

Na základě OCAI bylo zjištěno, že více než 50 % respondentů vnímá **organizační kulturu vlastní organizace** jako **klanovou**. Klanová kultura se svým charakterem podobá rodinnému typu organizace. Řízení je v tomto typu organizace založeno na sdílení hodnot, cílů, soudružnosti a týmové práce. Taková organizace dosáhne vysoké míry efektivity, pokud bude vedení flexibilní a bude zastávat roli rádce a „rodiče“. Dále se pomocí OCAI ukázalo, že vnímání současného stavu organizační kultury je velmi blízké tomu, co si respondenti představují pod ideálním stavem organizační kultury. Znamená to, že organizace, jež nabízejí podobné služby jako MH (tzn. pečovatelské, sociální apod.) jsou efektivní, pokud se soustředí na harmonické vnitřní fungování a na psychickou podporu pracovníků. Pracovníci domácího hospice vykonávají psychicky náročnou práci, která spočívá v každodenním kontaktu s umírajícími pacienty a která od ostatních spolupracovníků vyžaduje sdílení a pochopení. V takové organizaci by pak měl být kladen důraz na péči o zaměstnance, což potvrzovaly ředitelky také v IHI.

„Ty sestřičky v hospicové péči mají obrovský psychický nápor. A já to vidím z té strany, že jak nejsem zdravotník, tak já mám odstup a sleduji a vidím, že oni jsou v pohodě, a ptám se jich a říkají mi, že jsou v pohodě. Ale vím, že se musí pravidelně realizovat ta psychohygienu. A to v podstatě formou osobního sdílení, a i toho soukromého života. Což jsou jak nějaký soukromý problémy, ale i běžný dění v rodině a tak.“

V souvislosti s efektivností organizace dále ředitelky MH zdůrazňovaly důležitost osobních charakteristik pracovníků MH a sdílení podobných hodnot či hodnotového systému mezi pracovníky.

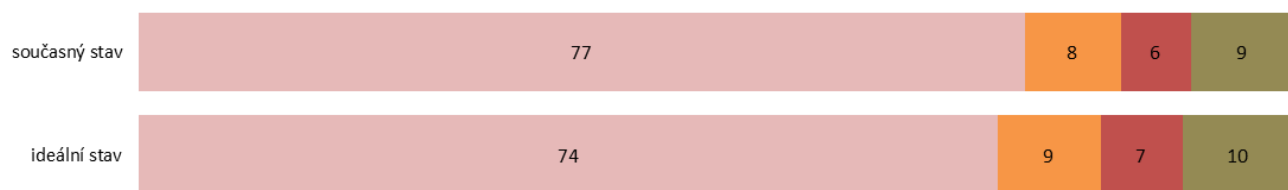
„My jsme si nastavili nějaké hodnoty, jsme vlastně hodnotově nastavená organizace. Protože pro nás jsou důležité takové věci, jakože byste tady našla spíš systém vedení než systém řízení. Že je pro nás důležité nejenom, co ten člověk umí, ale i jak vystupuje, jak zapadne do týmu, jestli je samostatný.“

„Jsou to samozřejmě nějaké charakterové vlastnosti našich zaměstnanců, jako je vstřícnost, laskavost, komunikativnost. Jakoby odvaha bavit se s lidmi o těžkých věcech. Až po to, že člověk musí mít svoje hodnoty srovnané ve svém životě, pokud chce pracovat dennodenně s krizovou situací těch rodin, ať už pacientů, nebo těch, kteří se rozhodli doma pečovat.“

Jak můžeme vidět na grafech 3–8, bylo za pomoci OCAI zjištěno, že současná situace se ve všech šesti obsahových komponentech velmi blíží stavu, který respondenti označili za ideální.

Prvním z hodnocených obsahových komponentů byl **dominantní rys organizace**, jež lze také charakterizovat jako atmosféru organizace. 77 % respondentů označilo za dominantní rys organizace **přátelskou a pohodovou atmosféru**. Přátelskou a pohodovou atmosféru jako ideální stav však označilo o 3 % respondentů méně – podle výsledků by 1 % respondentů preferovalo více dynamické a podnikatelsky zaměřené pracoviště, 1 % upřednostňuje důraz na plnění pracovních povinností a větší soupeřivost v týmu a stejně tak by 1 % respondentů upřednostňovalo větší míru formality a kontroly nad výkonem práce.

Graf 4: Srovnání současné a ideální atmosféry v organizaci



údaje vyjadřují průměrnou váhu jednotlivých situací v organizaci

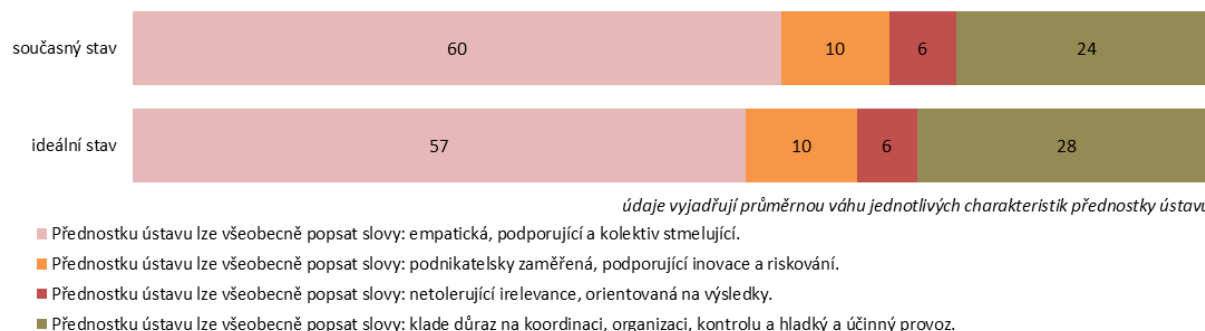
- Naše pracoviště se vyznačuje přátelskou atmosférou. Lidé spolu navzájem sdílí i mnohé osobní věci.
- Naše pracoviště je velmi dynamické a podnikatelsky orientované. Lidé jsou ochotni hodně riskovat.
- Naše pracoviště je orientované na výsledky. Největší důraz je kladen na plnění pracovních povinností. Lidé jsou velmi soupeřiví a orientovaní na úspěch.
- Naše pracoviště je velice strukturované a velký důraz je kladen na kontrolu. Práce lidí je většinou řízena formálními nařízeními.

Zdroj: INESAN (2019, N=47/47)

Pozn.: Respondenti rozdělovali celkem 100 bodů mezi 4 výše uvedené možnosti s cílem charakterizovat současnou a ideální situaci v organizaci; vyšší průměrná váha vyjadřuje převažující situaci ve zkoumaných organizacích.

Druhým z hodnocených obsahových komponentů byl **způsob vedení organizace**. Dotazovaní v tomto případě hodnotili osobnost vedoucího pracovníka domácího hospice. 60 % respondentů vidí vedení jako empatické a podporující kolektiv a 57 % respondentů vnímá takového vedoucího jako ideálního. 24 % vidí vedoucího jako osobnost, která klade důraz na koordinaci, organizaci a hladký a účinný provoz a 28 % respondentů by takového vedoucího preferovalo.

Graf 5: Srovnání současné a ideální osobnosti přednostky ústavu

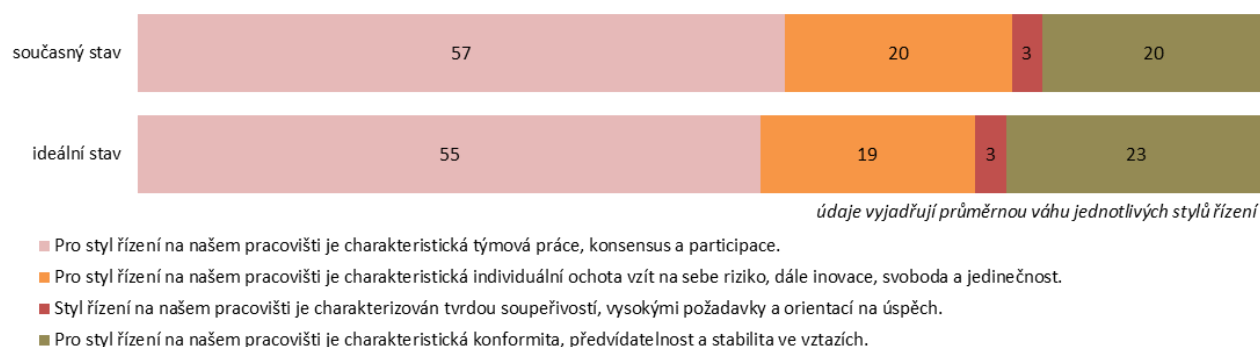


Zdroj: INESAN (2019, N=46/46)

Pozn.: Respondenti rozdělovali celkem 100 bodů mezi 4 výše uvedené možnosti s cílem charakterizovat současnou a ideální osobnost přednostky ústavu; vyšší průměrná váha vyjadřuje převažující situaci ve zkoumaných organizacích.

