

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Disertační práce

2024

Mgr. Jiří Krejčí

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Sociální práce



**Interakce v současné době převažující institucionální kultury českých nemocnic s
procesem implementace paliativní péče**

Disertační práce

Mgr. Jiří Krejčí

Vedoucí práce: Prof. Walter A. Lorenz, Ph.D., MA, CQSW

2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 26. 4. 2024

Mgr. Jiří Krejčí

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu mé disertační práce Prof. Walter A. Lorenzovi, Ph.D., MA, CQSW, bez které by tato práce nemohla vzniknout a všem týmům, které v nemocnicích poskytují paliativní péči.

OBSAH

| | |
|--|----|
| OBSAH | 7 |
| ABSTRAKT | 9 |
| ABSTRACT | 9 |
| ÚVOD | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 14 |
| 1.2 Role organizační kultury | 14 |
| 1.3 Organizační kultura | 14 |
| 1.4 Od mechanistického pojetí k živému organismu | 14 |
| 1.5 Organizace jako kultura | 16 |
| 1.6 Hodnoty jako jádro organizační kultury | 20 |
| 1.7 Úrovně kultury | 22 |
| 1.8 Síla a obsah organizační kultury | 24 |
| 1.9 "Měření" organizační kultury | 25 |
| 1.9.1 Typologie organizační kultury | 25 |
| 1.9.2 Obsah organizační kultury | 27 |
| 1.10 Psychické bezpečí | 27 |
| 1.11 Organizační kultura nemocnic v České republice | 39 |
| 1.12 Organizační kultura týmu paliativní péče | 40 |
| 1.13 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu | 40 |
| 1.14 Specifika organizační kultury ve zdravotnictví a její vliv | 41 |
| 1.15 Systém paliativní péče v ČR | 43 |
| 1.16 Proces zavádění paliativní péče do systému. Inspirace ze zahraničí. . | 50 |

| | |
|---|-----|
| EMPIRICKÁ ČÁST | 53 |
| 2.1 Cíle výzkumu | 53 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 53 |
| 2.3 Metodologické ukotvení výzkumu..... | 53 |
| 2.4 PRVNÍ FÁZE QUAL..... | 55 |
| 2.4.1 Výsledky PRVNÍ FÁZE..... | 56 |
| 2.4.2 Diskuze PRVNÍ FÁZE..... | 59 |
| 2.5 DRUHÁ FÁZE - QUAN..... | 60 |
| 2.5.1 Výsledky DRUHÉ FÁZE..... | 63 |
| 2.5.2 Diskuze DRUHÉ FÁZE | 75 |
| 2.6 TŘETÍ FÁZE - QUAL | 76 |
| 2.6.1 Dataset..... | 80 |
| 2.6.2 Paliativní týmy | 81 |
| 2.6.3 Spolupracují s KTPP | 87 |
| 2.6.4 Dosud nevyžívali služeb KTPP nebo o týmu neslyšeli..... | 97 |
| 2.6.5 Postoj k péči o umírající..... | 102 |
| 2.6.6 Diskuze TŘETÍ FÁZE | 109 |
| LIMITACE | 111 |
| ZÁVĚREČNÁ DISKUZE | 112 |
| LITERATURA | 118 |

ABSTRAKT

Tato disertační práce se zabývá interakcí mezi současně převládající institucionální kulturou českých nemocnic a procesem implementace paliativní péče. Účelem této studie bylo zjistit, do jaké míry a jakým způsobem interaguje současná institucionální kultura českých nemocnic s procesem implementace paliativní péče. Studie vychází z teoretických předpokladů, podle kterých se paliativní péče odlišuje od tradičního biomedicínského modelu péče, a to svým holistickým přístupem, který se zaměřuje na potřeby pacientů na fyzické, psychické, sociální a spirituální úrovni. Zaměřuje se také na úlohu psychologického bezpečí a reflexivity v procesu změny organizační kultury. Empirická část práce byla provedena pomocí smíšeného výzkumu. Výsledky ukazují, že zavádění paliativní péče do nemocnic čelí řadě výzev, které jsou částečně zakořeněny v převládající organizační kultuře českých nemocnic. Práce přináší doporučení pro úspěšnější implementaci paliativní péče, včetně potřeby změny organizační kultury, zvýšení povědomí o paliativní péči mezi zdravotnickým personálem a podpory rozvoje psychologického bezpečí.

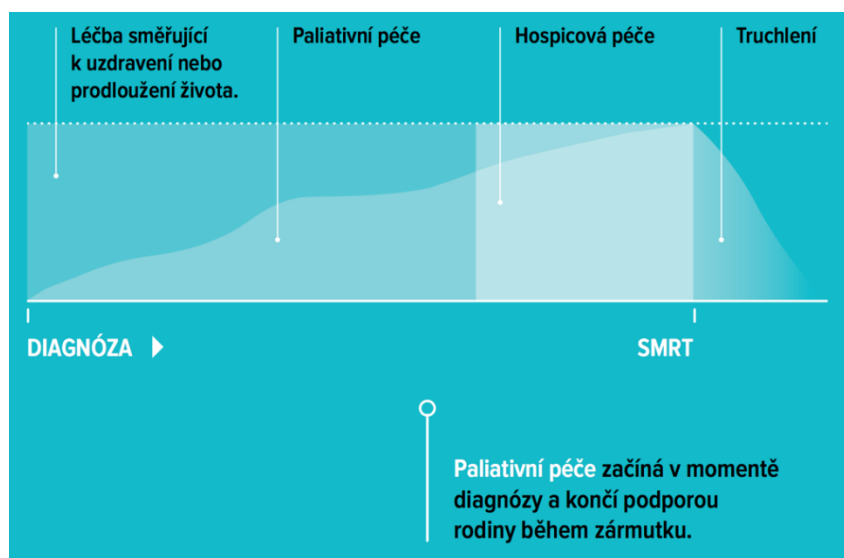
ABSTRACT

This dissertation focuses on the interaction between the prevailing institutional culture of Czech hospitals and the process of implementing palliative care. The purpose of this study was to determine the extent and manner in which the current institutional culture of Czech hospitals interacts with the process of implementing palliative care. The study is based on theoretical assumptions that palliative care differs from the traditional biomedical model of care by its holistic approach, which focuses on the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients. It also focuses on the role of psychological safety and reflexivity in the process of changing organizational culture. The empirical part of the work was conducted using mixed-methods research. The results show that the implementation of palliative care in hospitals faces numerous challenges that are partly rooted in the prevailing organizational culture of Czech hospitals. The work provides recommendations for more successful implementation of palliative care, including the need to change organizational culture, increase awareness of palliative care among medical staff, and support the development of psychological safety.

ÚVOD

Když se Dr. Frank Ferris, jeden z předních světových odborníků na paliativní péči v roce 2012 během své přednášky v Rajhradě zmínil, že paliativní péče přináší revoluci do zdravotnictví, nevěnoval jsem tomu příliš pozornosti. Po několika letech strávených prací v hospici jsem nabyl silného přesvědčení, že paradigma postavené na holistickém přístupu, ze kterého právě paliativní péče vychází, je zásadně odlišné od na diagnózu zaměřené institucionální kultury převažující v současné době v nemocnicích. V minulosti, kdy byla paliativní péče poskytována převážně v hospicích, jsme nebyli vystaveni otázce kompatibility těchto dvou přístupů. Nemocnice a hospice spolupracovali prakticky pouze při plánování transferu pacientů v terminální fázi života. Tento stav se ovšem změnil ve chvíli, kdy začala být tématem včasná paliativní péče poskytovaná v nemocnicích. Jak ukazuje Obr. 1, paliativní péče by měla začínat již v okamžiku stanovení diagnózy a končit podporou rodiny během truchlení. Tento přístup nám pomůže osvětlit jednoduchá otázka: „Kdy začneme řešit své sociální, psychické, spirituální a fyzické potřeby? Posledních pár týdnů našeho života, až budeme ležet v hospici nebo již v momentu, kdy nám bude sdělena závažná diagnóza?“

Obr. 1 Včasné zapojení paliativní péče



Zdroj: 6 faktů o paliativní péči, Konecdobry.cz (2018)

Právě v situaci, kdy se pokoušíme implementovat paliativní péči do nemocnic, abychom lépe reagovali na komplexní potřeby pacientů, začínáme čelit střetu odlišných

přístupů, či lépe *organizačních kultur*. Proces implementace paliativní péče do nemocnic v České republice nastartoval grantový titul NF Avast *Spolu až do konce* (Nadační fond Avast, 2018) a pokračovalo v něm několik následujících let Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci projektu „*Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*“ (MZČR, 2018).

Descartes doporučil lékařům, aby vnímali člověka jako stroj a onemocnění jako jeho selhání. Honzák (2003) předpokládá, že toto tvrzení položilo filozofické základy biomedicínského přístupu. Na rozdíl od tohoto paradigmatu je hospicová a paliativní péče založena na holistickém přístupu. Člověk je vnímán jako komplexní lidská bytost a bere v potaz nejenom jeho fyzické, ale i emocionální, duševní a spirituální potřeby. Holistický pohled znamená, že centrem pozornosti je celá osoba nejenom diagnóza (Svatošová, 2003). Haškovcová upozorňuje, že v nemocnicích bývá preferována strategie „*zápasu s nemocí*“ a „*paradigma současné medicíny by mělo být změněno, resp. doplněno o rovnocennou dimenzi paliativní medicíny*“ (Vorlíček, J., Adam, Z. a Pospíšilová, Y. et al. 2004: 429).

Některé studie zaměřené na analýzu procesu zavádění paliativní péče v nemocnicích identifikovaly bariéry, u kterých vnímáme, že mohou napřímo vycházet z odlišných paradigmat nemocniční a paliativní péče, například *rozdílnost v přístupu ke starším lidem, zaměření na kurativní léčbu* (Gardiner, C. et al. 2011), případně *nedostatečné zapojení lékařů* (Gibbs, K. D. et al. 2015). Jiné studie identifikovaly organizační kulturu jako zásadní bariéru implementace. Aldridge et al. (2016) poukazuje, že pro úspěšnou implementaci je potřeba změna organizační kultury v zařízení. Van der Eerden den Herder (2018) ve své studii analyzoval existující dominantní strategie při implementaci paliativní péče v nemocnicích v některých evropských státech (Belgie, Nizozemí, Spojené království, Maďarsko) a zjistil, že převládající strategie při implementaci paliativní péče do nemocnic jsou zaměřeny na vytváření sítí spolupracujících profesionálů v rámci jednoho zařízení. Zmiňuje, že tato spolupráce je založena na *vztazích, společných hodnotách a důvěře* (Den Herder-van der Eerden, 2018: 1).

Osobní hodnoty, normy sdílené v pracovním prostoru tvoří jádro organizační kultury (Schein, EH, 2004, Hofstede, G. 1991), a proto může být, pro komplexnější

porozumění procesu integrace programu paliativní péče, pochopení obsahu organizační kultury nemocnic klíčové.

Důležitým faktorem také je, že paliativní péče je do nemocnic zaváděna nestandardním způsobem. První aktivity směřující k implementaci, jak jsem zmínil v úvodu, byly učiněny na základě grantového titulu soukromého nadačního fondu, což zapříčinilo, že paliativní péče nebyla do systému inkorporována svrchu tj. ze strany managementu nebo Ministerstva zdravotnictví ČR, ale díky aktivitě pár jedinců na nižších postech v několika nemocnicích.

Ve studii „*Další fáze zlepšování zdravotní péče: co se můžeme naučit ze sociálních hnutí?*“ (Bate P, Robert G, Bevan H, 2004) autoři odpovídají na otázky v titulu tím, že rozpoznávají dva typy přístupů ke změně *the programatic* (programový), který je obvykle používán ve zdravotnictví a je založen na centrálně vedeném procesu změny a *social movements* (sociální hnutí), které je naopak založené na přístupu zdola-nahoru a na neformálním procesu změn. Dovozejí, že čím víc se hodnoty, aspirace a identita člověka shodují se samotným hnutím, tím větší je pravděpodobnost, že se člověk k takovému hnutí připojí a bude ochotný do něj investovat vlastní energii. Rozvoj paliativní péče v ČR odpovídá právě spíše přístupu sociálních hnutí. Paliativní péče tedy přináší do českého zdravotnictví pravděpodobně nejenom jinou kulturu, ale i procesně se tato změna do systému dostává jinak, než jsou aktéři v tomto sektoru zvyklí.

Účelem této studie bylo zjistit, do jaké míry a jakým způsobem interaguje současná institucionální kultura českých nemocnic s procesem implementace paliativní péče.

V rámci této práce se pokusím nasvítit proces implementace paliativní péče v nemocnicích a prozkoumat, jak a do jaké míry současně převládající institucionální kultura českých nemocnic interaguje s procesem implementace paliativní péče. K tomu využiji své postavení v realizačním týmu projektu MZČR „*Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*“ (MZČR, 2018), které mi umožní být procesu dostatečně zblízka.

Abychom mohli lépe porozumět, jak a do jaké míry spolu interaguje institucionální kultura v nemocnicích s procesem paliativní péče, využili jsme model smíšeného výzkumu (konkrétně sekvenční kombinování kvalitativního a kvantitativního výzkumu ve schématu QUAL-QUAN). Podle Brymana (2012) při této metodě začíná výzkumník

s kvalitativní analýzou dat a poté využívá výsledky v druhé fázi při kvantitativním výzkumu. Abychom mohli také porovnat vliv implementace paliativní péče na organizační kulturu v nemocnicích, zařadili jsme po delším časovém období opakování kvantitativního výzkumu s cílem identifikace vlivu procesu implementace.

První fází studie byl kvalitativní výzkum zaměřený na interakci současně převládající institucionální kultury českých nemocnic a procesu implementace paliativní péče. Byly vybrány nemocnice na různé úrovni vývoje paliativní péče. V nemocnicích byly realizovány focus groups zaměřené zvláště na paliativní týmy a na ostatní spolupracující odborníky. Na závěr pilotního projektu jsme ověřili dopad procesu zavádění na nemocniční kulturu.

Výzkum má zvláštní význam pro sociální práci, protože sociální pracovníci fungují také jako "prostředníci mezi organizačními kulturami" díky svému sociálnímu poslání obecně a konkrétně ve zdravotnických zařízeních, kde kromě paliativní péče představují holistickou perspektivu. Vlivu sociální práce na proces zavádění paliativní péče bude dále věnován prostor v teoretické i empirické části práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1.2 Role organizační kultury

V zahraničních studiích nalezneme identifikovány mezi bariérami implementace paliativní péče v nemocnicích takové, které mohou mít svůj původ v organizační kultuře (např. Bergenholtz H., Jarlbaek L., Hølge-Hazelton B, 2015, Gardiner C., Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton, 2011, Den Herder - van der Eerden, M. a kol., 2018), ale ani v těchto studiích nejsou tyto kulturní bariéry detailně identifikovány ani kvantifikovány. V rámci teoretické části se zaměříme na osvětlení pojmu organizační kultury, na její projevy ve zdravotnictví a na její vliv na paliativní péči. Popíšeme také pojem paliativní péče, konkrétně v kontextu českého prostředí a její lokální historický vývoj.

1.3 Organizační kultura

Koncept organizační kultury se objevil v kontextu historického vývoje pohledů na organizaci a řízení koncem 70. let 20. století, kdy Andrew Pettigrew publikoval knihu *On Studying Organizational Culture*. V následujícím desetiletí bylo publikováno velké množství literatury o organizační kultuře, například od Peretse, Watermana, Deal a Kennedyho, Pascala, Athose a Scheina (Nováková, 2012).

Pro ilustraci toho, jak budeme s pojmem organizační kultury pracovat a jak jej budeme chápat v této práci, zde shrneme hlavní myšlenky těchto autorů o tom, co předcházelo vzniku pojmu "organizační kultura" a jaký význam mu tito autoři přiřkládají pro rozvoj manažerského myšlení. Pochopení historického kontextu považujeme za vhodné poznání pro proces řízení změny organizační kultury, který byl cílem projektu zavádění paliativní péče do všeobecných nemocnic v ČR.

1.4 Od mechanistického pojetí k živému organismu

Na počátku 20. století popsal německý sociolog Max Weber (1929) tři způsoby, jakými mohou být lidé kolektivně organizováni. První z nich, afektivní sociální jednání, je podle Webera založeno na emocích a charismatické autoritě; tradiční jednání je založeno na zvyku, rodu, příbuzenství; a racionální jednání je vedeno racionálním stanovením cílů. Weber považoval racionální jednání za nejrozvinutější formu lidského

jednání. Takové kolektivně organizované skupiny lidí, vytvořené za určitým účelem, jejichž organizace je založena na racionálním jednání, nazval byrokracií. Byrokracie pro něj byla skupina s hierarchickou strukturou, jejíž fungování je definováno ve vnitřních předpisech a jejíž organizační jednotky mají svou práci rozčleněnou na jednotlivé úkoly. Postavení každého zaměstnance je zakotveno v organizační struktuře a zaměstnanec ví, komu je nadřízený a komu se zodpovídá. Veškerá činnost pracovních jednotek je evidována, archivována, což pak tvoří paměť organizace. Weber považoval byrokratickou organizaci za ideální organizaci (Weber, 1929). I přes současné pejorativní zabarvení pojmu byrokracie jsou principy a nástroje racionalistického řízení, včetně stanovení cílů, směrnic atd. v literatuře stále považovány za nepostradatelnou součást moderního organizačního řízení.

Teorie zkoumající organizace na počátku 20. století jsou často označovány jako mechanistické, případně se používá metafora stroje. Takový stroj pak může být funkční, pokud jsou všechny jeho součásti, tj. lidé, na svém místě a spolupracují na dosažení cíle (Havrdová, 2011, Šubrt, 2014).

Toto redukcionistické pojetí člověka jako součást stroje kromě pravděpodobného vlivu na autory antiutopických děl (Orwell a jeho kniha 1984 nebo Vonnegutův Mechanický klavír) získalo trhliny i ve společnosti vědců, kteří začali zdůrazňovat sociální aspekty v řízení organizace. Tyto aspekty nelze chápat jako popření principů racionalistického řízení organizace, ale jako odhalení dalších sil, které je třeba v organizaci zohlednit.

Význam sociálních aspektů v organizaci ukázala například Hawthornova studie, která byla provedena ve 30. letech 20. století v továrně Western Electric Company v Chicagu. Výsledkem bylo zjištění, že vliv na výkonnost nemělo pouze, jak se původně předpokládalo, pracovní prostředí (např. nedostatečné osvětlení, znečištěné ovzduší), ale také péče vedení o zaměstnance, lepší vztahy na pracovišti apod. (Mayo, 1966). Mayo (1966) tak zpochybnil Weberovo odmítnutí významu charismatického vedení pro moderní organizace.

V souladu s těmito ranými výzkumy vznikla škola lidských vztahů, která poukazovala na opomíjení člověka jako společenského tvora a do personálního řízení zahrnovala aktivity ke zlepšení vztahů a atmosféry na pracovišti (Šubrt, 2014). Zásadní

myšlenkovou školou, která vycházela z metafory organizace jako živého organismu, bylo hnutí organizačního rozvoje, které nahlíželo na člověka jako na seberealizující se entitu, která je motivována k hledání řešení ve spolupráci s ostatními jednotkami systému, tj. organizace. Zaměstnanci jako součásti živého systému tedy mají vnitřní zdroje k překonávání komplikací. Hnutí organizačního rozvoje kladlo důraz na participaci účastníků systému:

- "Participace vede k lepším rozhodnutím a řešením, která jsou v souladu s praxí.
- Zapojení spolupracovníků posiluje jejich motivaci.
- Participace posiluje ztotožnění pracovníků s dohodnutou akcí". (Havrdová, 2011: 156)

Havrdová shrnula několik omezujících faktorů přístupu k rozvoji organizace:

- účast všech na rozhodování nemusí být úměrná výsledkům, zejména v době krize,
- pro zaměstnance může být důležitější seberealizace mimo pracovní prostředí, která může sloužit především jako zdroj příjmů,
- jednotlivé složky organizace nemusí směřovat k naplnění cílů celku, proti sobě mohou stát rozdílné zájmy, osobní konflikty bránící racionalizaci apod. (Havrdová, 2011).

1.5 Organizace jako kultura

Na konci 20. století se teorie managementu inspirovala antropologií a sociologií a začala vnímat organizaci jako svého druhu kulturu. Kultura je abstraktní pojem, který umožňuje lépe popsat a pochopit vztahy mezi jednotlivci v rámci většího celku (Nový, 1996). Podle Nového (1996) jsou hlavními funkcemi kulturního systému:

- sebestvrzující funkce - jedinec potvrzuje své chování chováním celku,
- zajišťování společenství - kulturní systém se udržuje i v případě, že se jednotlivci vymění,
- korekce individuálního chování - systém homogenizuje chování členů, čímž se snižuje riziko nežádoucích situací apod.,

- identifikační funkce - identifikace s jedním kulturním systémem odlišuje člena od ostatních skupin.

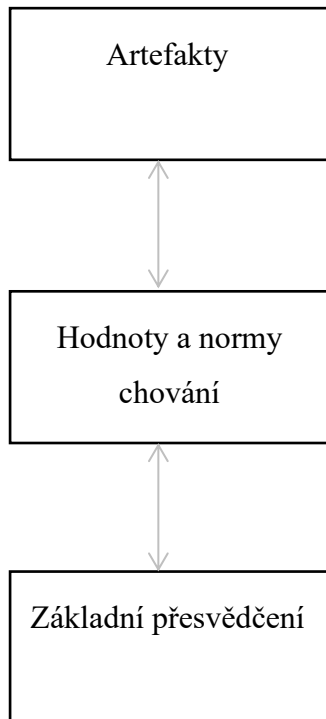
Kulturologická perspektiva vynesla do popředí hodnoty jednotlivců a organizací, vztahy mezi jednotlivci, proces identifikace, sociální učení apod. (Havrdová, 2011). Zásadním momentem pro rozvoj organizační kultury v managementu byla teorie Edgara Scheina v 80. letech 20. století. Tento autor zdůraznil, že chování jednotlivců ve skupině je pouze výsledkem sil, které působí pod povrchem a způsobují dané chování (Schein, 2004).

Schein (2004: 17) definuje skupinovou kulturu, protože podle něj si všechny sociální skupiny se společnou historií vytvořily kulturu jako "vzorec sdílených základních přesvědčení, která skupina přijala při řešení problémů vnější adaptace a vnitřní integrace, a která se osvědčila natolik, že jsou považována za platná a jsou předávána novým členům organizace jako způsob vnímání, myšlení a cítění, který je ve vztahu k těmto problémům správný".

Schein (2004) vidí hlavní faktor vzniku kultury v postavě zakladatele nové skupiny nebo organizace, který zpočátku uplatňuje své vlastní hodnoty a představy vůči členům skupiny a podle nich vybírá nové členy. Pokud se tyto hodnoty a názory ukáží jako funkční, stanou se součástí kultury skupiny. Jakmile má skupina kulturu, předává ji v rámci sociálního učení novým členům, a tak se nadále udržuje. Kultura má velmi vysokou strukturální stabilitu. Členové skupiny si stability cení, protože jim umožňuje předvídat individuální a organizační chování (Schein, 2004).

Organizační kulturu lze také popsat několika modely z hlediska její struktury. Schein (2004) rozlišuje tři úrovně: artefakty, hodnoty a normy chování a základní přesvědčení. Scheinův model je znázorněn na následujícím modelu (Obr. 2):

Obr. 2 Model struktury organizační kultury



Zdroj: Schein, 2004:26

Schein ve své teorii chápe artefakty jako projevy vnější kultury, která zahrnuje všechny jevy, jež lze v organizaci pozorovat. Schein (2004) zdůrazňuje, že tato vrstva se vyznačuje snadnou pozorovatelností, ale zároveň je obtížné pochopit jejich význam.

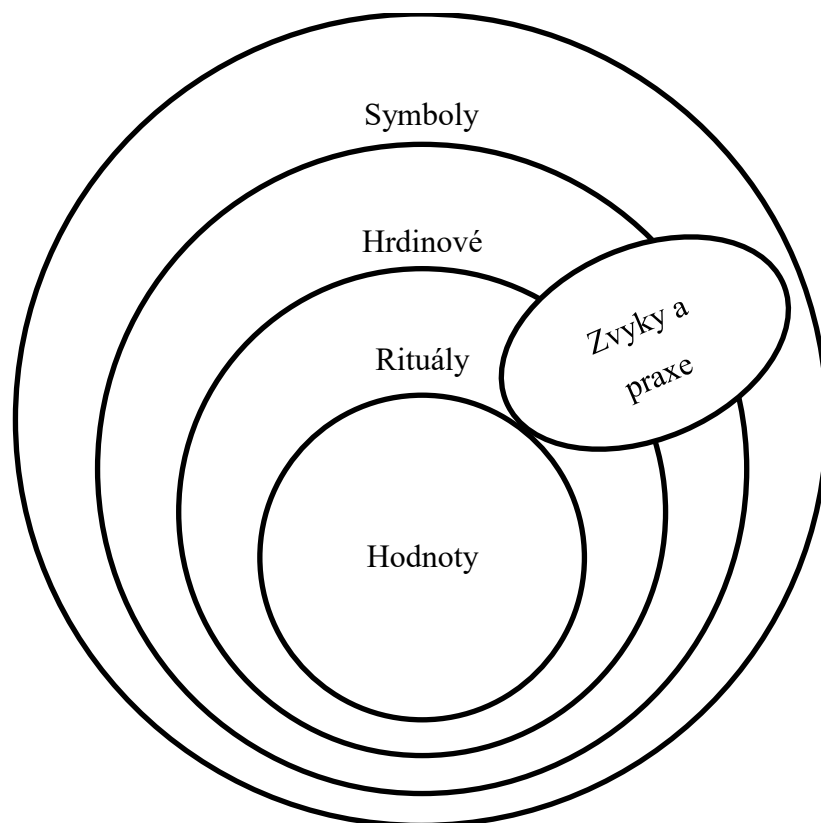
Hodnoty a normy chování, které členové skupiny přijali na základě sociální validace. Schein používá termín sociální validace pro označení určitých hodnot, které byly skupinou potvrzeny prostřednictvím sdílené pozitivní zkušenosti. Jako příklad uvádí, že žádná kultura například nemůže dokázat, že její náboženský a morální systém je nadřazený jiné kultuře. Pokud se však příslušníci jednoho kulturního systému navzájem utvrzují v hodnotách a přesvědčeních druhého, stávají se pravdivými. Členové, kteří takové vnímání odmítají, riskují, že budou "exkomunikováni", vytlačeni z dané sociální

skupiny. Úvahy o organizačních hodnotách mohou pomoci předpovědět velkou část skupinového chování, které pozorujeme v rámci artefaktů.

Základní přesvědčení vnímá Schein (2004) jako hluboce zakořeněná podvědomá přesvědčení o světě a fungování organizace, která jsou odolná vůči změnám. Jádrová přesvědčení popisuje jako hodnoty, o kterých nelze vyjednávat. Podle Scheina vznikají jádrová sdílená přesvědčení na základě opakovaných skupinových zkušeností, a vytvářejí tak paradigmaty, jimiž se řídí dění v organizaci. Jinými slovy, pokud určitý způsob řešení určité situace vede k přijatelnému výsledku, stává se toto konkrétní řešení samozřejmým a jediným východiskem v tomtéž okamžiku.

Strukturu organizační kultury popisuje také Geert Hofstede (1991) ve svém cibulovém diagramu (viz. Obr. 3). V tomto modelu tvoří ústřední část také hodnoty.

Obr. 3 Schéma organizační kultury



Zdroj: Hofstede, 1991: 9

Organizační hodnoty jsou považovány za jádro organizační kultury (Lukášová, Nový a kol., 2004). Jednotlivé složky kultury tvoří sdílené hodnoty, ideje, normy, symboly a artefakty. Každá organizace je ve svém složení jistě originální a jedinečná. Z definice nemůžeme hledat ideální organizační kulturu, ale můžeme říci, že některé kultury jsou vhodnější pro naplnění poslání, vize a cílů organizace (Armstrong, 2015).

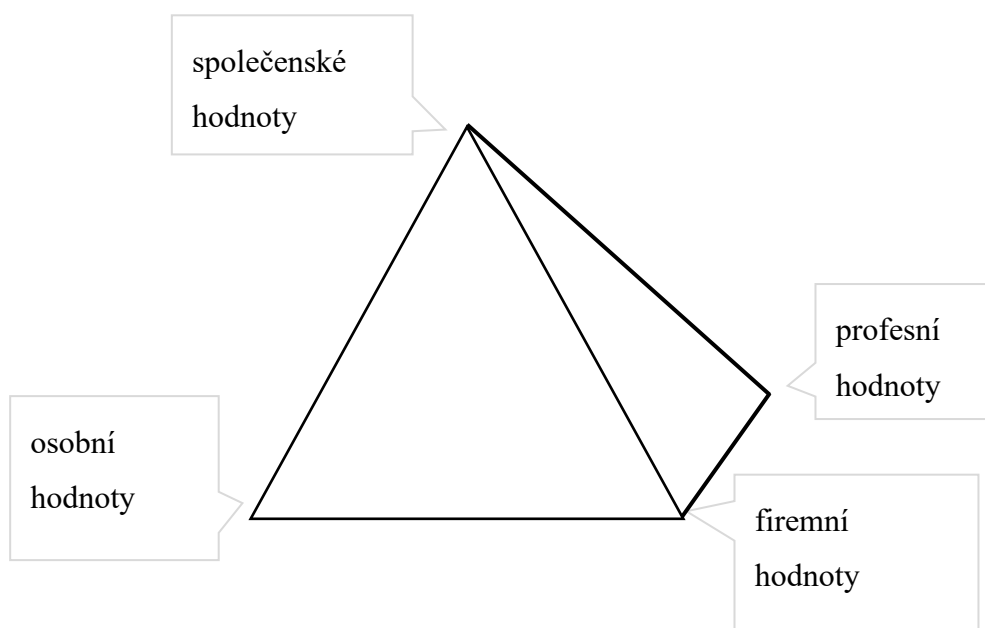
Z výše uvedeného je zřejmé, že hodnoty, které byly do kultury organizace začleněny při jejím vzniku, hrají v organizaci důležitou roli. Tyto hodnoty jsou předávány novým členům organizace prostřednictvím sociálního učení. Vnímáme, že další zkoumání organizační kultury může osvětlit otázku jejich vlivu na proces implementace paliativní péče do nemocnic.