Osobnost vedoucí domácího hospice ovlivňuje třetí z obsahových komponentů, kterým je **styl řízení na pracovišti**. Mezi jednotlivými tvrzeními jsou zde počty bodů, přiřazených respondenty ke konkrétním tvrzením, více vyrovnané. Pro 57 % dotazovaných je pro současný styl řízení organizace charakteristická týmová práce a participace, 20 % dotazovaných ho pak vnímá jako řízení založené na individuálních schopnostech jedince včetně schopnosti riskovat a inovovat.

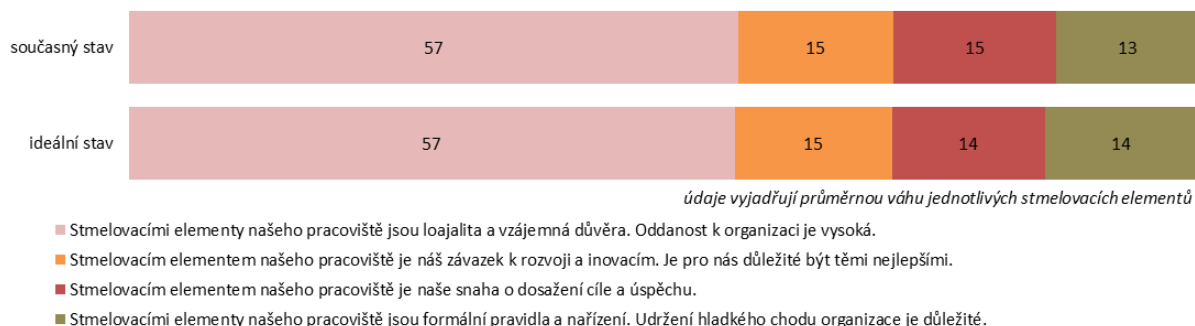
Graf 6: Srovnání současného a ideálního stylu řízení na pracovišti



Zdroj: INESAN (2019, N=43/43)

Pozn.: Respondenti rozdělovali celkem 100 bodů mezi 4 výše uvedené možnosti s cílem charakterizovat současný a ideální styl řízení na pracovišti; vyšší průměrná váha vyjadřuje převažující situaci ve zkoumaných organizacích.

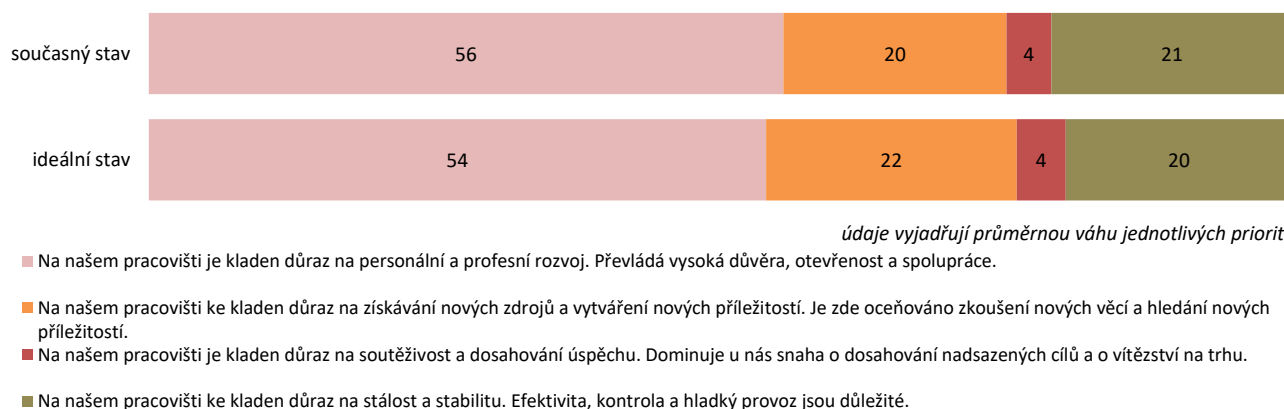
Při hodnocení čtvrtého dominantního rysu organizace, **soudružnosti organizace a stmelovacích elementů na pracovišti**, je hodnocení současného stavu a ideálního stavu respondenty v podstatě totožné. Za dominantní rysy pracoviště označilo 57 % respondentů loajalitu, vzájemnou důvěru a vysokou oddanost organizaci. Tyto rysy odpovídají klanovému typu organizační kultury.

Graf 7: Srovnání současných a ideálních stmelovacích elementů na pracovišti


Zdroj: INESAN (2019, N=39/39)

Pozn.: Respondenti rozdělovali celkem 100 bodů mezi 4 výše uvedené možnosti s cílem charakterizovat současný a ideální stmelovací elementy na pracovišti; vyšší průměrná váha vyjadřuje převažující situaci ve zkoumaných organizacích.

Faktory soudružnosti organizace mají podle Camerona a Quinna přímou souvislost s **prioritami organizace**. **56 % respondentů** je přesvědčeno, že na pracovišti převládá vysoká **důvěra, otevřenost a spolupráce** a že je kladen důraz na personální a profesní rozvoj, což koresponduje s výše uvedeným hodnocením stmelovacích elementů pracoviště. Pouze **4 % respondentů** označilo za prioritu pracoviště **soutěživost**, snahu o vítězství a **dosahování úspěchu**. Současný stav týkající se priorit organizace ve výsledcích CAWI je opět velmi podobný stavu, který respondenti vnímají jako ideální (54 %). Při hodnocení ideálního stavu by 2 % respondentů upřednostnilo větší důraz na získávání nových zdrojů a vytváření příležitostí.

Graf 8: Srovnání současných a ideálních priorit na pracovišti


Zdroj: INESAN (2019, N=40/39)

Pozn.: Respondenti rozdělovali celkem 100 bodů mezi 4 výše uvedené možnosti s cílem charakterizovat současný a ideální priority na pracovišti; vyšší průměrná váha vyjadřuje převažující situaci ve zkoumaných organizacích.

Posledním hodnoceným rysem organizace byla **kritéria úspěchu**. **69 % respondentů** v současnosti spatřuje kritéria úspěchu na pracovišti v **rozvoji lidských zdrojů, v týmové práci, oddanosti zaměstnancům a ve vzájemné péči o ostatní**. Pro 66 % respondentů jsou tato kritéria úspěchu považována za ideální. Tato kritéria úspěchu opět plně korespondují s typem klanové organizační kultury. Jedno procento respondentů za ideální stav v oblasti kritérií úspěchu označuje vedení v oblasti inovací, další jedno procento spatřuje kritéria úspěchu ve vedoucí pozici na trhu a poslední

procento respondentů by preferovalo, aby byla kritéria úspěchu v hospici definována efektivitou, plynulostí práce a poskytováním služeb s nízkými náklady.

Graf 9: Srovnání současné a ideální definice úspěchu na pracovišti



údaje vyjadřují průměrnou váhu jednotlivých charakteristik definice úspěchu

- Na našem pracovišti je úspěch definován mírou rozvoje lidských zdrojů, týmovou prací, oddaností zaměstnanců, vzájemnou ohleduplností a péčí o lidi/studenty .
- Na našem pracovišti je úspěch definován vlastnictvím unikátních a nejnovějších produktů. Jsme lídři v oblasti inovací.
- Na našem pracovišti je úspěch definován vítězstvím na trhu a předstížením konkurence. Klíčová je pro nás vedoucí pozice na trhu.
- Na našem pracovišti je úspěch definován efektivitou. Rozhodující jsou pro nás spolehlivé dodávky, plynulost práce a výroba/služby s nízkými náklady.