1.6 Hodnoty jako jádro organizační kultury

"Když přemýšlíme o svých hodnotách, myslíme na to, co je pro nás v životě důležité" (Schwartz, 2006:1, vlastní překlad). Hodnoty tvoří rámec pro individuální a skupinové rozhodování, určují, co je důležité, hodnotné, dobré nebo špatné. Tvoří základní vzor pro rozhodování v určitých situacích (Sarnoff in Nakonečný, 1998a, Schaefer in Nakonečný, 1998b). Podle Nakonečného (1998a) je svět člověka především otázkou jeho hodnot. Hodnoty jsou již od dob antické filozofie úzce spjaty s pojmy morálka a etika. Individuální pojetí hodnot lze přenést i do organizačního kontextu. Jak jsme poukázali v předchozí kapitole, hodnoty zaujímají v organizační kultuře zásadní místo.

Zároveň je třeba zmínit Putnovou a Sekničku (2008), kteří upozorňují, že hodnoty jednotlivých skupin nejsou stejné, lidé se vyskytují ve více sociálních skupinách a existuje mezi nimi napětí. Toto napětí ilustrují následujícím schématem (Obr. 4).

Obr. 4 Napětí mezi základními hodnotovými skupinami



Zdroj: Putnová, Seknička, Uhlář 2008:13

Zároveň podle Vávry (2007) musí v sociálních skupinách existovat alespoň základní shoda v hodnotách, aby jejich členové mohli spolupracovat.

Ostroff, C, Yuhjung, S, & Kinicki, A (2005) ve své studii zahrnující 951 zaměstnanců ze 113 bankovních poboček zdůraznili relativní důležitost shody hodnot osob a prostředí. Podle autorů souvisí kongruence mezi individuálními a organizačními hodnotami s pracovním nasazením, spokojeností s prací a úmyslem opustit organizaci. Význam organizačních hodnot zmiňuje ve svém výzkumu také Brinkley (2013). V celém procesu hledání hodnot v organizaci, ve které pracoval, viděl hlavní roli vedoucího pracovníka v záměrné identifikaci a definování základních organizačních hodnot, které podle něj dále zakládají samotnou kulturu. Vnímá, že v době velkých změn je důležité, aby si vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních položili otázku, zda organizační hodnoty a kultura, které se osvědčily v minulosti, mohou fungovat i nadále. Studie Schwartze a Khaptsové (Khaptsova a Schwartz, 2016) dokonce potvrzuje významný vztah mezi hodnotovou kongruencí jedince a jeho životní spokojeností. To by znamenalo, že sdílené hodnoty mohou mít pozitivní vliv nejen například na kvalitu služeb, ale také na životní spokojenost jednotlivce. Lukášová (2010) upozorňuje, že některé firmy své hodnoty pouze veřejně deklarují a dochází k nesouladu mezi skutečnými a oficiálními

hodnotami, ale zároveň dodává, že řada dalších autorů potvrzuje, že hodnotová kongruence je pro úspěch zásadní.

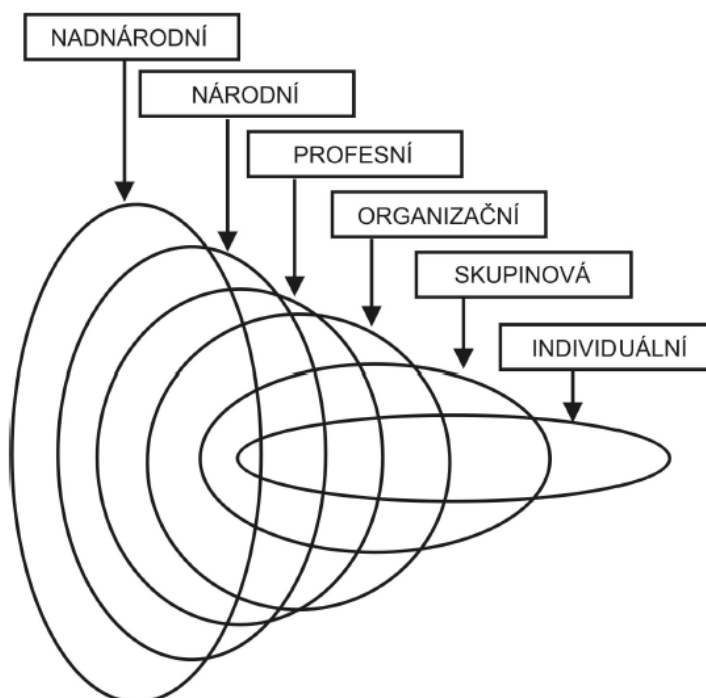
Autoři citovaní v předchozích odstavcích se shodují na důležitosti hodnot v lidském chování. Přijmeme-li význam, který hodnotám přiřkládají, stejně jako roli hodnot v organizační kultuře, jak bylo ukázáno v předchozí kapitole, můžeme z toho vyvodit, že rámce sdílených hodnot mohou v organizacích hrát důležitou roli. Shoda hodnot může mít nejen vliv na kvalitu péče, ale může také pozitivně ovlivnit životní spokojenost zaměstnanců.

V tomto přístupu se proces sladování hodnot zaměstnanců a organizace stává důležitou součástí řízení organizace. Sdílené hodnoty v organizaci nejenže vytvářejí společný rozhodovací rámec pro všechny zaměstnance a jednotné vnímání vhodného a nežádoucího chování, ale v případě úspěchu mohou také snížit riziko fluktuace, a dokonce zvýšit životní spokojenost zaměstnanců.

1.7 Úrovně kultury

V souvislosti s organizační kulturou odpovídá Schein (2004) na otázku, zda mají kulturu i jednotlivé profese. Podle Scheina (2004), pokud profese prochází intenzivním obdobím společného učení, určitě se u ní kultura vytvoří. Autoři hovoří o člověku jako o "multikulturní entitě" (Karahanna et al., 2005, Schein, 2004), která v průběhu svého života vstupuje do různých sociálních skupin, v nichž se socializuje a adaptuje. V souvislosti s překrýváním různých kulturních systémů, do nichž jedinec patří, hovoří autoři o tzv. kulturních úrovních (Lukášová, 2010, Hofstede, 1999, Karahanna et al., 2005). Karahanna et al. (2005) chápou chování jednotlivce jako funkci různých úrovní kultury. Model překrývajících se úrovní kultury podle Karahanny et al (Obr. 5):

Obr. 5 Překrývající se úrovně kultury



Zdroj: Karahanna et al., 2005 in Jančíková, 2008:12

Pokud se podíváme na modelový případ anonymní zdravotní sestry ve zkoumané organizaci, můžeme ji popsat například jako osobu, která patří do skupiny "holky z prvního patra", zaměstnanci organizace, zdravotní sestry, Češka. Z transnacionální roviny, kam Karahanna a kol. umísťují kulturu spojenou s určitým regionem, etnikem, jazykem, pohlavím, generací a sociální třídou, vidíme, že tato zaměstnankyně je žena, mluvící česky, narozená v 70. letech 20. století a vzhledem k příjmům svým i svého manžela patří do střední ekonomické třídy společnosti. Pokud v souladu s předchozím výkladem připustíme, že každá z uvedených sociálních skupin má svou vlastní strukturu, artefakty, hodnoty a normy chování, základní přesvědčení atd. můžeme předpokládat vnitřní napětí mezi hodnotami různých kulturních systémů uvnitř každého jedince. Toto napětí pak může ovlivňovat jejich chování a vnímání.

1.8 Síla a obsah organizační kultury

V souvislosti s intenzitou sdílení organizační kultury se někteří autoři zmiňují o síle organizační kultury (Lukášová, Nový a kol., 2004).

Podle Lukášové, Nového a dalších (2004: 52) má silná organizační kultura následující výhody:

- *"vytváří konzistenci ve vnímání a myšlení pracovníků,*
- *usměrňuje chování lidí,*
- *znamená sdílení společných hodnot a cílů".*

Za nevýhody označují Lukášová, Nový a kol (2004:53) následující:

- *"fixuje organizaci na minulé zkušenosti,*
- *brání alternativnímu myšlení, podporuje konformitu,*
- *způsobuje odpor ke změnám".*

Sílu organizační kultury lze považovat za důležitý atribut v procesu řízení změn. V případě silné organizační kultury můžeme podle Lukášové, Nového a dalších (2004) očekávat silný odpor ke změně, v případě snahy o změnu samotné organizační kultury se můžeme setkat i se zásadním odporem.

Organizační kultura ve zdravotnictví je obecně považována za silnou a tento obecný předpoklad potvrzují i některé práce z českého prostředí. Matoušová (2013) zjistila, že organizační kultura lůžkového oddělení Nemocnice Písek je silná. Nováková (2012) ukazuje, že v nemocnici, která byla předmětem diagnostiky, převládá silný tržní a hierarchický typ s důrazem na stabilitu, řád a kontrolu. Na druhé straně Krupková (2012), která zkoumala roli zdravotnického pracovníka a organizační kulturu ve zdravotnickém zařízení, identifikovala zájem zaměstnanců o zapojení do změn.

Ačkoli Lukášová (2010) označuje odpor ke změnám za nevýhodu silné kultury, my tuto nevýhodu vnímáme pouze za předpokladu, že otevřenost ke změnám není součástí existující silné kultury. Při řízení procesu změny organizační kultury považujeme za užitečné identifikovat ochotu kolektivu být otevřený změnám.

V souvislosti s pojmem silná organizační kultura je často zmiňován její vliv na výkonnost podniku. Podle Jančíkové (2008) je toto téma předmětem rozsáhlého výzkumu. Jančíková (2008) uvádí, že autoři postupně ustupují od myšlenky, že silná kultura je pro výkonnost zásadní. Ukázalo se, že organizace se slabou kulturou reagují na potřebné změny lépe než podniky se silnou kulturou. Jak autorka dále uvádí, kromě síly kultury se autoři zabývali také jejím obsahem. Předpokládá se, že má velký vliv na výkonnost organizace.

1.9 "Měření" organizační kultury

1.9.1 Typologie organizační kultury

Jedním ze způsobů zkoumání organizační kultury je vytvoření typologie. Například Harrisonova a Handyho typologie rozlišuje čtyři typy organizační kultury ve vztahu k organizační struktuře: kultura moci (velká role zakladatele, většinou v malých organizacích, spíše méně pravidel, může pružně reagovat na vnější podněty), kultura úkolů (důraz na výsledek, realizace projektů, potřeba flexibility), kultura rolí (založená na pravidlech, postupech, plánech) a kultura osob (orientace na členy týmu, participativní rozhodování, žádná dominance členů týmu (Handy, 1993).

T. E. Deal a A. A. Kennedy vytvořili typologie podle dvou faktorů - rychlosti zpětné vazby z trhu a míry rizika, a rozdělili organizační kulturu do čtyř typů:

- Kultura drsňáků - vysoká míra rizika a rychlost zpětné vazby, zaměřená na vysoký výkon.
- Kultura tvrdé práce - nízké riziko a rychlá zpětná vazba. Zaměřená na týmovou práci, proaktivitu a iniciativu.
- Kultura sázky na budoucnost - vysoké riziko a pomalá zpětná vazba. Členové respektují hierarchii a autoritu, schopni pracovat pod tlakem.
- Procesní kultura - nízké riziko a nízká míra zpětné vazby. Organizace je orientovaná na procesy, popisy práce, vše má své místo (Lukášová, Nový, 2004).

Typologie "2S kostka" R. Goofeeho a G. Jonese, která se zaměřuje na vzájemné projevy chování členů sociální skupiny, dělí organizační kulturu na čtyři typy podle míry sociability (přátelství mezi členy organizace) a solidarity (soudržnosti):

- Síťová kultura - vysoký stupeň sociability a nízký stupeň solidarity. Vyznačuje se přátelskými vztahy, otevřenou diskusí a participativním rozhodováním.
- Kultura hranic - nízká míra sociability a vysoká míra solidarity. Vyznačuje se formálnějšími vztahy s orientací na cíl a výkon.
- Roztříštěná kultura - nízká míra sociability a solidarity. Členové sociální skupiny mají omezené vztahy a nejsou motivováni organizačními cíli nebo vizí.
- Sociální kultura - vysoký stupeň sociability a solidarity. Sociální skupina je vzájemně loajální, vztahy jsou přátelské a jedná jednotně (Lukášová, Nový, 2009).

Jako poslední stojí za zmínku model CVF (competing models framework), který vytvořili Quinn a Rohrbaugh (1983) pro studium organizační kultury stylů řízení. Autoři identifikovali dvě hlavní dimenze zaměření organizační efektivity (interní x externí zaměření, tj. pokud je organizace zaměřena na vnější svět, jejími hlavními motivy mohou být reputace a podíl na trhu. Pokud je zaměření interní, jde jí spíše o fungování uvnitř organizace) a organizační struktury (flexibilita x stabilita, tj. pokud si tým cení flexibility, bude na ní zakládat svá rozhodnutí. Organizace založená na stabilitě se zaměří na procesy). V návaznosti na přístup konkurenčních hodnot můžeme klasifikovat 4 typy organizační kultury:

- Klanová kultura - flexibilní organizace s vnitřním zaměřením. V popředí organizace stojí lidé.
- Adhokracie - flexibilní prostředí se zaměřením navenek. Zaměřená na inovace, riskování a kreativitu.
- Hierarchická kultura - organizace s vnitřním zaměřením, která upřednostňuje stabilitu. Standardizovaná organizace zaměřená převážně na procesy a efektivitu.

- Tržní kultura - vysoká vnější motivace, stabilní struktura. Vysoce konkurenční prostředí, zaměstnanci pracují na udržení image organizace.

1.9.2 Obsah organizační kultury

Kromě typologie organizační kultury je možné zkoumat také její obsah (např. hodnoty, základní přesvědčení, normy chování, artefakty, příběhy, mýty), sílu (míru sdílení prvků organizační kultury) nebo zdroje, tj. faktory, které kulturu ovlivňují (např. styl vedení, vliv zakladatele, velikost organizace, národní nebo profesní kultura).

Ve zdravotnických zařízeních bývají předmětem zkoumání angažovanost, schopnost pracovat s chybou, psychické bezpečí, týmová práce, dovednosti vedení, hodnoty atd. Jako výsledné parametry se zkoumají například tyto ukazatele: spokojenost pacientů, fluktuace personálu, bezpečnost pacientů. Pro studie je pak důležité zvolit adekvátní výzkumné nástroje, které odpovídají účelu. Mezi zásadní prvky organizační kultury ve zdravotnictví vnímáme právě psychické bezpečí a schopnost reflexe. Tyto pojmy si blíže osvětlíme v následující kapitole.

1.10 Psychické bezpečí

Vývoj konceptu psychického bezpečí

Samotný konstrukt psychického bezpečí vychází z práce Scheina a Bennis (1965), kteří psychické bezpečí definovali jako míru, do jaké se jednotlivci cítí bezpečně a jistě ve své schopnosti zvládat změny. Schein a Bennis poukázali na to, že psychická bezpečnost je důležitá pro zaměstnance, aby byli schopni zvládat organizační změny. 25 let po Scheinovi s Bennisem znovu přitáhla pozornost výzkumníků a manažerů na téma psychického bezpečí studie Kahna (1990). Kahn definoval psychické bezpečí jako pocit, že člověk může projevit sám sebe bez obav z negativních důsledků pro vlastní obraz, status nebo postavení. Až Edmondson (1999) poukázala, na rozdíl od předcházejících autorů, že se nejedná o individuální charakteristiku, ale spíše o organizační klima na úrovni týmu a popsala psychické bezpečí jako „sdílené přesvědčení členů týmu, že tým je bezpečný pro podstupování interpersonálních rizik“ (tamtéž, s. 350). Edmondson připravila sedmi-položkový dotazník pro měření týmového psychického bezpečí.

Položky zahrnují otázky, zda členové v týmu vyčítají, pokud se někdo dopustí chyby, jestli jsou nepřijatí pro svou odlišnost nebo například jestli je těžké si říct o pomoc. Edmondsonová škála byla podrobena rozsáhlým validačním testům, které ukázaly, že tato míra má silnou prediktivní a konstruktivní validitu a vnitřní konzistenci (Newman, Donohue & Eva, 2017). Ačkoliv existuje více škál na měření psychického bezpečí, doporučují Newman, Donohue & Eva (2017) ve své systematické studii, do které zahrnuli 83 článků z let 1990 až 2015 zaměřené na psychické bezpečí v práci, sedmi-položkovou škálu Edmondsonové (1999) z důvodu jejích robustních psychometrických vlastností jako vhodný nástroj pro použití v budoucích studiích.

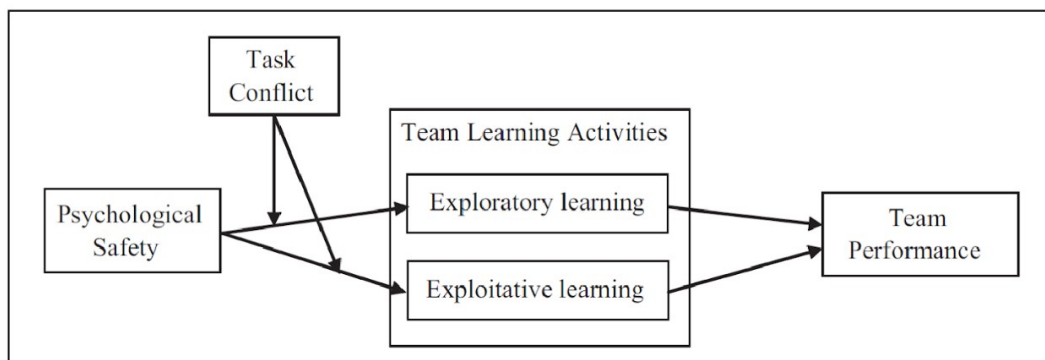
Psychické bezpečí

Psychické bezpečí dle Edmondson (1999) je definované jako „*sdílená představa mezi jednotlivci, jestli je bezpečné zapojit se do mezilidského riskování*“. V psychicky bezpečném pracovním prostředí zaměstnanci mají pocit, že jejich kolegové neodmítnou lidi za to, že jsou sami sebou nebo říkají, co si myslí, respektují jeden druhého, dokáží konstruktivně řešit konflikty nebo konfrontace a cítí, že je bezpečné experimentovat a riskovat (Edmondson, 1999).

Psychická bezpečnost je obzvláště důležitá v pracovních prostředí, kde bezpečí zaměstnanců a zákazníků je na prvním místě, například ve zdravotnictví nebo v leteckém průmyslu (Leroy et al., 2012; Nembhard & Edmondson, 2011). Psychická bezpečnost vede zaměstnance z behaviorálního hlediska k otevřené komunikaci, vyjadřování obav a potřebě větší zpětné vazby (Pearsall & Ellis, 2011).

Konceptuální model (Kostopoulos, K. C. and Bozionelos, N., 2011) ukazuje vztah mezi psychickým bezpečím, schopností týmového učení a výkonem (Obr. 6).

Obr. 6 Vztah mezi psychickým bezpečím, schopností týmového učení a výkonem



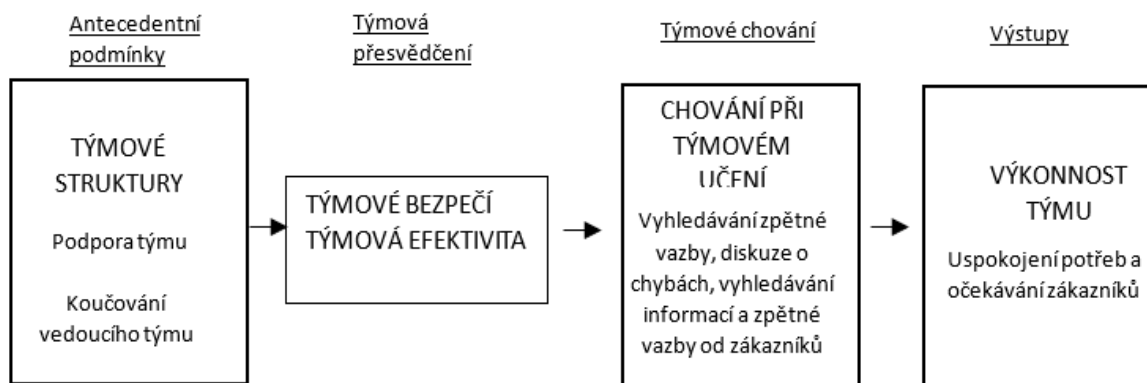
Zdroj: Kostopoulos, K. C. and Bozionelos, N., (2011)

Psychické bezpečí a reflexivita v týmu

Existující výzkumy potvrzují vliv psychického bezpečí na kvalitu poskytovaných služeb a efektivitu. Kapitola Psychické bezpečí a reflexivita v týmu ukazuje na základě rešerše literatury mediační roli psychického bezpečí členů týmů a jejich reflexivity v procesu společného učení na zvyšování kvality. Text přináší systematický pohled na dva klíčové týmové atributy, na kterých stojí úspěšné týmy nejenom v sociálních službách a zdravotnictví, ale také v ziskovém sektoru.

Většina autorů se při popisu psychického bezpečí práce opírá o definici profesorky Edmondson (1999), která ji vnímá jako sdílené přesvědčení, že tým je bezpečný pro mezilidské riskování. Jinými slovy v psychicky bezpečném prostoru se zaměstnanci cítí bezpečně vyjadřovat své názory, rádi vyhledávají zpětnou vazbu, dokážou riskovat a jsou ochotni mluvit o chybách, které udělali. Dle původní studie Edmondson (1999) v 51 týmech ve výrobní společnosti se ukázalo, že psychické bezpečí je spojeno s týmovou schopností se učit, která následně podporuje efektivitu a výkon týmu (Obr. 7).

Obr. 7 Model učení pracovního týmu



Zdroj: Edmondson (1999)

Model, který Edmondson popsala ukazuje, že psychické bezpečí je důležitým zprostředkovatelem týmové schopnosti se učit. Pokud členové týmu nejsou ochotni sdílet své chyby, hledat zpětnou vazbu od svých kolegů a zároveň ji jim poskytovat, jsou ochuzeni o příležitost se učit a reagovat na měnící se prostředí.

Psychickému bezpečí se věnovalo od roku 1999 mnoho studií. Známa je například longitudinální studie ve společnosti Google, která hledala odpověď na otázku „Co dělá tým ve společnosti Google efektivním?“ Organizace překvapivě nenašla odpověď ve strukturálních faktorech, jako je například délka praxe členů týmu nebo jejich vzdělání, ale hlavně v psychickém bezpečí (Bergmann & Schaeppi, 2016). Pro společnost Google to pak byl impuls k podpoře psychického bezpečí v organizaci s cílem zvýšit výkonnost svých týmů.

Za popularitou konceptu psychického bezpečí v zahraničí může být právě jeho srozumitelnost pro manažerskou praxi a jednoduchá měřitelnost. Každý zaměstnanec je schopen říct, jestli se cítí v týmu bezpečně, ví, jak se cítí, když sdílí svůj názor a ti, kteří se v týmu cítí relativně psychicky bezpečně, tak dokáží vnímat benefity z toho, že mohou otevřeně mluvit, diskutovat chyby, které udělali, bez obav, aby to mělo dopad na jejich status na pracovišti. Psychické bezpečí, jak popisují předcházející odstavce, má vliv na míru kvality.

Kontext kvality v paliativní péči

S rostoucím počtem konziliárních týmů paliativní péče v českých nemocnicích se do popředí také dostává otázka kvality poskytovaných služeb. Ve zdravotnictví se obvykle rozumí kvalitou nastavení indikátorů *struktury, procesů a výstupů* služby, které se průběžně monitorují a vyhodnocují (Válková, 2015). Podobným způsobem nad kvalitou uvažuje i například americké *Center to Advance Palliative Care*. Ve svém metodickém manuálu představuje sadu indikátorů (CAPC, 2019), které dělí do obdobných tří skupin (indikátory struktury a procesy, klíčové indikátory výstupu a operativní indikátory) a doporučuje paliativním týmům získávat a vyhodnocovat data za jednotlivé oblasti. Tento způsob uvažování nad kvalitou služeb předpokládá, že pokud má tým dobře nastavenou strukturu služby (tj. kvalifikovaní pracovníci na svých místech) a připravené procesy (členové týmu ví, co mají dělat), povede to k dobrým výsledkům (které můžeme měřit stanovenými výstupními indikátory).

V případě práce konziliárních paliativních týmů je možné říct, že pokud je paliativní tým adekvátně personálně zabezpečen, jsou v něm zastoupeny všechny požadované profese, jeho členové mají potřebné dovednosti a znalosti a má nastavené interní procesy, bude poskytovat kvalitní služby, které můžeme měřit výstupními indikátory (např. spokojenost pacientů a jejich rodinných příslušníků, počet dnů hospitalizace pacienta na jednotkách intenzivní péče v posledním roce života apod.).

Tímto přístupem se ovšem redukuje *kvalita* na souhrn jen několika vybraných indikátorů, čímž je sice možné řídit měřitelné atributy kvality, zároveň ale organizace přichází o plastičtější pohled na práci týmu (neměří neměřitelné atributy kvality ani jiné měřitelné, které nejsou zahrnuty do evaluace).

Nastavení indikátorů kvality může měnit chování členů týmu směrem k naplňování stanovených ukazatelů, což je žádoucí pro řízení kvality, zároveň to také může mít i negativní dopady na samotnou práci, právě z důvodu redukce kvality na souhrn

vybraných indikátorů. Identifikace vhodných indikátorů se tak stává strategickým rozhodnutím pro každý paliativní tým, který následně tvaruje podobu celé služby.

Při identifikaci indikátorů určených k monitorování vycházejí poskytovatelé obvykle z cílů paliativní péče, jak jsou popsány v definici České společnosti paliativní medicíny (ČSPM), přičemž se zaměřují primárně na vnímání kvality z pohledu pacienta a jeho rodiny. Konziliární týmy paliativní péče stojí v porovnání s ostatními formami specializované paliativní péče ovšem v jiném postavení, neboť asistují ošetřujícím zdravotním týmům na různých odděleních nemocnice a nemají pacienta primárně ve své péči (Sláma, Krejčí a kol. 2019). „Zadavatelem“ práce pro paliativní týmy jsou ve většině případů ošetřující lékaři z jiných oddělení, kteří vyžadují intervenci u jejich pacienta. Zahnutí měření míry spokojenosti zdravotníků v přímé péči s působením konziliárního týmu paliativní péče (KTPP) do indikátorů kvality může zlepšit spolupráci mezi odděleními.

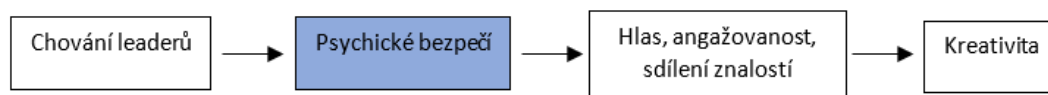
Psychické bezpečí a týmové učení

Nejisté podmínky, které v uplynulých letech ještě více zdramatizovala pandemie COVID 19, zvyšují nároky na týmy se adaptovat v neustále se vyvíjející době. Podle Edmondson (1999) jsou organizace více závislé na procesu týmového učení a jsou nuceni přemýšlet nad faktory, které jej ovlivňují. Výsledky dostupných systematických studií (Edmondson a Lei, 2014, Newman, Donohue & Eva, 2017) podporují původní předpoklady, že psychické bezpečí významně ovlivňuje týmové učení a jeho schopnost reagovat na změny. Jak popisuje Edmondson (1999) ve své první studii, aby se členové týmu mohli učit, je nezbytné, aby nebyl sankcionován nikdo, kdo požádá o pomoc, radu nebo přizná chybu. Týmové učení je tedy proces, kdy členové týmu dokáží díky vzájemně poskytované otevřené zpětné vazbě reflektovat činnost vlastní i samotného týmu a dokáží se flexibilně přizpůsobit měnícím se okolnostem.

Faktory podporující vnímání psychické bezpečnosti a její dopady

Edmondson a Lei (2014) ve své přehledové studii popsali faktory psychického bezpečí a jeho vliv na třech úrovních – individuální, organizační a skupinové.