Zdroj: INESAN (2019, N=37/36)

Pozn.: Respondenti rozdělovali celkem 100 bodů mezi 4 výše uvedené možnosti s cílem charakterizovat současnou a ideální definici úspěchu na pracovišti; vyšší průměrná váha vyjadřuje převažující situaci ve zkoumaných organizacích.

3.2 FORMY INTERNÍ KOMUNIKACE V MOBILNÍCH HOSPICÍCH

Většina dosavadních výzkumů realizovaných v zahraničí a zaměřujících se na komunikaci v oblasti paliativní péče, je cílena hlavně na externí komunikaci mezi zaměstnanci hospiců a jejich pacientů (Faulkner 1994, Rajashree 2011). Interní komunikaci v MH tolik pozornosti ve výzkumech věnováno není. Podle některých autorů je však otevřená komunikace mezi členy týmu, kteří poskytují MSPP, považována za jednu z hlavních podmínek úspěšného a efektivního fungování organizace (Altilio 2001: 4). Pro hladký průběh péče o pacienta je nutné, aby se jednotliví členové multidisciplinárního týmu navzájem informovali o zdravotním stavu pacienta a o každé změně, která nastane. Kromě toho je také vhodné fungování vzájemné podpory v organizaci a sdílení informací také mimo samotný výkon péče, a to z toho důvodu, že pracovní náplň pracovníků MH je psychicky poměrně vyčerpávající. Při hodnocení potřeb pracovníků MH a analýze efektivity práce jsme se proto zaměřili na nejčastější způsoby komunikace v MH a na žádoucí či preferované formy komunikace samotnými zaměstnanci MH.

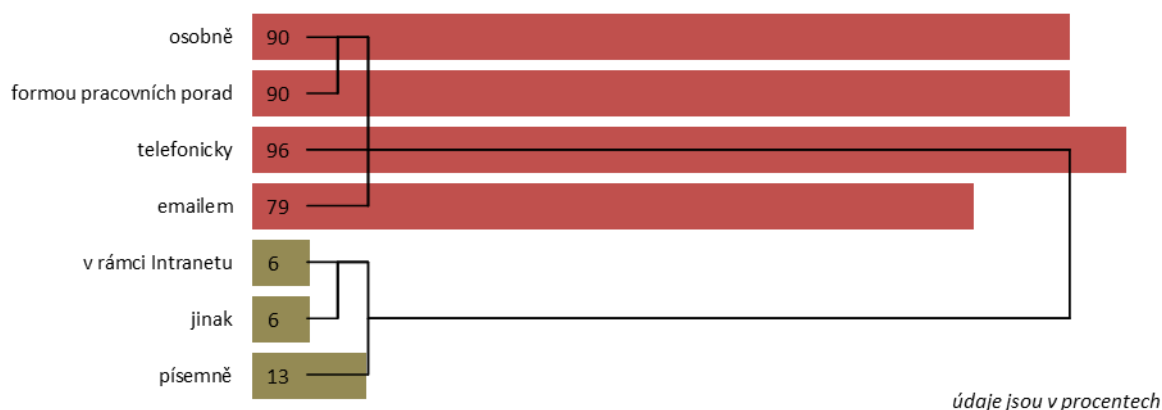
Z analýzy výsledků CAWI vyplývá, že 96 % zaměstnanců MH musí v souvislosti s výkonem práce komunikovat s kolegy. Jinak řečeno, výkon práce by bez této komunikace nebyl úplný. Konkrétně se jedná o komunikaci mezi zdravotními sestrami, lékaři, sociálními pracovníky, řediteli MH, případně ostatními zaměstnanci (tj. psychology, koordinátory půjčoven pomůcek, pečovateli).

Graf 10: Podíl respondentů komunikujících v rámci pracovní činnosti s ostatními spolupracovníky



Při analýze celého souboru těchto zaměstnanců můžeme vidět, že nejčastěji mezi sebou zaměstnanci komunikují telefonicky (96 %), osobně (90 %) a při pracovních poradách (90 %). Naopak nejméně pro komunikaci užívají intranet a písemné způsoby komunikace.

Graf 11: Způsoby komunikace s ostatními spolupracovníky

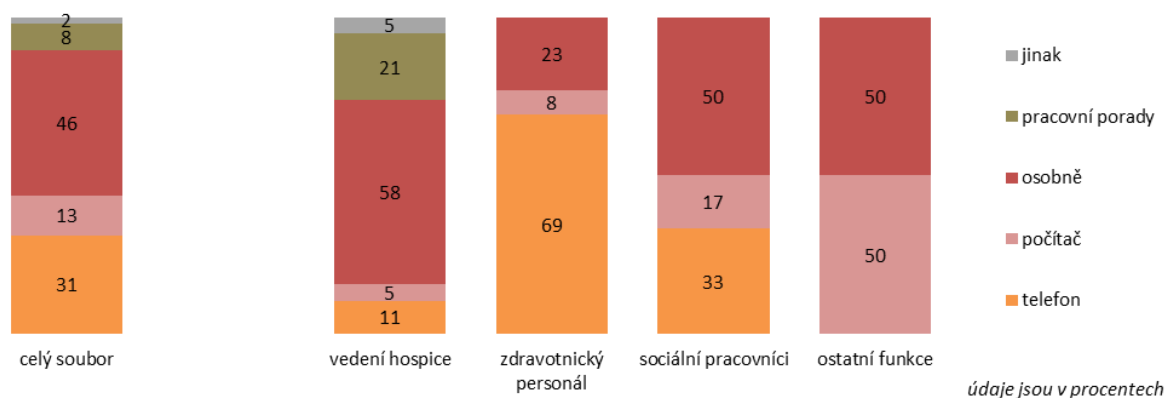


Zdroj: INESAN (2019, N=48)

Pozn.: Shluková analýza vymezuje typické skupiny způsobů komunikace z hlediska jejich podobnosti. Výstupem shlukové analýzy je mimo jiné dendrogram, ve kterém vodorovné vzdálenosti mezi jednotlivými znaky představují míru jejich podobnosti. Čím je tato vzdálenost kratší, tím je jejich vzájemná podobnost vyšší. Shluková analýza využívá Euklidovskou vzdálenost a je založena na Wardově metodě.

Pozn.: Respondenti komunikují s ostatními spolupracovníky v průměru 3,8 způsoby.

Graf 12: Nejčastější způsob komunikace s ostatními spolupracovníky (podle pracovní pozice)



Zdroj: INESAN (2019, N=48)

Pozn.: $p=0,007$

V grafu 12 můžeme vidět, že **telefonicky** komunikují nejvíce příslušníci **zdravotnického personálu**, tedy zdravotní sestry a lékaři. **69 % zdravotnického personálu** užívá při komunikaci s ostatními

spolupracovníky **mobilní telefon** a jen 8 % z nich používá ke komunikaci počítač. Vysoké užití mobilního telefonu souvisí s charakterem práce zdravotních sester v MH, které musí být ve službě na telefonu dostupné 24 hodin denně. Většinu pracovní doby stráví zdravotníci v terénu u pacientů, případně na cestě od pacienta k pacientovi. Z IHI vyplývá, že lékaři, kteří jsou stejně jako zdravotní sestry členové multidisciplinárního týmu, pracují pro MH v mnoha případech jako externí pracovníci, a proto jsou v kontaktu se zbývajícími členy týmu převážně přes mobilní telefon. Druhou skupinou pracovníků, která nejčastěji užívá mobilní telefon při komunikaci s ostatními spolupracovníky, jsou **sociální pracovníci** (33 %).

Sociální pracovníci na rozdíl od zdravotních sester a lékařů **častěji komunikují osobně** (50 %) a 17 % z nich užívá při komunikaci počítač.