Obr. 8 Faktory psychického bezpečí a jeho vliv – individuální úroveň



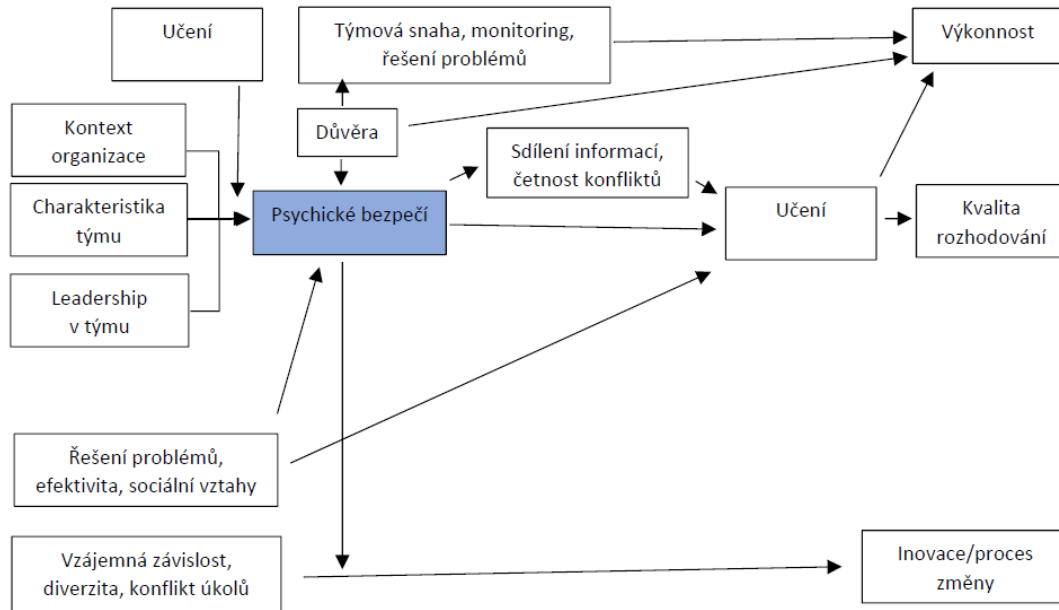
Zdroj: Edmondson a Lei (2014)

Dle identifikovaných studií je psychické bezpečí na individuální úrovni ovlivňováno leadershipem a společně s vnitřní sebedůvěrou působí jako rozhodující faktor pro zaměstnance, jestli promluví a vyjádří svůj názor (Obr. 8). Zpochybnění současného stavu a zapojení do procesu rozhodování může tvořit hlavní sílu pro organizaci, aby se mohla učit.

Skupinová úroveň

Edmondson (1999) identifikovala významné rozdíly v úrovni psychického bezpečí mezi týmy v rámci jedné organizace. Dokonce i v organizacích, kde byla identifikována silná kultura, existoval významný rozdíl mezi sdíleným přesvědčením o bezpečnosti mezilidského riskování (Edmondson 2002, 2003). Na základě těchto studií autorka dovozuje, že psychická bezpečnost je primárně skupinovým fenoménem. Jak ukazuje Obr. 9 psychická bezpečnost je ovlivněna týmovými faktory jako například leadershipem, schopností řešit konflikty nebo problémy a důvěrou a má vliv na frekvenci konfliktů, úroveň sdílení informací a na schopnost týmového učení a výkonnosti.

Obr. 9 Faktory psychického bezpečí a jeho vliv – skupinová úroveň

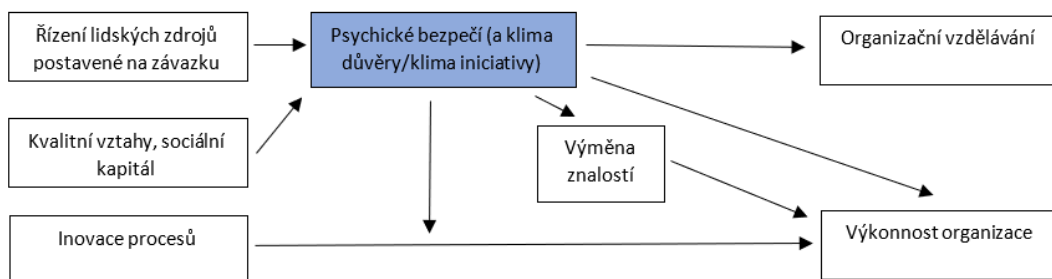


Zdroj: Edmondson a Lei (2014)

Organizační úroveň

Na organizační úrovni identifikovaly autorky vztahy mezi psychickým bezpečím, řízením lidských zdrojů postaveném na závazku, sociálním kapitálem, kvalitními vztahy, klimatem podporujícím iniciativu a výkonností podniku. Vztahy mezi jednotlivými zobrazuje model níže (Obr. 10).

Obr. 10 Faktory psychického bezpečí a jeho vliv – organizační úroveň



Zdroj: Edmondson a Lei (2014)

Newman, Donohue & Eva (2017) upozorňují, že pouze omezené množství studií se věnuje měřením psychické bezpečnosti na organizační úrovni (tj. individuální skóre Edmondson škály je agregováno na úroveň celé organizace) a je sporné, zda je vhodné psychické bezpečí na organizační úrovni zkoumat. Předpokládají, že vnímání psychického bezpečí zaměstnanci je ovlivněno převážně charakteristikami týmu a jeho vedení a je nepravděpodobné, zejména ve větších firmách, že by zaměstnanci na organizační úrovni měli sdílené přesvědčení o bezpečnosti mezilidského riskování. Obecně se lze domnívat, že psychické bezpečí bude pravděpodobně silnější a významnější na úrovni týmu než na úrovni organizace.

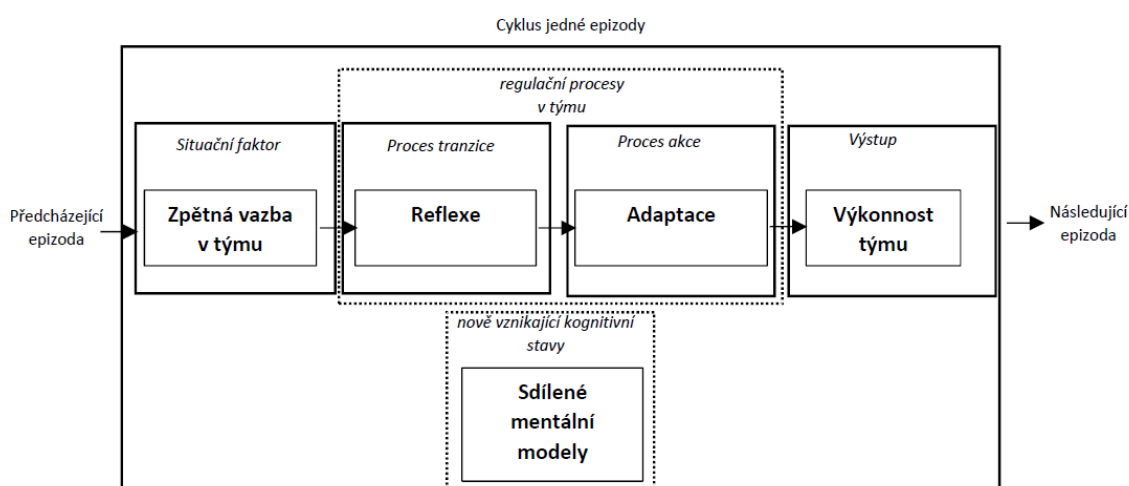
Fenoménu psychického bezpečí se v ČR věnuje spíše méně pozornosti. Vévoda s kolegy (Vévoda et. al., 2016) zrealizovali lingvistickou validizaci české verze Edmondson škály psychické bezpečnosti a na vzorku 275 všeobecných sester pracujících ve čtyřech nemocnicích v České republice zkoumali vztah mezi psychickým bezpečím a vyhořením (měřeno dotazníkem MBI). Výsledky průzkumu ukázaly významně negativní vztah mezi emočním vyčerpáním a psychickým bezpečím v práci a mezi depersonalizací a psychickým bezpečím, a slabý pozitivní vztah mezi osobním naplněním a psychickým bezpečím. Respondenti s potvrzeným vyhořením v dimenzích emočního vyčerpání měli významně nižší úroveň psychického bezpečí. Významně vyšší úroveň psychického bezpečí měli respondenti bez vyhoření v dimenzi osobního naplnění. Tématům vyhoření a psychického bezpečí se věnovala také Matulová (2021). Identifikovala na vzorku 52 sociálních pracovníků poskytujících služby pro osoby s udělenou mezinárodní ochranou statisticky významný negativní vztah mezi mírou psychické bezpečnosti práce a mírou vyhoření v dimenzi depersonalizace. Stříbrný (2022) realizoval kvalitativní výzkum s cílem osvětlit vliv psychické bezpečnosti na motivaci a osobní angažovanost pracovníků v sociálních službách a ukázal, že v prostředí s vyšší mírou psychické bezpečnosti může být zaměstnanec více motivován bez ohledu na míru vlastní angažovanosti, zároveň popsal, že v případě nízké úrovně psychického bezpečí závisí osobní motivace na vlastní angažovanosti.

Reflexivita

West (2000:3) definoval reflexivitu týmu jako "míru, do jaké členové týmu kolektivně reflektují cíle, strategie a procesy týmu, stejně jako jejich širší organizace a prostředí, a podle toho je přizpůsobují".

Konradt et al (2015) na základě systematické studie vytvořili model vztahů v rámci jedné učící epizody, kdy předpokládají, že jedna konkrétní zpětná vazba spustí proces týmové reflexe a následné adaptace na novou situaci probíhající v existujícím sdíleném týmovém mentálním modelu, což má vliv na výkonnost (Obr. 11). Jinými slovy týmová reflexivita předpokládá, že míra, do jaké týmy reflektují a přemýšlejí o tom, co se v nich děje, je pozitivně spojena s výkonností týmu.

Obr. 11 Cyklus jedné epizody



Zdroj: Konradt et al (2015)

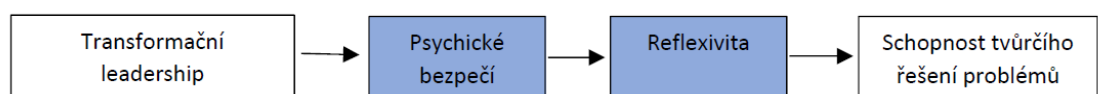
Rutinně se provádějí reflexivní intervence v mnoha profesních kontextech. Týmové reflexe pomáhají v lékařských a zdravotnických zařízeních strukturovat rozhovory po kritických událostech, optimalizovat koordinaci mezi týmy na operačním sále a zlepšují komunikaci v rámci resuscitace, ale také ve vojenském prostředí, například v rámci následných přezkumů po akci. (Lines et al., 2021).

Zatímco vliv reflexivity na výkonnost týmu byl široce zkoumán, méně pozornosti bylo věnováno mediační roli psychické bezpečnosti pro reflexivitu. Jinými slovy, jaký vliv má pocit bezpečí na schopnost reflexe.

Vztah psychické bezpečnosti a reflexivity

Carmeli et al, 2014 na základě teorií managementu navrhli a otestovali model, v němž psychické bezpečí a reflexivita zprostředkovávají účinek transformačního vedení na schopnost řešit tvůrčí problémy. Výsledky údajů z průzkumu shromážděných ve třech časových bodech naznačují, že transformační vedení usnadňuje rozvoj schopnosti zaměstnanců řešit tvůrčí problémy tím, že utváří klima psychického bezpečí podporující procesy reflexivity. Zjištění však také naznačují, že psychické bezpečí souvisí jak přímo, tak nepřímo, prostřednictvím reflexivity, se schopností zaměstnanců tvořivě řešit problémy, jak ukazuje Obr. 12.

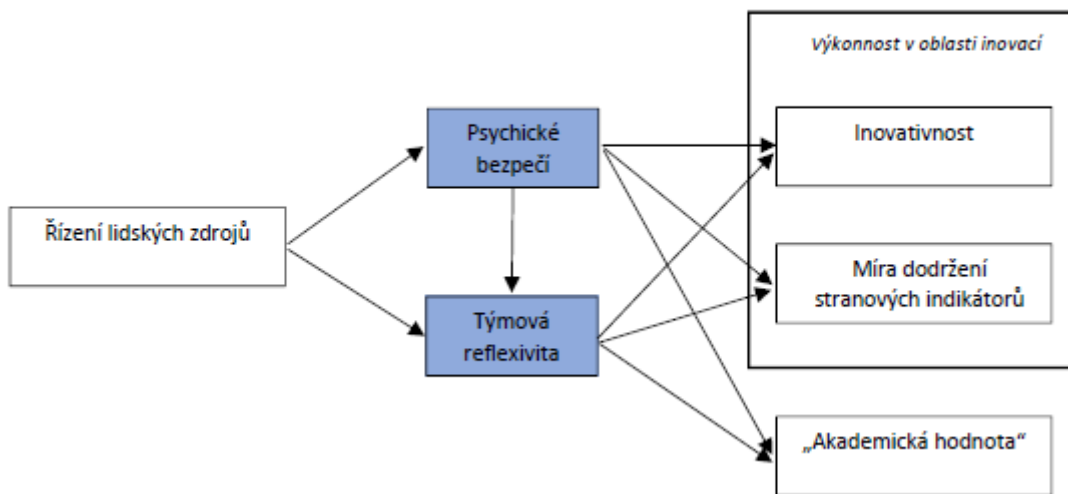
Obr. 12 Mediační role psychického bezpečí a reflexivity



Zdroj: Carmeli et al. 2014

Chen et al. (2017) ve své studii zkoumali, jak může řízení lidských zdrojů ovlivnit prostřednictvím reflexivity a týmové psychické bezpečnosti schopnost inovace. Na vzorku 200 výzkumných týmů na čínských univerzitách ukázali (Obr. 13), jak reflexivita a týmové psychické bezpečí zprostředkovávají vztah mezi řízením lidských zdrojů a výkonností v oblasti inovací.

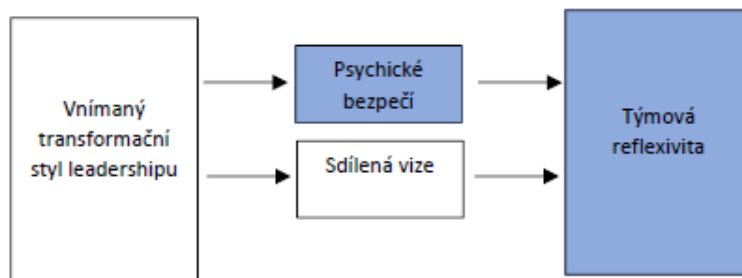
Obr. 13 Mediační role reflexivity a psychického bezpečí



Zdroj: Chen et al. 2017

Beckhoven (2017) zjišťoval ve zdravotnických organizacích, zda transformační styl vedení, psychické bezpečí, sdílená vize, rozmanitost a pracovní zátěž mají vliv na reflexivitu v týmu (Obr. 14). Jeho výzkum ukázal, že transformační leadership je pozitivně asociován s úrovní reflexivity, zároveň poukázal na to, že vztah mezi transformačním leadershipem a reflexivitou je plně zprostředkován psychickým bezpečím a sdílenou týmovou vizí, což dle Beckhoveny ukazuje, že neexistuje jiný faktor, který by mohl vysvětlit vztah mezi leadershipem a reflexivitou. Dále poukázal na to, že míra vzdělání a pracovní zátěž členů týmu se neukazuje jako faktor ovlivňující úroveň reflexivity týmu.