Vedení MH volí jako nejčastější způsob komunikace **osobní komunikaci** (58 %) a následně pracovní porady (21 %). Podle výpovědí ředitelky z IHI je **osobní komunikace** s ostatními pracovníky, ať už během běžného provozu hospice, nebo **formou pracovních porad**, nenahraditelná. Ředitelky nastavují porady dle aktuálních potřeb a vytíženosti multidisciplinárního týmu. Členové multidisciplinárního týmu a ostatní zaměstnanci MH si na poradách sdělují nejen informace týkající se provozních záležitostí, ale také, a to především, změny týkající se zdravotního a psychického stavu pacientů. Z toho důvodu je v MH běžné pořádat dva typy porad: porady provozní a porady týkající péče o pacienty. V některých hospicích jsou oba dva typy sloučené, v jiných se konají odděleně v různých dnech. Vedoucí přizpůsobují pořádání porad časovým možnostem zaměstnanců, neboť jsou značně ovlivněni skutečností, že část zaměstnanců pracuje externě a na hlavní pracovní poměr je zaměstnána v jiné instituci (to se týká hlavně těch lékařů, kteří v MH pracují jako externisté).

„Pořádáme večerní porady každé pondělí. Musíme to mít večer, protože nejsme schopni se ve dne všichni sejít, protože lékaři pracují v nemocnici a nejde to.“

Příležitost sejít se na pravidelných poradách hodnotily ředitelky v IHI jako nenahraditelnou, přispívající k hladkému a efektivnímu chodu organizace. Mezi hlavní pozitiva porad uváděly ředitelky sdílení informací a dojmů a příležitost vzájemně se motivovat. Některé ředitelky také hodnotily porady jako určitou formu psychohygieny.

„Myslím si, že jsou hodně motivační v tom, že se sejdeme, a že to posiluje ten tým, protože my jsme v tom terénu hodně sami. Vidíte, že já tu mám asistentku a PR a dole možná sedí vedoucí sociálních služeb, máme ještě dole prostory, ale jinak jsou všichni v terénu. Ono se sejít, vidět se společně, říct si ty základní věci, je nějak namotivovat, snažím se, aby smyslem těch porad byla i motivace toho týmu, takže doufám, že ty porady ten efekt mají. Někdy potřebujeme řešit věci, takže někdy jsou porady náročnější, ale to k tomu patří.“

„Porada má velká pozitiva, sdílení informací, sdílení prožitků, co u toho sestřičky prožívají, co prožívají třeba ve spolupráci s rodinou, jak rodiny reagovaly na opatření, které sestřičky s lékařem zavádějí, jak to přineslo pacientovi úlevu, nebo co mu to přineslo. Také pojmenování si celého toho případu se posouvá celý ten tým dál a dál, je sebevědomější.“

„Já jsem věděla od začátku, že se musíme scházet osobně, sdílet určité věci osobně, a je to v podstatě i o tom, že vlastně se trošku sdílí i ten soukromý život. Protože ty porady, jsou toho názoru, nemají být čistě pracovního rázu. Je to způsobeno i tím, že jsou to lidi, který já jsem sehnala, znala jsem je z jiných zaměstnání a pospojovala jsem lidi, kteří se taky znali. A ty, který se neznali, tak si myslím, že ten tým si úžasně sednul a jsem za to strašně ráda, že nikdo nevybočuje, že jsme sehraný tým.“

3.3 ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST A S NÍ SOUVISEJÍCÍ PRACOVNÍ VYTIŽENOST ZAMĚSTNANCŮ MH

Za účelem vhodného nastavení softwaru, který bude naplňovat potřeby všech členů multidisciplinárního týmu, bylo třeba stanovit faktory, které nejvíce ovlivňují pracovní vytiženost zaměstnanců MH. V rámci analýzy pracovní vytiženosti zaměstnanců byli nejprve osloveni ředitelé a ředitelky MH, se kterými byly realizovány IHI. Na základě provedených IHI bylo zjištěno, že ředitelkám MH zabírá velké množství času administrativní činnost a s ní související činnosti (např. účetnictví, fundraising, personalistika), jejichž vykonávání by bylo z hlediska času a efektivity vhodnější svěřit specializovaným pracovníkům, např. administrativním pracovníkům nebo fundraiserům. Z důvodu nedostatku personálu, který souvisí s nedostatkem finančních prostředků MH však musí většina ředitelk obstarávat více činností, které jsou mnohdy různorodé. V některých případech tak musí činit ve svém volném čase, jinak by jim nezbyl dostatek času na vedení MH, případně na činnosti, které souvisejí s jejich odborným zaměřením.

„Administrativní činnost a vykazování ani do mé činnosti správně nepatří. Měla by to dělat asistentka, administrativní pracovnice, ale tu si zatím nemůžeme dovolit.“

Velká administrativní zátěž pak může vést k tomu, že ředitelky, jež mají specializaci v určitém oboru, tráví administrativní činností čas, který by mohly věnovat například zdokonalování se v rámci vlastní specializace nebo organizačnímu rozvoji samotného MH:

„Tak já bych chtěl dělat primárně medicínu, ale řekl bych, že to je tak půl napůl. Že půl pracovní doby mi zabírá administrativní činnost, možná o maličko víc mi zabírá ta administrativní činnost a zbytek dělám normální medicínu.“

„Pro mě osobně je v mé pozici vedoucí nejtěžší administrativa. Já jsem člověk zaměřený na lidi, proto taky dělám v hospici, takže pro mě je tohle obtížná záležitost. Práce s lidmi je to, co mě těší, i když je to někdy náročný. Pro mě osobně v té pozici manažera je nejhorší administrativa. Projekty, kontroly, vykazování. Zabere to nejvíc času.“

Kromě administrativních povinností mají v mnoha případech ředitelky na starost také doprovázení pacientů či vedení poradny pro pozůstalé. Podle výpovědí ředitelek je časově náročné a často psychicky vyčerpávající skloubit více různorodých pracovních činností najednou, a to i přesto, že některé z činností si ředitelky dobrovolně vybraly, protože v nich spatřují smysl (např. doprovázení pacientů při úmrtí, podpora rodiny po úmrtí pacienta).

V návaznosti na zjištění, že některé ředitelky MH jsou značně časově vytížené administrativní činností, jsme se dále zaměřili na to, **co tuto administrativní činnost konkrétně představuje**. Značná část administrativní činnosti spočívá ve vedení seznamů pacientů včetně všech potřebných údajů vztahujících se ke každému pacientovi, dále vedení seznamů nutných pro pravidelné vykazování (např. seznamy užitých pomůcek a léků, zaznamenávání provedených úkonů u pacienta), vedení přehledu grantů, projektová administrativa, dále pak účetnictví, plánování týmových porad a schůzek, administrativa spojená s fundraisingem apod.

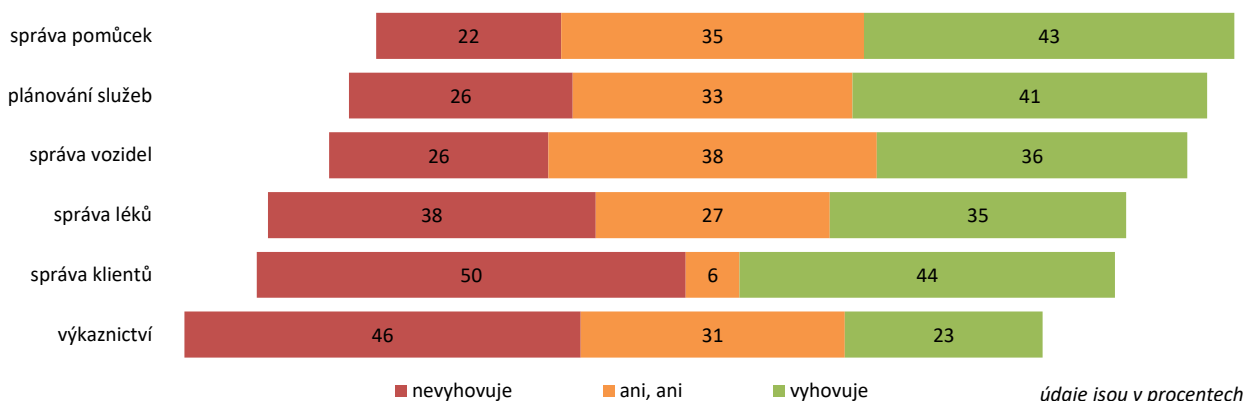
Administrativní činnosti se kromě ředitelek či administrativních pracovníků věnují také **ostatní zaměstnanci hospice**. V případě zdravotnického personálu a sociálních pracovníků administrativa souvisí s pravidelnou péčí o pacienta. Jedná se o vyplňování informací o zdravotním a psychickém stavu pacienta⁵, o změnách tohoto stavu, dále o požadavky pacienta a jeho rodiny, vyplňování výkazů o poskytovaných sociálních službách dle zákona č. 108/2006.

Nejen ředitelky, ale také ostatní zaměstnanci MH tedy pracují s poměrně velkým objemem dat. Tato data jsme pro potřeby výzkumu na základě IHI rozdělili do šesti skupin: (1) správa pomůcek, (2) správa vozidel, (3) správa léků, (4) správa klientů, (5) výkaznictví, (6) plánování služeb. V IHI a následně v CAWI jsme se respondentů tázali, jaké **pomůcky a nástroje** jsou pro správu výše uvedených dat užívány, kdo je používá a které jsou užívány nejčastěji.

⁵ Jedná se o zákony Sb. 372/2011 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, Sb. 372/2011 Vedení zdravotnické dokumentace.

Na základě výsledků obou šetření vyšlo najevo, že pro správu a práci s veškerými potřebnými daty užívají v MH specializované softwary, dále Excel, Word a papírové seznamy a dokumenty. V CAWI jsme se následně zajímali o to, jak respondenti hodnotí situaci, kdy pro danou činnost není užíván žádný software. Hodnocení takového stavu je zobrazeno v grafu 13.

Graf 13: Hodnocení současného stavu, kdy není respondenty využíván SW v jednotlivých oblastech



Zdroj: INESAN (2019, N=51/46/47/55/16/26)

Podrobnější hodnocení jednotlivých softwarů užívaných pro konkrétní administrativní činnosti je uvedeno v následující kapitole.

3.4 HODNOCENÍ VYUŽÍVANÝCH SOFTWAREŮ ZAMĚSTNANCI MOBILNÍCH HOSPICŮ

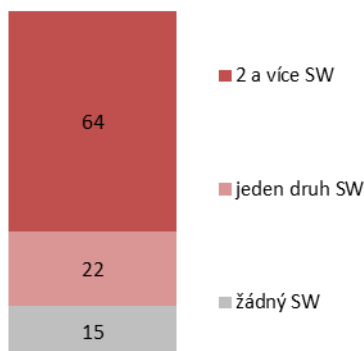
Za účelem zjednodušení administrativní činnosti v MH a při práci s daty bude v rámci tohoto projektu navržen software. V souvislosti s navrhováním a specifikací softwaru pro MH bylo výzkumné šetření zaměřeno na zjišťování současného stavu užívání informačních technologií zaměstnanci MH. Nejprve jsme se za pomoci IHI zajímali o to, jaké informační technologie se v MH užívají a nakolik vyhovují potřebám zaměstnanců. Ředitelky v IHI hodnotily, jak konkrétní software vyhovuje jim samotným a to, jak software vyhovuje hospici jako organizaci. Některé ředitelky opakovaně vyjadřovaly nespokojenost se stávajícím stavem souvisejícím s užívanými softwary. Jejich nespokojenost souvisela s (1) užíváním **příliš složitého softwaru** nebo s (2) **neexistencí softwaru, který by disponoval několika navzájem propojenými uživatelskými moduly** (tj. neexistencí softwaru určeného zároveň pro zdravotníky, sociální pracovníky, management atd.).

„Nevyhovuje nám to, ale nenašli jsme žádný software, který by nám zjednodušil práci, vždycky jsme měli pocit, že je to spíš horší než lepší.“

„No tak musíte vést všechno zvlášť, sociální, zdravotní, ostatní. Což my máme v excelovských tabulkách, můžu vám je ukázat potom. To vede administrativní pracovnice a zabere jí to o dvě hodiny víc jednou za měsíc. A když to máme psát do třech systémů, tak to zabere desetkrát tolik. Kdybychom to měli v jednom softwaru, bylo by to jednodušší.“

Perspektiva ředitelek byla dále doplněna hodnocením zbývajících zaměstnanců MH, kteří tvoří multidisciplinární tým. Jejich postoje k užívaným softwarům jsme zjišťovali pomocí CAWI. Na základě výsledků CAWI vyšlo najevo, že **64 % respondentů** užívá při své práci **dva a více softwarů**. Nutnost užívat dva a více softwarů vyplývá ze skutečnosti, že MH poskytují pacientům současně zdravotní péči i sociální služby, což z hlediska správy dat a z perspektivy legislativy představuje dva oddělené systémy a tuto skutečnost je třeba zohlednit také v konkrétním nástroji pro správu dat. V období realizace výzkumného šetření na českém trhu neexistoval software, který by sloužil současně zdravotníkům i sociálním pracovníkům a který by pokrýval všechny jejich potřeby z hlediska správy dat a práce s nimi.

Graf 14: Typologie respondentů podle míry využití jednotlivých typů SW



údaje jsou v procentech

Zdroj: INESAN (2019, N=55)

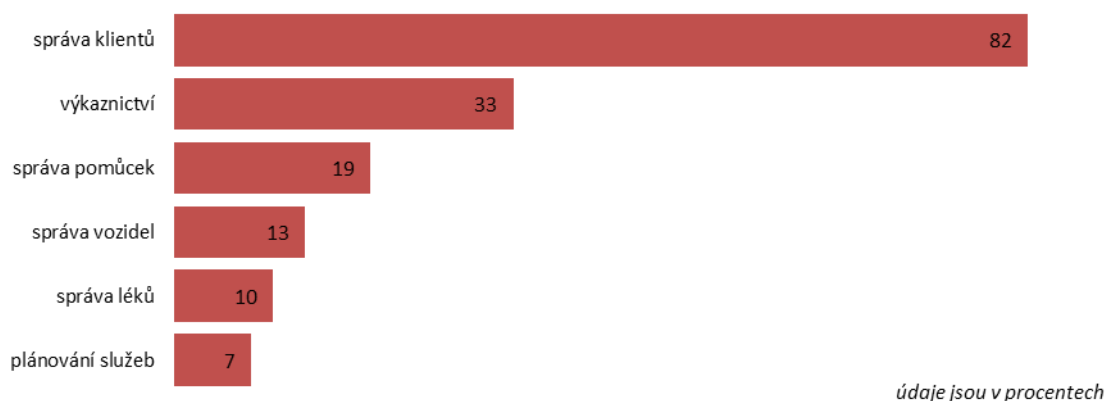
Pozn.: Typologie se vztahuje jen k respondentům, kteří uvedli, že využívají nebo nevyužívají SW u všech dotazovaných typů SW.

V CAWI bylo dále zjišťováno, za jakým účelem software (softwarů) respondenti nejvíce užívají. **82 % respondentů** používá **software pro správu klientů**. Správa klientů je v MH vedena pro potřeby MH a také za účelem výkaznictví a reportovací povinnosti. Protože do dokumentů obsahujících informace o zdravotním stavu pacienta má ze zákona přístup pouze zdravotnický personál, je správa klientů vedena zvlášť pro zdravotní pracovníky a zvlášť pro ostatní zaměstnance. U každého pacienta se zaznamenávají jeho osobní a kontaktní údaje a veškeré další informace spojené se zdravotními výkony (případně s MSPP), jako například zdravotní stav, číslo diagnózy, počátek (případně ukončení) péče, informace a kontaktní údaje o praktickém lékaři, kontaktní údaje pečující osoby

(pokud pacient má), případně informace o doporučujícím lékaři. Sociální pracovníci zaznamenávají u pacientů konkrétní data dle jednotlivých druhů provedených sociálních služeb.

Na MH, které jsou vedené jako poskytovatelé sociálních služeb (a)nebo poskytovatelé zdravotních služeb, pokud mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, se vztahuje také **povinnost pravidelného vykazování**. Většina MH vykazuje informace o vyrovnávání plateb na kraj a dále provádí roční výkazy sociálních služeb na MPSV. V případě, že má domácí hospice smlouvu s Ministerstvem zdravotnictví, je povinen vykazovat také pro MZ. Dále pro domácí hospice platí povinnost vykazovat v rámci projektů a grantů na ÚZIS a ČSÚ. Na základě IHI i CAWI vyplývá, že množina informací, která je potřebná pro správu klientů, se překrývá s množinou informací nutných pro vykazování na pro ÚZIS, ČSÚ, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Graf 15: Míra využití jednotlivých typů SW



Zdroj: INESAN (2019, N=95)

V CAWI se k užívání softwaru určeného pro **výkaznictví** vyjadřovalo **57 respondentů**. **33 %** z nich uvedlo, že nějaký software pro výkaznictví užívá, přičemž spokojeno je s ním 89 % respondentů. Karta pacienta je za účelem vykazování (užívá ji za tímto účelem 52 % respondentů) a také za účelem správy klientů nejvíce užívaným softwarem, nicméně pro samotné výkaznictví vyhovuje respondentům méně než pro správu klientů. Toto zjištění koresponduje s výpověďmi ředitelek MH v IHI. Po Kartě pacienta je nejvíce užívaným SW Software Zajíc.