Obr. 14 Mediační role psychického bezpečí



Zdroj: Beckhoven (2017)

Všechny tři dostupné studie zkoumaly nejenom mediační vliv psychického bezpečí na reflexivitu, případně výkonnost, ale také prvotní impuls, a to určitou formu vedení. Dvě studie o ní hovoří jako o transformačním leadershipu, Chen et al. (2017) mluví o řízení lidských zdrojů orientovaném na kolektivismus.

Transformační lídři inspirují a využívají následovníky k tomu, aby překonali své vlastní zájmy při sledování kolektivních cílů a stali se efektivnějšími tím, že podávají výkony nad rámec svých vnímaných očekávání (Bass & Avolio, 1990). Zapojením do souboru vůdcovského chování transformující vůdci mění postoje a chování následovníků, čímž podporují změny a zvyšují jejich profesní růst.

1.11 Organizační kultura nemocnic v České republice

Z dostupných případových studií (Šachová, 2011, Piloušková, 2016, Nováková, 2012, Matoušová, 2011, Lafková, 2014, Kýrová, 2014, Klomínková, 2012) vyplývá, že v českých zdravotnických zařízeních převažují následující atributy kultury:

- nízká solidarita s vedením zařízení (vyšší s vlastním týmem)
- nedostatečná zpětná vazba na vlastní práci
- nedostatečná komunikace
- vysoká pracovní zátěž
- zásadní roli hrají vnitřní normy a standardy
- zaměstnanci jsou profesionálové (dělají zajímavou a uspokojující práci)

Z těchto studií lze usuzovat, že důvodem, proč jsou česká zdravotnická zařízení vedena, jak ukazují výše uvedené případové studie, spíše byrokratickým/hierarchickým stylem řízení, je skutečnost, že velká část z nich vznikla v době, kdy byl tento styl řízení vnímán jako ideální, a rigidita organizační kultury jej zachovala dodnes.

1.12 Organizační kultura týmu paliativní péče

Vzhledem k tomu, že nositeli specifických subkultur jsou jednotlivé profese a oddělení (Scott et al., 2003b), můžeme předpokládat existenci více interních subkultur ve zdravotnických zařízeních.

V případě paliativní péče a práce konzultačních týmů paliativní péče se v odborné veřejnosti často hovoří o tzv. ostrovech pozitivní deviace (Grosskopfová I. 2004, Mojžíšová 1997). Tato metafora má poukázat na dvě charakteristiky paliativní péče, resp. na to, jak se vnímá v rámci systému zdravotních a sociálních služeb: 1. pocit izolace, 2. vnímání pozitivního dopadu paliativní péče.

Holistický přístup, který je základem paliativní péče, je často popisován (Den Herder-van der Eerden, M. et al. 2018) odlišně od systému péče zaměřeného na výkon a diagnózu, který převládá v nemocnicích. Paliativní péče bere v úvahu nejen fyzické, ale také emocionální, mentální a duchovní potřeby člověka. Pacient je vnímán více jako komplexní lidská bytost.

V minulosti, kdy byla paliativní péče poskytována především v hospicích, jsme nebyli vystaveni otázce slučitelnosti těchto dvou přístupů. Nemocnice a hospice spolupracovaly především při plánování převozu pacientů v terminální fázi života. To se však změnilo, když se paliativní péče poskytovaná v nemocnicích stala tématem.

1.13 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Sociální pracovník je Ministerstvem zdravotnictví (Sláma O., Krejčí, J. a kol. 2019) i příslušnou odbornou společností (ČSPM, 2013) popisován jako nezpochybnitelný člen multidisciplinárního konziliárního týmu paliativní péče. Jeho role v rámci multidisciplinárního týmu vychází právě z holistického přístupu paliativní péče a má reagovat na sociální potřeby pacientů. Konkrétně popis činností sociálního pracovníka popisuje výkon členů konziliárního paliativního týmu následovně (MZČR, 2019):

- *komplexní posouzení sociálních potřeb a sociální podpory*
- *edukace a poradenství v systému podpory - pacient/rodina*
- *edukace a poradenství v systému podpory směrem k edukačnímu týmu*
- *komunikace/koordinace mezi poskytovateli*

- *administrativní práce (žádosti atd.)*
- *podpůrná intervence ze strany nepsychologa*
- *péče o pozůstalé - sociální pracovník*
- *telefonické konzultace*

Ve výčtu vidíme roli sociálního pracovníka nejen ve vztahu k sociálním potřebám, ale také k poskytování podpůrných intervencí, péči o pozůstalé a zprostředkování komunikace mezi poskytovateli. V rámci multidisciplinárního týmu je sociální pracovník často vnímán jako důležitý člen, který může podpořit zachování holistického přístupu v týmu a zabránit redukcionistickému pohledu na pacienta (Kodymová, 2015).

Tato práce má zvláštní význam pro sociální práci, protože sociální pracovníci fungují také jako "prostředníci mezi organizačními kulturami" díky svému sociálnímu poslání obecně a konkrétně ve zdravotnických zařízeních, kde kromě paliativní péče představují holistickou perspektivu.

1.14 Specifika organizační kultury ve zdravotnictví a její vliv

Tato kapitola popisuje specifika organizační kultury ve zdravotnictví a ukazuje, jak kultura ovlivňuje výkonnost zdravotnických zařízení.

Jaký typ organizační kultury převládá ve zdravotnictví?

Pro popis typologie organizační kultury se ve zdravotnictví ve větší míře používá model CVF (competing values framework. Například Davies, Mannion, Jacobs, Powell a Marshall (2007) na základě údajů ze studie 899 vrcholových manažerů ve 189 nemocnicích ve Velké Británii zjistili, že převládajícím typem je klanový typ kultury (54 % nemocnic), druhým nejčastějším typem je tržní kultura (29 % nemocnic). Adhokratický a hierarchický typ kultury byly méně rozšířené (11 %, resp. 6 % nemocnic). Studie také ukázala významný negativní vztah mezi velikostí organizace a klanovou kulturou a organizace s klanovou a tržní kulturou měly tendenci dosahovat horších výsledků při auditu. Pacienti nemocnic s klanovou kulturou vysoce hodnotili důstojnost a respekt.

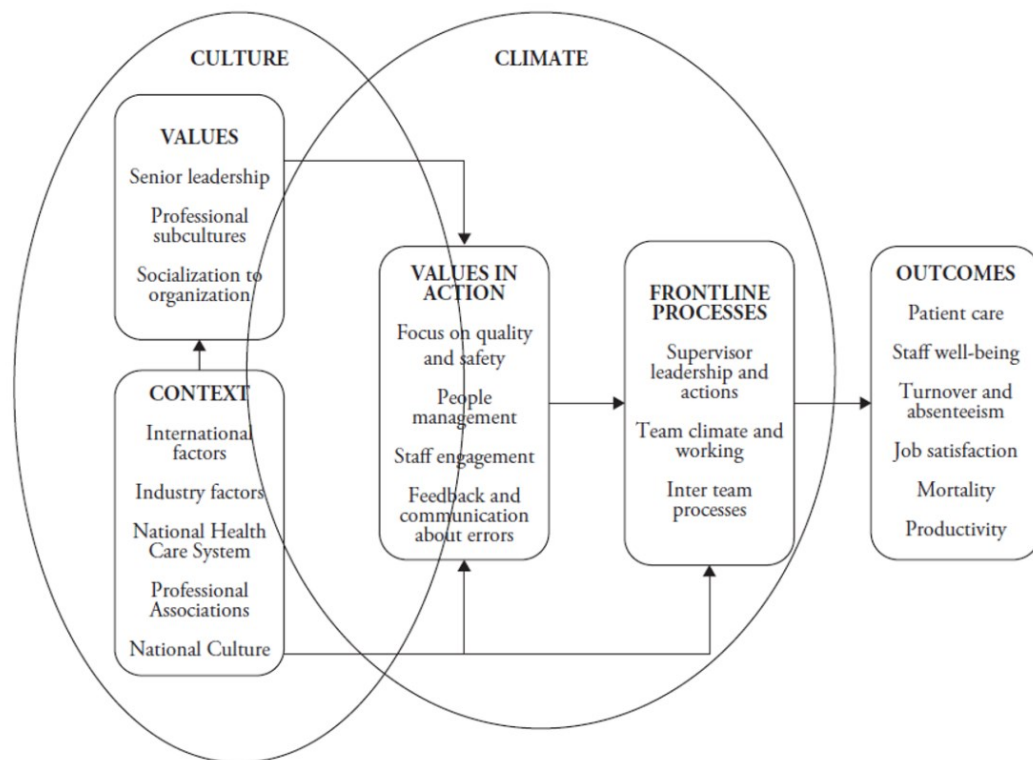
Meterko, Mohr a Young (2004) hodnotili organizační kulturu pomocí CVF na 8 454 zaměstnancích ve 125 amerických nemocnicích. Zjistili pozitivní vztah mezi klanovou kulturou a spokojeností pacientů. Hierarchická kultura měla negativní vztah ke spokojenosti pacientů, zatímco ostatní dva typy kultury neměly významný vztah k výsledkům napříč nemocnicemi.

Schneider a Barbera (2014) na základě systematické studie poukazují na to, že žádný typ organizační kultury podle CVF není pro zdravotnické organizace vhodný, a dodávají, že ve všech studiích využívajících CVF nebyla převážně hierarchická kultura spojena s dobrými výsledky. Jak ukážeme v další kapitole, spíše než zkoumání typologie, může mít vyšší vypovídající hodnotu zkoumání jednotlivých atributů organizační kultury než samotné typologie.

Jaké prvky organizační kultury ovlivňují výkonnost?

Schneider a Barbera (2014) ve své systematické studii vypracovali model vlivu organizační kultury na výkonnost ve zdravotnictví (Obr. 15).

Obr. 15 Model kultury a klimatu ve zdravotnictví



Zdroj: Schneider and Barbera (2014)

Zejména úroveň zapojení zaměstnanců (včetně jejich větší role v rozhodovacích procesech) ve zdravotnických organizacích může být obzvláště důležitým ukazatelem výkonnosti (měřeno vyšší kvalitou péče, finančními výsledky, spokojeností pacientů, absencí zaměstnanců a nižší úmrtností pacientů).

Bylo prokázáno, že podporující vedoucí pracovníci a podporující kultura předpovídají nižší fluktuaci zaměstnanců ve zdravotnických organizacích. Efektivní výkonnost předpovídá také týmová práce.

Podle dostupných studií hraje klíčovou roli také týmová práce a komunikace. Podle Lyubovnikové a Westa (2013) jsou ve Spojených státech lékařské chyby a poškození pacienta ze 43-70 % způsobeny neefektivní týmovou prací a komunikací. Dále například studie 193 případů kriticky chybně předepsaných léků ukázala, že více než třetina z nich byla způsobena problémy souvisejícími s týmem, jako je rigidní hierarchická struktura, dodržování etikety předepisování a nezpochybňování postupů (Lewis a Tully, 2009). Výzvou pro zdravotnická zařízení je proto také vytvoření organizační kultury, která vnímá chybu jako prostor pro učení a nereaguje primárně trestem a obviňováním chybujících.

Podle Schneidera a Barbera (2014) dochází často ke konfliktům uvnitř profesních skupin i mezi nimi, mezi skupinami zaměstnanců a mezi týmy. Lze předpokládat, že sociální skupiny, ve kterých dochází ke konfliktům, budou méně schopné sdílet dobrou praxi, vzájemně na sebe působit a podporovat proces učení. To vše na úkor pacienta.

1.15 Systém paliativní péče v ČR

Paliativní péči je v posledních letech věnována v Česku velká pozornost, získává své místo v krajských strategických dokumentech, v úhradových mechanismech fondů veřejného zdravotního pojištění i v legislativě. Změny jsou často iniciovány “zdola”. Paliativní péče je svou podstatou péče mezioborová. Přesto se řada změn děje izolovaně v jednotlivých oborech sociální politiky (v politice zdraví, vzdělávání, sociální bezpečnosti). Česko nemá jednotící vizi a strategii jejího naplnění, jakkoliv je možné dílčí úsilí sledovat například na krajské úrovni. Zakotvení paliativní péče jako systémového prvku v sociální politice může být nahlíženo jako proces změny velkého rozsahu. Vyžaduje sdílenou vizi řady aktérů, zavedení nových prvků do systému. Jde především o

nové služby, nové odbornosti, nové nástroje financování. Nedílnou součástí celého procesu je nastavení vzájemných vztahů mezi existujícími a novými prvky a nastavení souvisejících procesů (předávání informací, finanční vztahy) a jejich zakotvení v legislativě, v odborné přípravě i v praxi. Nedílnou součástí je i zvyšování povědomí a zájmu o nové prvky mezi odbornou i laickou veřejností.

Česká legislativa zná 3 základní formy zdravotní péče, ve kterých můžeme rozlišit i typologii paliativní péče obecné a specializované (Tab. 1).

Tab. 1 Vymezení poskytovatelů paliativní péče

| Forma zdravotní péče (§ 7–10 zák. 372/2011 sb.) | Vymezení poskytovatelů paliativní péče | |
|---|---|--|
| | Obecná – nekomplikovaní nemocní (80–90 %) | Specializovaná – klinicky komplikovaní nemocní (10–20 %) |
| Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a) | registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby | |
| Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b) | ošetřující ambulantní specialista | ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru |

| | | |
|--|---|---|
| | | paliativní medicína, včetně návštěvní služby |
| Lůžková péče (§ 9) | paliativní péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti | lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení |
| Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10) | lékař ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie; agentury domácí | MSPP neboli paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra, kde je odborným garantem lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína |

| | | |
|--|--|--|
| | péče, návštěvní služba ambulantním specialistou | |
|--|--|--|

Zdroj: Loučka, M., Poláková, K. 2018

Pokud porovnáme český systém například s paliativní péčí v Irsku, identifikujeme několik rozdílů. Paliativní péče je v Irsku poskytována ve čtyřech prostředích:

- v rámci tzv. lůžkových jednotek specializované paliativní péče
- v nemocnicích (formou konziliární péče)
- ve stacionářích specializované paliativní péče a
- v domácím prostředí.

Lůžkové jednotky specializované paliativní péče jsou vnímány jako základní prvek paliativní péče v každé oblasti, často se jedná o koordinátory péče v regionu, včetně nemocnic a místních komunit. Fungují jako vzdělávací centrum v oblasti paliativní péče pro ostatní zdravotnické pracovníky v regionu, obvykle poskytují odborné konzultace a také provádějí výzkum v paliativní péči.

V České republice se svou formou i obsahem nejvíce blíží těmto lůžkovým jednotkám specializované paliativní péče lůžkové hospice. Pokrytí těmito zařízeními je v ČR podobné jako v Irsku, ve 14 krajích můžeme najít 15 lůžkových hospiců a dvě paliativní jednotky v nemocnicích.