Tabulka 2: Hlavní využívaný SW pro výkaznictví

Využívaný hlavní SW pro výkaznictví:

- 52 % Karta pacienta
- 14 % program Zajíc
- 10 % Cygnus
- 10 % Intuo
- 15 % ostatní SW

Zdroj: INESAN (2019, N=21/4/28)

Podle tabulky 3 pracují se softwarem pro vykazování hlavně vedoucí hospiců, a to v 60 %. Pracovníci zastávající ostatní funkce, mezi které patří také administrativní pracovníci, užívají softwary pro výkaznictví ve 24 %. Nejméně pracují se softwary na vykazování sociální pracovníci (18 %).

Tabulka 3: Míra využití SW pro výkaznictví (podle pracovní pozice)

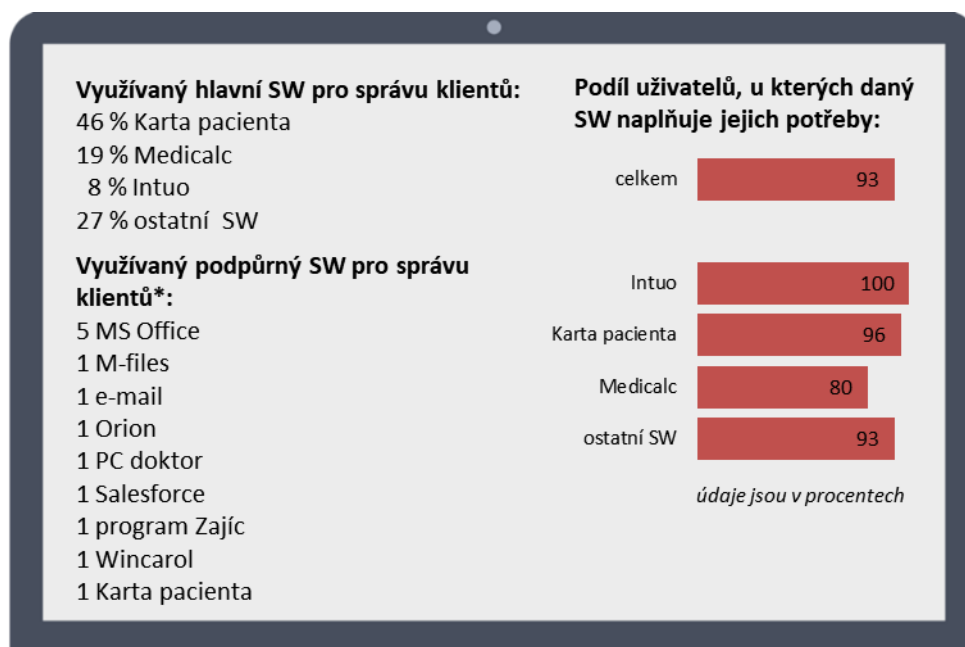
vedení hospice	zdravotnický personál	sociální pracovníci	ostatní funkce
60 %	29 %	18 %	24 %

Zdroj: INESAN (2019, N=52)

Pozn.: $p=0,013$

Respondenti dále v CAWI hodnotili softwary podle účelu užití. Pro správu klientů je jednoznačně nejužívanějším softwarem **Karta pacienta**, kterou za tímto účelem užívá **46 % respondentů**, **27 %** respondentů užívá **jiné softwary**, **19 %** užívá **Medicalc** a **8 % Intuo**. Na obrázku 1 vidíme, že spokojenost respondentů s těmito softwary je vysoká. Nespokojenost s Kartou pacienta, kterou vyjadřovali vedoucí pracovníci v IHI, na základě výsledků CAWI ostatní zaměstnanci mobilních hospiců nesdílí. Při podrobnější analýze jsme zjistili, že ke spokojenosti se současným softwarem na správu klientů se vyjádřilo celkem 52 respondentů, tedy o něco více než polovina. Při tomto hodnocení je proto nutné pamatovat, že nevycházíme z celkového souboru respondentů (tj. 95 respondentů).

Obrázek 1: Využívaný SW pro správu klientů a jeho hodnocení:



Zdroj: INESAN (2019, N=52/10/52)

Pozn.: * hodnoty vyjadřují absolutní počet odpovědí

Někteří vedoucí pracovníci, kteří software Karta pacienta v současnosti užívají nebo měli možnost ho po nějakou dobu užívat (řádově po dobu několika měsíců až jednoho roku), hodnotili software v IHI jako nedostačující a nevyhovující potřebám pracovníků domácího hospice. Ve výpovědích

zmiňovali také navýšení administrativní zátěže od té doby, co software používají, případně v době, kdy ho užívali. Navýšení administrativní zátěže souvisí s nutností zadávat data do systému dvakrát, tedy do Karty pacienta a do jiného softwaru, případně souboru, neboť software neumožňuje provázat sociální a zdravotní modul. Podobná komplikace se vyskytuje také u ostatních užívaných softwarů.

„Nevyhovuje (Karta pacienta) nám v tom, že není provázána právě s tím sociálem, že tam není provázanost třeba na ty kompenzační pomůcky, že je spíš nastavovaná na tu 925, na domácí ošetrovatelskou péči a ta 926, která je taky problém že jo, že ten úhradový mechanismus je nastavený na odbornost lékaře, ale vykazuje se pod odborností sestry. Není tam úplně ta provázanost v tom systému s tím lékařem, takže my ho máme od roku 2013 tu Kartu pacienta, tak už si na něj ten tým zvyknul. Ale chybí nám tam ta složka sociální a ty kompenzační pomůcky no, že abysme i viděli nějakou provázanost, takže my jinak pracujeme v excelových tabulkách.“

„(Karta pacienta) stojí na těžké administrativě, která to tak uhlazuje ty data, a tak je řeší, že si na sebe vydělá, ale rozhodně ne tím, že je ta práce odvedená. Nám by to jenom navyšovalo administrativu a my tím, že se opravdu snažíme vykazovat péči, kterou děláme, pro nás by to byla jenom komplikace. No, je to software...mají perfektní výkaznictví, ale neodpovídá realitě poskytované péče. Tečka.“

Nedostatečnosti související s užívaným softwarem v domácích hospicích jsou podle vedoucích pracovníků řešeny za pomoci papírové dokumentace nebo užíváním excelových tabulek a dokumentů v MS Word. Vzhledem k vysokému množství dat a informací nutných pro výkon práce nejsou informace soustředěny na jednom místě, což následně ztěžuje jejich vyhledávání a sdílení mezi pracovníky.

„No podle mě bysme potřebovali doladění některých věcí a statistických údajů, to jsou takové ty dolaďování, a taky bysme opravdu potřebovali, aby to bylo propojené se sociálním pracovníkem, a s půjčováním pomůcek. Když už máme toho pacienta, my ho musíme zadávat do každé databáze, znova, znova.“

3.5 POSTOJE PRACOVNÍKŮ MOBILNÍCH HOSPICIŮ K UŽÍVÁNÍ ELEKTRONICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Za účelem specifikace softwaru a podchycení potřeb respondentů byly ve výzkumu dále zjišťovány preference respondentů ohledně užívání elektronických zařízení a jejich postoje k těmto typům zařízení. Dále bylo zjišťováno, zda respondenti elektronická zařízení užívají také doma u pacientů a o jaká zařízení se v takovém případě jedná (viz obrázek 2)

Obrázek 2: Využívání přenosných elektronických zařízení při práci u klientů doma



Na základě CAWI se ukázalo, že s přibývajícím počtem odpracovaných let v současném zaměstnání (tedy v domácím hospici) se u respondentů snižuje preference užívání elektronických zařízení u klientů doma. Ze skupiny respondentů, kteří pracují v domácím hospici méně než pět let, jich 61 % vyjádřilo preferenci užívat u pacientů doma tablet a 15 % uvedlo, že nechce užívat žádné

elektronické zařízení. Pokud však respondenti pracují v domácím hospici déle než pět let, upřednostňuje 53 % z nich nepoužívat u pacientů doma elektronické zařízení žádné.