Paliativní péče v nemocnici je obvykle v Irsku poskytována multidisciplinárním konziliárním týmem, který poskytuje podporu zdravotnickému personálu. Tým specializované paliativní péče v Irsku sestává minimálně z 1 lékaře s atestací v paliativní medicíně, ze specializované sestry, sociálního pracovníka a administrativního pracovníka. Tým specializované paliativní péče pak často ukazuje ostatním zdravotnickým pracovníkům v zařízení dobrou praxi při práci s vážně nemocnými pacienty. V místě působnosti také často nabízí vzdělání a školení v paliativní medicíně. Studie ukazují, že zavedení specializovaného týmu paliativní péče do nemocnic vede ke zlepšení kvality péče o pacienty s terminálním onemocněním.

V ČR je konziliární paliativní péče relativně novou službou poskytovanou ve zdravotnictví. Počátky jejího fungování byly podpořeny ze zdrojů soukromé nadace, v průběhu výzkumu realizovaného v rámci této disertační práce implementovalo Ministerstvo zdravotnictví pilotní projekt „Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“ s cílem podpořit vznik konziliárních paliativních týmů v nemocnicích. Jejich úkolem bylo, podobně jako v Irsku, formou konzilia, konzultace nebo podpůrné intervence, podpořit a usnadnit např. management symptomatické zátěže, formulaci léčebných cílů, komunikaci léčebných alternativ, případně zvládnutí obtížné komunikace s pacientem nebo jeho příbuznými (například způsobené diskrepančním očekáváním terapeutických možností).

Paliativní péče byla do českých nemocnic zavedena v první fázi za finanční podpory soukromé nadace (Nadační fond Avast, 2018) a díky aktivitě několika jednotlivců. Tento přístup zdola nahoru je podle Bate et al. (2004) běžnější v sociálních hnutích a kontrastuje s centrálně řízeným procesem změn, který je běžný ve zdravotnictví. Autoři naznačují, že čím více se hodnoty, aspirace a identita člověka shodují se samotným hnutím, tím je pravděpodobnější, že se člověk k takovému hnutí připojí a bude ochoten do něj investovat vlastní energii. Rozvoj paliativní péče v České republice odpovídá spíše přístupu sociálních hnutí a pravděpodobně i Evropě, kde, jak bylo uvedeno výše, je spolupráce mezi zdravotníky a týmem paliativní péče založena na vztazích a sdílených hodnotách (Den Herder-van der Eerden, 2018). Paliativní péče tak pravděpodobně přináší do českého zdravotnictví nejen odlišnou kulturu, ale také procesně byla tato změna zpočátku realizována jinak, než jsou aktéři v tomto sektoru zvyklí.

V obou zemích můžeme vidět, že představy o fungování paliativní péče v nemocnicích se obsahově neliší, můžeme ovšem vidět jiný přístup při zavádění těchto změn. V ČR vznikla prozatím krátkodobá podpora omezenému počtu nemocnic, přestože dosud není jasná vize, jak má péče v budoucnosti vypadat, v kolika nemocnicích bude podobný tým vytvořen, zda bude jeho fungování hrazeno ze zdrojů zdravotního pojištění. Irský model ukazuje na jiný postup. V první řadě definovali cílový stav - v každé nemocnici poskytuje konziliární služby specializovaný paliativní tým vedený lékařem a personální obsazení paliativního týmu je dané, jeho členy jsou alespoň 1 paliativní lékař, paliativní sestra, sociální pracovník a administrativní pracovník (Krejčí, Lejsal, 2020).

Stacionáře poskytující specializovanou paliativní denní péči jsou v Irsku důležitým pilířem v systému péče o pacienty se závažným onemocněním. Jsou určeny pro pacienty, kteří nejsou v terminální fázi nemoci a kteří jsou schopni za službou dojíždět do stacionáře (ten je ve většině případů napojen na specializované jednotky paliativní péče, tj. na hospice).

Tato forma péče je v ČR prakticky neznámá, existují dle zákona o sociálních službách centra denních služeb poskytující „*ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení*“, tyto služby ovšem nejsou specializovanou paliativní péčí. K naplnění irské představy by bylo nutné zajistit kromě sociálních také zdravotní služby, a to především dostupnost paliatra, zdravotní sestry, fyzioterapeuta, případně dalších profesionálů. Velkou roli tady mohou hrát také konziliární paliativní týmy, které by v případě včasné intervence v nemocničním prostředí mohly pacienty do těchto zařízení referovat. Tento typ služby může být inspirativní pro již existující české lůžkové hospice.

Domácí prostředí. V Irsku má praktický lékař odpovědnost za lékařskou péči o své pacienty, spolupracuje s ostatními poskytovateli zdravotní péče, s nemocnicemi a domovy s pečovatelskou službou, stejně jako s poskytovateli komunitní specializované paliativní péče. Klinická odpovědnost za pacienta v Irsku však zůstává praktickému lékaři. Tým komunitní specializované paliativní péče doporučuje medikaci a další aspekty péče o pacienta, rozhodnutí o provedení těchto návrhů je ale na uvážení praktického lékaře. Tento model je rozdílný s praxí v ČR, kde poskytovatel mobilní specializované paliativní péče přebírá pacienty do péče (v českém kontextu se bavíme o tzv. *domácí hospitalizaci*). Český model zjednodušuje práci poskytovateli MSPP, který je odpovědný za kvalitu služeb a nemusí spoléhat na praktického lékaře, zároveň ovšem tento přístup vytváří pnutí mezi MSPP a praktickými lékaři, kteří mají často pocit, že jim poskytovatel MSPP intervenuje v jejich prostředí, u pacienta, kterého mnohdy doprovází celý život. Z hlediska implementace komunitní paliativní péče bychom mohli předpokládat, že irský model vyžaduje vyšší míru komunikace mezi subjekty, zároveň ovšem zvyšuje kompetence praktických lékařů (ti mohou v případě blízké spolupráce s MSPP zvyšovat své kompetence v péči o těžce nemocné pacienty). Tento model snižuje

rezistenci, kterou MSPP přebíráním pacienta do péče od praktických lékařů může vyvolávat.

V Irsku, obdobně jako v ČR, jsou služby komunitní specializované péče (resp. MSPP) poskytovány často, ne ovšem výlučně, skrze týmy, které vznikly při existujících jednotkách specializované paliativní péče (resp. lůžkových hospicích).

Organizace specializované paliativní péče v Irsku stojí především na konziliárních paliativních týmech při nemocnicích a hospicových centrech, která poskytují souběžně lůžkovou, ambulantní i terénní péči („péči v komunitě“). Spolupráci mezi těmito službami v řadě případů usnadňuje souběžné angažmá lékaře – paliatra ve všech formách služby paliativní péče. Irský model ukazuje, že specializovaná paliativní péče je primárně poskytována ve dvou typech zařízení. V lůžkovém hospici, který poskytuje služby paliativního stacionáře, komunitní paliativní péče a v nemocnicích, kde funguje konziliární paliativní tým. Nastavení spolupráce mezi těmito aktéry je dle Lejsala, Krejčího (2020) důležitým prvkem pro efektivní koordinaci péče o pacienty. V Irsku je vzájemná spolupráce zpravidla podpořena personálně (paliatři pracující v nemocnicích pracují i v lůžkových hospicích) a prostorově (lůžkové hospice bývají vybudovány na dohled nemocnice).

Český systém rozlišuje několik forem paliativní péče, neexistuje ovšem dokument, který by na státní úrovni popisoval cílový stav a plán rozvoje tohoto segmentu. Rozvoj paliativní péče v ČR naráží na absenci jednotící vize, respektive na existenci více představ o tom, jak má vypadat péče o člověka s potřebou paliativní péče. Tento obraz není tvořen pouze Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem práce a sociálních věcí a jednotlivými kraji, ale z velké části také „zdola“ samotnými poskytovateli a odborníky, kteří se sdružují do asociací, případně do odborných společností. Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče, Česká společnost paliativní péče, Česká společnost hospicové péče a Fórum mobilních hospiců jsou hlavními aktéry rozvoje paliativní péče v ČR, směr rozvoje ovšem není jednotný.

Například irská zkušenost nám ukazuje, že schopnost „talking one voice“ (Lejsal, Krejčí, 2020) tzn. většina aktérů v daném segmentu ví, kam směřuje a čeho chce dosáhnout, umožňuje efektivněji prosazovat své zájmy. Krejčí, Lejsal (2020) popisují

zkušenost odborníků v Irsku, kde pro sjednocení vize rozvoje paliativní péče zásadně pomohl dokument z roku 2001 *Report of the National Advisory Committee on Palliative Care*, který se měl stát „biblí“ pro poskytovatele a klíčové hráče. Důležitým faktorem bylo, dle Krejčího a Lejsala (2020), že sjednocujícím prvkem nebyl obsah tohoto dokumentu, ale proces, kterým byl vytvořen. Tento dokument nebyl pouze odborným stanoviskem k rozvoji paliativní péče, ale z velké míry písemným záznamem procesu vyjednávání širokého spektra klíčových aktérů, odborníků, odborných společností a zastřešujících organizací. V přípravné komisi pracovali zástupci hospiců, nemocnic, onkologů, praktických lékařů, ministerstev a nadací. Právě i díky široké podpoře, kterou tento dokument měl mezi odborníky, byl následně přijat irským ministerstvem zdravotnictví (Krejčí, Lejsal, 2020).

1.16 Proces zavádění paliativní péče do systému. Inspirace ze zahraničí.

V roce 2010 byl v Irsku vytvořen Národní klinický program paliativní péče, jehož cílem bylo zajistit, aby pacienti s život limitujícím onemocněním a jejich rodiny měli snadný přístup k paliativní péči odpovídající jejich potřebám. Program koordinoval národní **klinický leader**, **národní leader v ošetrovatelství** a **vedoucí programu**, kteří spolupracovali na zajištění plnění cílů programu. Kromě této výkonné skupiny byla zároveň ustanovena multiprofesní pracovní skupina zajišťující podporu výkonnému výboru při implementaci programu.

Jednotlivé operativní cíle byly určeny ve výše zmíněném dokumentu *Report of the National Advisory Committee on Palliative Care*. Pokud bychom měli zrekapitulovat vývoj implementace paliativní péče do zdravotnického systému v Irsku, vidíme 2 základní milníky:

1. příprava dokumentu popisujícího cílený stav (*Report of the National Advisory Committee on Palliative Care*), který byl následně přijat ministerstvem zdravotnictví (rok 2001)
2. etablování Národního klinického programu paliativní péče, vytvoření pozic *národní klinický leader*, *národní leader v ošetrovatelství* a *vedoucí programu* (rok 2010) realizující program.

V ČR v minulosti vznikla z iniciativy České společnosti paliativní péče *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015*, poté také aktualizovaná verze pro roky 2015 - 2020, oba návrhy byly vládou ČR odmítnuty jako zbytečné.

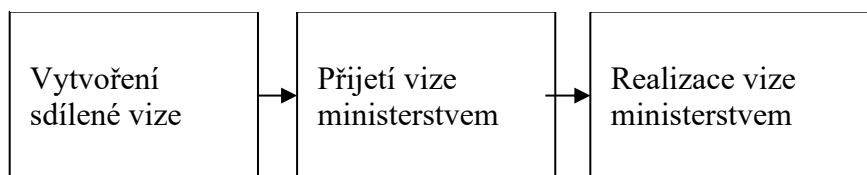
V posledních letech začaly vznikat strategické dokumenty na krajských úrovních (např. Jihočeský kraj, kraj Vysočina, Jihomoravský kraj, MHMP) ukazující zájem o systematický rozvoj paliativní péče v regionech.

Na celostátní úrovni můžeme za průlomový okamžik označit podepsání memoranda Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR. Dokument nepopisuje konkrétní operativní cíle rozvoje paliativní péče v ČR, ale identifikuje následující oblasti spolupráce:

- *pilotní ověření a analýza provozů specializované paliativní péče poskytované v nemocnicích akutní a následné péče,*
- *pilotní ověření a analýza vykázané domácí specializované paliativní péče,*
- *návrh indikačních kritérií pro paliativní péči u relevantních forem paliativní péče,*
- *kvantifikace patientské populace, splňující indikační kritéria pro paliativní péči,*
- *návrh optimální a udržitelné kapacity sítě poskytovatelů specializované paliativní péče,*
- *analytické zpracování dostupných dat a návrh optimální a udržitelné kapacity sítě poskytovatelů paliativní péče o pacienty ve věku 0-18 let,*
- *případná doporučení na změny legislativního charakteru, které by na základě těchto analytických materiálů byly identifikovány.*

Srovnání irského a českého systému zavádění paliativní péče do systému ukazuje principiálně odlišný přístup. V Irsku odborníci vytvořili sdílenou vizi (představu budoucího stavu), která byla následně realizována státem, viz následující obrázek (Obr. 16):

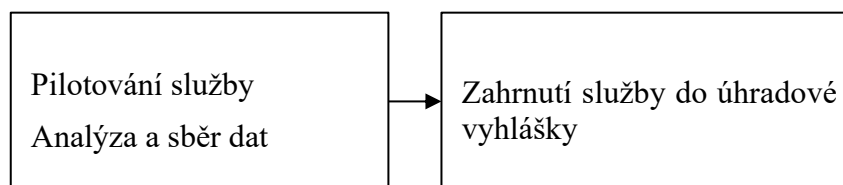
Obr. 16 Zavádění paliativní péče do systému v Irsku



Zdroj: Vlastní

V ČR se využívá spíše model pilotování nových služeb, sběr dat a případné zajištění financování z prostředků veřejného zdravotního pojištění (Obr. 17).

Obr. 17 Zavádění paliativní péče do systému v ČR



Zdroj: Vlastní

Český model může být vnímán jako velmi opatrný, minimalizující riziko pro zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví, kteří se pilotováním služeb potřebují ujistit, že i v českém prostředí (ačkoliv zahraniční zkušenost toto již prokázala) mohou paliativní služby prokázat svůj přínos pro pacienty a nákladovou efektivitu. Tento přístup přináší ale i velkou nejistotu pro zúčastněné subjekty, není zřejmé, jakým směrem bude v budoucnu směřovat rozvoj paliativní péče v ČR. Výsledkem pilotních projektů sice může být nastavení financování dané služby, ale to není poskytovatelům těchto pilotních služeb zaručeno.

Je také otázkou, zda mandát ČSPM při koordinaci rozvoje paliativní péče není příliš slabý, zda by tedy dle irského modelu neměl vzniknout výkonný výbor při MZČR, který by odpovídal za realizaci ucelené koncepce, a ta by dávala poskytovatelům určitou záruku stabilního vývoje.

EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu

Účelem této studie bylo zjistit, do jaké míry a jakým způsobem interaguje současná institucionální kultura českých nemocnic s procesem implementace paliativní péče.

2.2 Výzkumné otázky

Do jaké míry a jakým způsobem současně převládající institucionální kultura českých nemocnic interaguje s procesem implementace paliativní péče.