Na následujícím grafu jsou znázorněny preference respondentů k užívání elektronických zařízení u klientů doma podle délky současného zaměstnání v domácím hospici.

Tabulka 4: Elektronická zařízení preferovaná používat u klientů doma (podle délky současného zaměstnání)

	méně než 5 let	5 a více let
tablet	61 %	12 %
notebook	9 %	23 %
smartphone	15 %	12 %
žádné	15 %	53 %

Pro srovnání je níže také uvedena tabulka, ve které je znázorněno aktuální používání elektronických zařízení u klientů doma také podle délky současného zaměstnání.

Tabulka 5: Elektronická zařízení používaná u klientů doma (podle délky současného zaměstnání)

	méně než 5 let	5 a více let
tablet	9 %	11 %
notebook	19 %	28 %
smartphone	47 %	11 %
žádné	25 %	50 %

Při srovnání údajů v Tabulce 4 a 5 můžeme vidět, že 47 % respondentů, kteří v MH pracují méně než pět let, užívá u klientů doma smartphone, ale 61 % respondentů by preferovalo užívat tablet. 50 % respondentů, kteří pracují v MH déle než pět let, neuvžívá u klientů doma žádné elektronické zařízení, což koresponduje se zjištěnými preferencemi, protože 53 % respondentů, kteří pracují déle než pět let v hospicích, preferuje neuvžívat žádné elektronické zařízení.

Nejméně preferovaným přenosným elektronickým zařízením užívaným v domácnosti pacienta je dle respondentů notebook. Jak zmiňovaly ředitelky MH, pro členy multidisciplinárního týmu představuje každodenní převážení notebooku zbytečnou zátěž navíc. Na druhou stranu z užívání elektronického zařízení nebo smartphonu u pacienta doma vyplývá výhoda možného vyplnění elektronické dokumentace pacienta na místě, čímž zaměstnanec ušetří čas a nemusí dokumentaci vyplňovat následně až po skončení terénní péče. Někteří členové multidisciplinárního týmu však přesto preferují možnost vyplnit dokumentaci až v klidu kanceláře nebo doma.

Výhody užívání elektronického zařízení nebo smartphonu u pacienta doma souvisejí s možností vyplnit si některé důležité údaje o pacientovi rovnou, čímž zdravotní sestry a sociální pracovníce ušetří čas vyplňováním elektronické dokumentace v MH po ukončení terénní péče.

4. DOPORUČENÍ A ZÁVĚRY

Na základě výsledků výzkumného šetření byly vyvozeny závěry a doporučení, ze kterých mohou čerpat stávající a nově vznikající mobilní hospice. Tyto závěry a doporučení se týkají následujících oblastí, které se navzájem prolínají:

1. Indikátory efektivity práce v mobilních hospicích
2. Potřeby pracovníků v souvislosti s administrativou a softwarem
3. Hlavní problémy, se kterými se zaměstnanci MH v Česku potýkají

4.1 INDIKÁTORY EFEKTIVITY V MOBILNÍCH HOSPICÍCH

Efektivitu práce v organizaci, jakou je mobilní hospic, je třeba nahlížet v souvislosti s hlavním posláním této organizace, podle kterého se dle výzkumných šetření zaměstnanci řídí. Tímto posláním je ve zkoumaných mobilních hospicích v první řadě poskytnutí kvalitní paliativní a hospicové péče umírajícím a umožnění umírajícímu dožít co nejkvalitněji to jde, tedy s co nejmenší bolestí nebo bez bolesti, v poklidu a v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že je péče poskytována v domácnosti klienta, hlavní jednotkou domácího hospice není lékařský tým (jak je v medicínské praxi běžné), ale pacient a jeho rodina, která je multidisciplinárním týmem podporována. Zároveň se jedná o péči, která je poskytována 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Jeden z hlavních faktorů, které k naplnění poslání mobilních hospiců přispívají, je plynulá spolupráce jak mezi členy multidisciplinárního týmu MH, tak mezi týmem a ostatními zaměstnanci. Pro plynulou spolupráci a efektivní výkon práce je vhodné, aby byly splněny následující podmínky:

- Jasně vymezené role v multidisciplinárním týmu a pracovní náplně jednotlivých pracovníků
- Sdílení hodnotového systému mezi členy multidisciplinárního týmu a mezi týmem a ostatními zaměstnanci MH navzájem (jinak také sdílená filozofie týmu)
- Otevřená komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu i mezi týmem a vedením MH, možnost pravidelného setkávání na poradách. Možnost otevřeně komunikovat o vlastních potřebách a pocitech souvisejících s náplní práce.
- Podpora zaměstnanců MH formou pravidelných supervizí
- Podpora zaměstnanců ve vzdělávání v oblasti paliativní péče a schopnosti vyrovnávat se se smrtí a umíráním
- Dobré vztahy mezi členy týmu – v MH je upřednostňována přátelská a rodinná atmosféra důvěry a sdílení.
- Dostatek financí umožňujících plynulý chod MH a dostatečné platové ohodnocení zaměstnanců MH

Při posuzování výše uvedených indikátorů je zapotřebí brát v úvahu také personální kapacitu MH (počet pacientů, které má MH v péči vůči poměru k počtu zaměstnanců) a zda je MH finančně podpořen zdravotní pojišťovnou (případně více zdravotními pojišťovnami). Ukázalo se, že v dlouhodobé perspektivě mají oba tyto faktory zásadní vliv na chod MH, dále na možnosti MH co se týče rozsahu nabízených služeb a také na psychický a následně zdravotní stav zaměstnanců.

4.2 POTŘEBY PRACOVNÍKŮ MOBILNÍCH HOSPICŮ V SOUVISLOSTI S ADMINISTRATIVNÍ ČINNOSTÍ A SOFTWAREM

Zaměstnancům MH by administrativní činnost usnadnilo užívání softwaru navrženého přímo pro potřeby MH (tedy zohledňujícího také práci v terénu) a obsahujícího moduly pro sociální a zdravotní pracovníky. Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci a ostatní zaměstnanci MH nemohou ze zákona nahlížet do zdravotnické dokumentace, je nutné příslušné informace týkající se klientů v softwarových modulech oddělit. V navrhovaném softwaru je toto ošetřeno přístupem (log in) podle pracovní pozice zaměstnance.

Softwarové moduly či softwary, které se v MH užívají nejčastěji a nejvíc, jsou určeny pro správu klientů a pro výkaznictví. Ukázalo se však, že zaměstnanci MH by ocenili také software, který by disponoval seznamem vozidel, léků a pomůcek. Tyto seznamy by na základě potřeb zaměstnanců MH měly být provázané. Zaměstnanci MH by dále ocenili snížení objemu papírové dokumentace, se kterou pracují a možnost vyplňovat značnou část dokumentace v elektronické podobě. Negativní vliv na pracovní vytíženost zaměstnanců MH má také skutečnost, že některé MH si nemohou z finančních důvodů dovolit administrativního pracovníka. Toto přímo souvisí s dalšími problémy, se kterými se MH potýkají.

4.3 PROBLÉMY MOBILNÍCH HOSPICŮ

Realizovaný výzkum byl zaměřen na zaměstnance mobilní hospiců a na organizační, případně jiné problémy, kterým mobilní hospice v Česku čelí. V tomto směru bylo zaměření výzkumu odlišné od dosavadní praxe, kdy byla v sociálních výzkumech věnována pozornost klientům hospiců. Ukázalo se, že většina mobilních hospiců se potýká s problémy, které pro fungování organizace nejsou zanedbatelné, v důsledcích mohou ztěžovat plynulý chod organizace a limitovat rozvoj poskytovaných služeb. Těmito hlavními problémy jsou:

1) Finanční nejistota

Nejistota týkající se financí souvisí se skutečností, že mobilní hospice jsou financovány vícezdrojově. Pokud splňují odbornost 925 nebo 926 (Pilotní projekt VZP), může být zdravotní složka hospicové služby poskytovaná MH hrazena zdravotní pojišťovnou. Zbývající složky hospicové služby jsou však hrazeny z různých zdrojů. Nejčastěji tyto zdroje představují krajské a obecní dotace, dary (individuální i firemní), granty. Vícezdrojové financování a nutnost vyhledávat další zdroje financí představuje pro mnohé mobilní hospice komplikaci. Některé MH si také „přivydělávají“ prodejem

reklamního zboží, které zároveň propaguje činnost hospice (např. tematické knihy, svíčky, keramika apod.).

2) Nedostatek odborníků v oblasti paliativní péče

Nedostatek specialistů v oblasti paliativní péče představuje pro mobilní hospice další problém, kvůli kterému hůře naplňují podmínky pro získání odbornosti 926. z tohoto důvodu je zapotřebí, aby se lékařské fakulty do budoucna více zaměřily také nabídku programů týkajících se paliativní péče, neboť medicína zaměřená na léčbu je ve své podstatě značně odlišná od paliativní medicíny.

3) Psychická náročnost práce

Zaměstnanci MH musí v podstatě každodenně reagovat na individuální potřeby a nenadálé situace. V hloubkových rozhovorech ředitelky často uváděly, že ačkoliv se dá zdravotní stav klienta do určité míry předvídat, nelze ho předvídat zcela a plánování v souvislosti s konkrétními pacienty může být limitované. Se skutečností, že „*nikdy nevíme, co bude zítra, natož za týden*“ (citace jedné z ředitelek MH) jsou členové a členky multidisciplinárního týmu počítají a služby plánují s ohledem na tuto skutečnost (pokud je to možné a hospic má dostatek zaměstnanců). Největší psychickou náročnost představuje skutečnost, že se členové multidisciplinárního týmu se pravidelně setkávají s umíráním a se smrtí. Když pacient umírá, musejí asistovat rodině a dokázat členy rodiny podpořit nejen z praktického hlediska, ale také psychicky. Ve výzkumu jsme se přímo nezaměřovali na detekci syndromu vyhoření u členů multidisciplinárního týmu, nicméně tato skutečnost bude zohledněna při návrhu softwaru. Do softwaru proto plánujeme zařadit diagnostický nástroj, který pomůže zaměstnanci hospice detekovat syndrom vyhoření.

O INSTITUTU EVALUACÍ A SOCIÁLNÍCH ANALÝZ

INESAN (Institut evaluací a sociálních analýz) je první soukromý vědecko-výzkumný institut v oboru společenských věd založený v ČR. Jde o nezávislý subjekt, který byl založen podle pravidel stanovených Evropskou unií (Rámec Společenství pro státní podporu výzkumu, vývoje a inovací, 2014/C/198/01). Institut je výzkumnou organizací dle zákona č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací a je zapsán na Seznamu výzkumných organizací vedeném Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Cílem INESANu je provádět základní výzkum, aplikovaný výzkum nebo experimentální vývoj a šířit jejich výsledky prostřednictvím výuky, publikování nebo převodu technologií, přičemž veškerý zisk je zpětně investován do těchto činností.

Hlavními činnostmi, kterými se INESAN zabývá, jsou evaluace a sociální analýzy.

Evaluace jsou v INESANu chápány jako proces systematického sběru, zpracování a uspořádání informací, jehož cílem je racionální stanovení a objektivní měření hodnoty. Evaluace prováděné INESANem mají formu kontrolovaného šetření věcného základu (Merit) a přínosu (Worth) předmětu evaluace. Evaluace mohou zlepšit kvalitu a zvýšit účinnost prováděných programů či projektů, mohou optimalizovat proces jejich realizace a mohou přinést adekvátní a využitelnou zpětnou vazbu. V oblasti evaluací se INESAN specializuje na:

- metaevaluace (evaluace již provedených evaluací),
- evaluace intervenčních programů (hodnocení souboru opatření, jejichž cílem je změna či formování chování jednotlivců, společenských skupin či organizací).


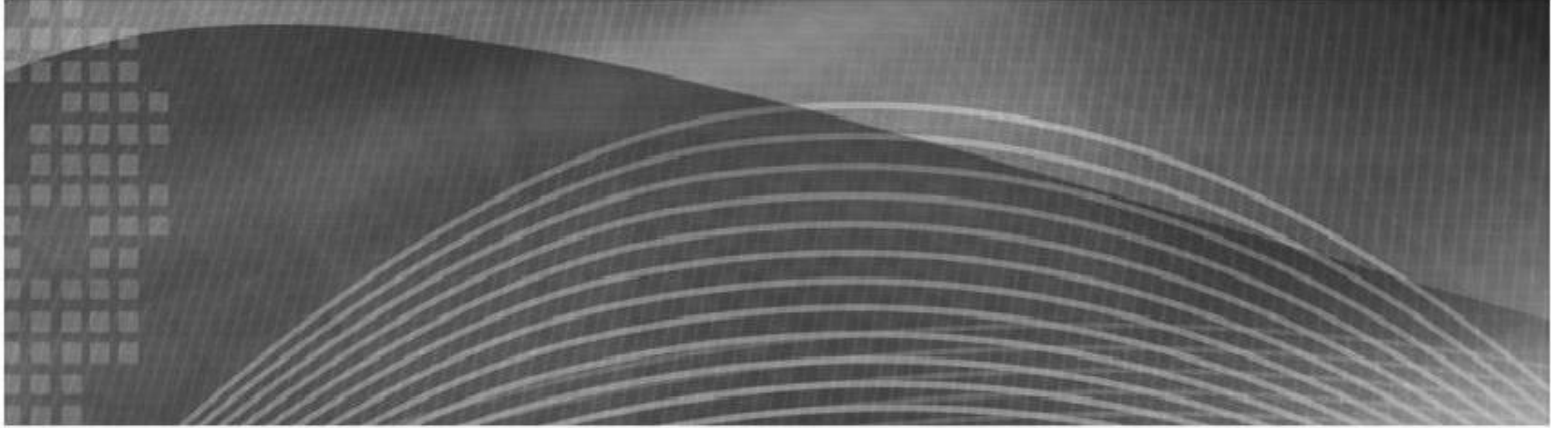
Sociální analýzy jsou cílené na společenské problémy v rámci vytyčených prioritních tematických oblastí. INESANem prováděné analýzy obvykle zahrnují celý soubor vzájemně provázaných výzkumných aktivit; tím se sociální analýzy odlišují od běžných výzkumů. V rámci realizace sociálních analýz se pracovníci INESANu zaměřují na zkoumání vzájemné interakce vybraného problému a jeho společenského kontextu, což umožňuje analyzované problémy detailně popsat a vyhodnotit. V oblasti sociálních analýz je realizován zejména:

- primární a sekundární výzkum,
- syntetizující, komparativní a analytické studie,
- případové studie.

Mezi tematické okruhy, jejichž výzkumem se INESAN zabývá, patří eticky odpovědné chování, manažerská studia, ICT, životní prostředí a sociální témata.

Díky svému zázemí v oblasti metodologie aplikovaného společenskovedního výzkumu INESAN poskytuje také zpracování výzkumných šetření a metodologických analýz. INESAN rovněž poskytuje odborné služby při tvorbě metodických nástrojů pro evaluaci, realizuje samotná evaluační šetření, podílí se na přípravě zadávací dokumentace, poskytuje peer-review jednotlivých dokumentů vztahujících se k evaluaci a k metodologii společenskovedního výzkumu.

Publikace, expertízy, odborná stanoviska a posudky, které INESAN vydává, nejsou ovlivněny postoji donorů a zadavatelů, nýbrž obsahují nezávislý pohled expertů INESAN.



ANALÝZA POTŘEB PEČUJÍCÍCH ČLENŮ MULTIDISCIPLINÁRNÍCH TÝMŮ MOBILNÍCH HOSPICŮ V SOUVISLOSTI S CHODEM ORGANIZACE A TIME-MANAGEMENTEM

COPYRIGHT © INESAN 2019 Všechna práva vyhrazena.

Bez předchozího písemného souhlasu je zakázána jakákoli další publikace, přetištění nebo distribuce materiálu nebo části materiálu, a to včetně šíření prostřednictvím elektronické pošty, SMS zpráv nebo zahrnutí těchto materiálů nebo jejich části do jiných dokumentů.