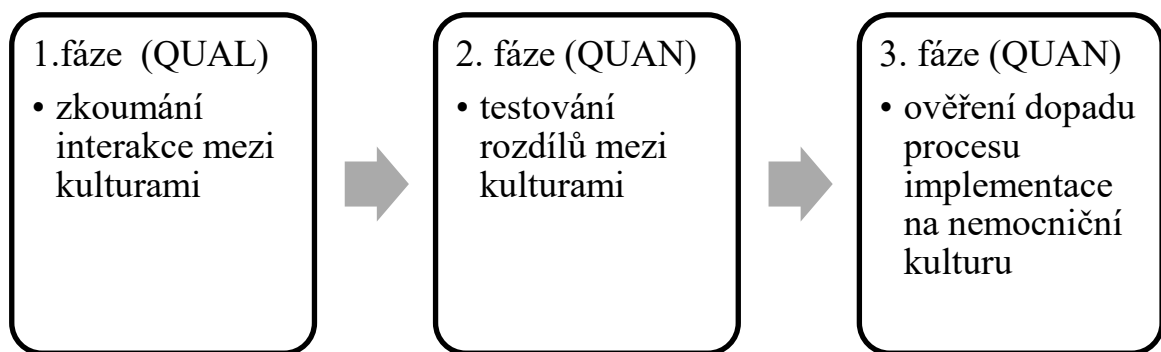
- Jaké hlavní prvky (hodnoty, přesvědčení, normy, základní předpoklady apod.) organizační kultury jsou vnímány v nemocnicích a jaké v týmech paliativní péče?
- Jaké jsou klíčové rozdíly mezi těmito organizačními kulturami podle zásad formulovaných v literatuře, textech a doporučeních?
- Jak se tyto rozdíly projevují ve výpovědi personálu?
- Jsou kulturní rozdíly vnímány jako překážky nebo výhody při implementaci paliativní péče v nemocničním prostředí?
- Jak se účastníci vypořádávají s kulturními rozdíly? Jaká strategie funguje?
- Jak je v odborné literatuře definována kvalita péče v těchto dvou kulturách?
- Podle jakých kritérií je v těchto dvou skupinách kvalita péče vnímána a realizována?
- Jaký je dopad principů a praxe paliativní péče na kulturu v nemocnicích?

2.3 Metodologické ukotvení výzkumu

Na začátku práce jsme neměli dostatečné informace o organizační kultuře, kterou s sebou paliativní péče do nemocničního prostředí přináší, neměli jsme zkušenosti, jak bude tento nový prvek v českém prostředí interagovat se stávající kulturou. Mohli jsme využít zmíněný projekt Ministerstva zdravotnictví ČR implementace paliativní péče v nemocnicích a pokusit se osvětlit nejenom jakým způsobem, ale také do jaké míry současně převládající institucionální kultura českých nemocnic s procesem implementace paliativní péče interaguje.

V zahraničních studiích nalezneme identifikovány mezi bariérami implementace paliativní péče v nemocnicích takové, které mohou mít svůj původ v organizační kultuře (např. Bergenholtz H., Jarlbaek L., Hølge-Hazelton B, 2015, Gardiner C., Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton, 2011, Den Herder - van der Eerden, M. a kol., 2018), ale ani v těchto studiích nejsou tyto kulturní bariéry detailně identifikovány ani kvantifikovány. Abychom mohli lépe porozumět, jak a do jaké míry spolu interaguje institucionální kultura v nemocnicích s procesem paliativní péče, využili jsme model smíšeného výzkumu (konkrétně sekvenční kombinování kvalitativního a kvantitativního výzkumu ve schématu QUAL-QUAN). Podle Brymana (2012) při této metodě začíná výzkumník s kvalitativní analýzou dat a poté využívá výsledky v druhé fázi při kvantitativním výzkumu. Abychom mohli také porovnat vliv implementace paliativní péče na organizační kulturu v nemocnicích, zařadíme po delším časovém období opakování kvantitativního výzkumu, s cílem identifikace vlivu procesu implementace.

Výzkumný proces sestával ze třech fází:



1. fáze

První fází studie byl kvalitativní výzkum zaměřený na interakci současně převládající institucionální kultury českých nemocnic a procesu implementace paliativní péče. Identifikované charakteristiky byly dále ověřeny v dalších fázích projektu.

Design: byly vybrány nemocnice na různé úrovni vývoje paliativní péče (8 nemocnic). V nemocnicích byly realizovány focus groups zaměřené zvláště na paliativní

týmy a na ostatní spolupracující odborníky (focus groups se zúčastní lékaři, nelékařský zdravotnický personál i management nemocnic).

Výsledek fáze: osvětlení interakcí mezi oběma kulturami.

2. fáze

Na základě výsledků kvalitativní analýzy první fáze byla provedena rešerše dostupné odborné literatury s cílem popsat identifikované kulturní rysy a najít vhodné nástroje, které mohly dále pomoci ověřit zjištění z první fáze.

Design: dotazníkové šetření mezi členy paliativních týmů a zaměstnanci nemocnic.

Výsledek: testování rozdílů mezi kulturami.

3. fáze

Na závěr pilotního projektu jsme ověřili dopad procesu zavádění na nemocniční kulturu.

Design: dotazníkové šetření mezi členy paliativních týmů a zaměstnanci nemocnic.

Kombinovaná metoda byla zvolena z důvodu nedostatečných dat popisujících organizační kulturu konziliárních týmů paliativní péče v České republice. Vzhledem k faktu, že konziliární týmy vznikaly v období přípravy projektu disertační práce (v té době existovaly v České republice pouze 4 týmy) a neměli jsme data, jakým způsobem proces paliativní péče postupuje. Zároveň jsme využili projekt MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“ jako nástroj k popisu změny, kterou paliativní péče do nemocnic přinesla. V rámci projektu jsme tak mohli popisovat nejenom čtyři již existující týmy s větší zkušeností, ale i 3 nově vzniklé týmy a proces zavádění péče.

2.4 PRVNÍ FÁZE QUAL

První fáze studie byla realizována metodou ohniskových skupin ve 12 nemocnicích, které byly rozděleny do 3 skupin dle úrovně rozvoje paliativního programu. V první skupině čtyř nemocnic byla zařízení, ve kterých fungoval paliativní tým, další skupinu tvořily zařízení s prvky paliativní péče integrovaných do systému, poslední skupinu tvořily nemocnice na počátku procesu příprav zavádění paliativní péče do organizace. Pokud v nemocnici existovala forma nemocniční paliativní péče, byly

organizovány dvě ohniskové skupiny – jedna se členy paliativních služeb, druhá s jejich spolupracujícím okolím a zástupci managementu nemocnic.

2.4.1 Výsledky PRVNÍ FÁZE

Ve všech skupinách jsme diskutovali témata vymezená v konceptu paliativní péče (kterých pacientů se týká, zda takové pacienty v nemocnici mají, jestli péče o ně představuje z hlediska klinického, organizačního a manažerského téma), silné stránky poskytování paliativní péče v daném zařízení, bariéry, překážky a úskalí v poskytování paliativní péče v daném zařízení. Témata pro nemocnice, kde již existoval paliativní tým směřovala na reflexi užitečnosti paliativního týmu pro ostatní zdravotníky v zařízení, fungování týmu, způsob reference pacienta, formy sdílené péče mezi paliativním týmem a ošetřujícím lékařem. Vnímání stavu péče o pacienty v závěru života před a po založení paliativního týmu, postoj kolegů k paliativní péči a tomu, jak se projevoval. Zaměřili jsme se také na mechanismy, které členům paliativního týmu pomohly se vypořádat s přístupem kolegů k jejich práci, co vnímají, že mají s kolegy mimo paliativní tým společné, co je odlišuje, jak si představují kvalitní péči v závěru života.

Respondenti se shodovali na odlišnosti zdravotníků poskytujících paliativní péči od jejich kolegů. Byly vyzdvihovány kvality jejich péče, schopnosti empatie, dovednosti komunikovat. Často se objevovala významná pozitivní hodnocení, např.: *„měla jsem nehynoucí obdiv teda k ošetřujícímu personálu, který se rozhodnul, že nastoupí na tu jednotku paliativní péče“*. Zároveň neexistovala shoda, jestli paliativní péče vlastně do nemocnice patří. Ta měla ve sdílené shodě spíše představu *léčit a uzdravovat*. Okolím byl zaznamenán také i odpor ke spolupráci: *„ať si to tady dělaj, ale pacienty naše jim nepošlem“*.

Jako metafora převažující nemocniční kultury by mohl sloužit příměr k seřízenému stroji, kde každá součástka má přesně své místo, ví, co má dělat a celý mechanismus má za cíl uzdravit pacienta. Tyto základy, na kterých velmi efektivní péče v nemocnicích stojí, mají ovšem za následek, že zaměstnanci mají omezený prostor k:

- reflexi vlastní práce a pocitů (což může zvyšovat míru jejich zatížení),
- komunikaci s pacienty (proto se může jevit jejich přístup spíše jako paternalistický),

- komunikaci se svými kolegy (zvyšující pravděpodobnost konfliktu).

Zaměstnanec nemocnice je v souladu se systémem, pokud je zároveň ve shodě s organizační kulturou zařízení, ve kterém působí. Pacient se závažným život limitujícím onemocněním přináší své komplexní potřeby, které narážejí na hranice poskytovaných služeb v nemocnicích – možnosti jeho vyléčení jsou omezené, potřebuje více času diskutovat o svém stavu, koordinace péče je náročnější, neřeší pouze svůj zdravotní stav, ale má pravděpodobně také sociální, psychologické a spirituální potřeby.

Na specifika těchto potřeb reaguje odlišná kultura paliativních týmů, která je založena na následujících faktorech, odlišně byly identifikovány také osobnostní charakteristiky členů týmu.

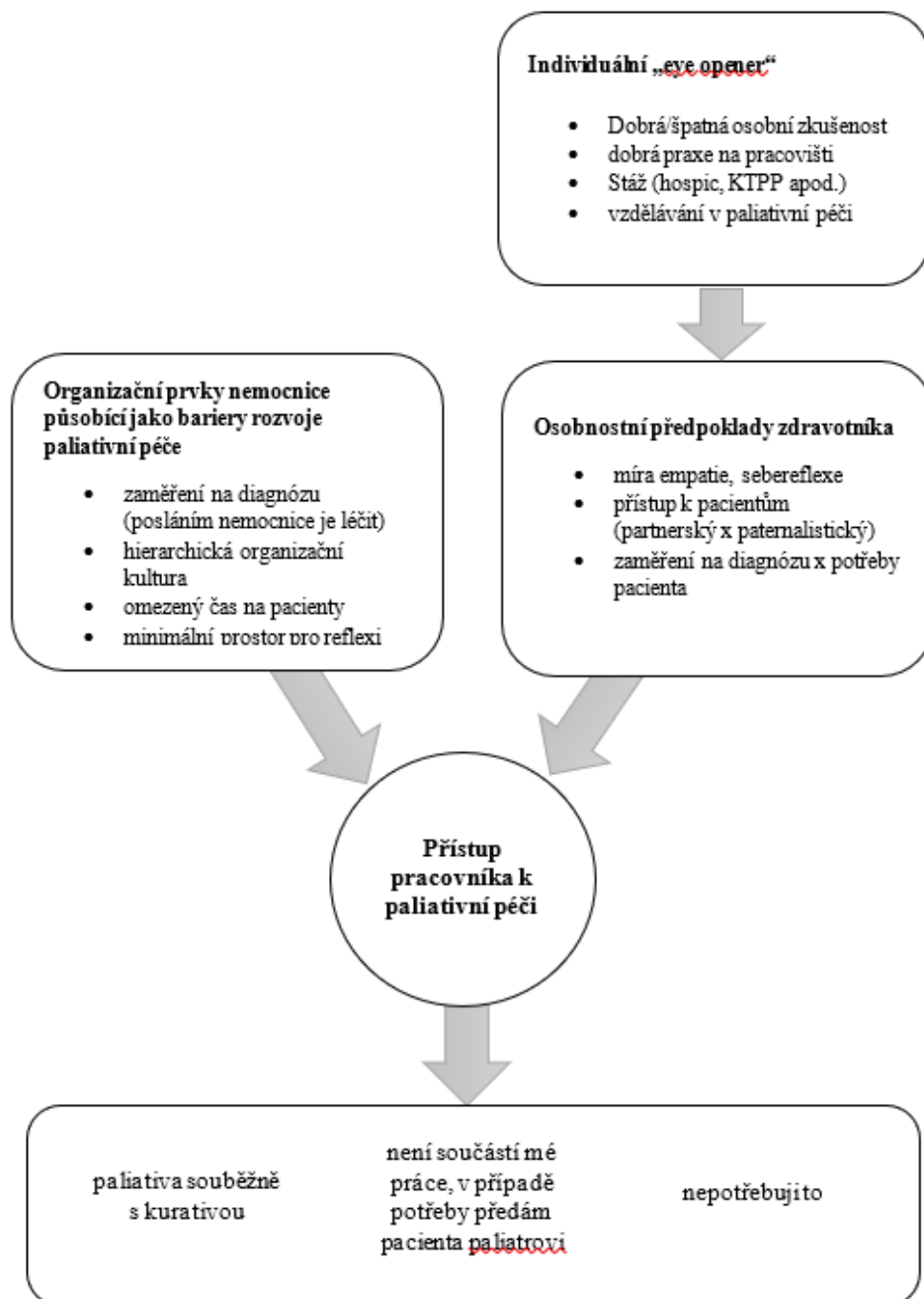
Identifikované prvky kultury paliativního týmu obsahují následující:

- partnerský přístup k pacientům,
- rovné postavení členů týmu,
- reflexe vlastní práce,
- vzájemná podpora,
- zaměření na potřeby pacienta,
- empatický přístup,
- vyšší míra psychického bezpečí členů týmu a angažovanosti.

Že soulad hodnot zaměstnance a hodnot organizace, ve které působí, může mít podle Khaptsové a Schwartze (2016) vliv na životní spokojenost se ukázalo i na výpovědích respondentů. Pro některé se jednalo o velkou pracovní motivaci: „*konečně dělám práci, kvůli které jsem šla na zdrávku.*“ Můžeme předpokládat, že kvůli osobním charakteristikám si vybrala práci pro paliativní tým. Kromě osobních charakteristik měla vliv na vnímání paliativních potřeb také osobní zkušenost, ať už při doprovázení v závěru života někoho blízkého (což byl nejsilnější faktor) nebo ze stáže v zařízení poskytující paliativní péči (hospic, paliativní tým), případně ze vzdělávacího kurzu. Zároveň se ukázalo, že zaměstnanci paliativních týmů nejenom vnímají potřeby pacientů, ale i svých kolegů.

Rozdíl mezi převažující nemocniční a paliativní kulturou ukazuje na Obr. 18 následující paradigmatický model:

Obr. 18 Paradigmatický model vlivu na přístup zdravotníka k paliativní péči



Zdroj: Vlastní

Model ukazuje faktory, které ovlivňují postoj pracovníka, jeho míru empatie, schopnost reflexe, přístup k pacientům (na spektru paternalistický - partnerský) a zaměření na diagnózu nebo vnímání komplexních paliativních potřeb pacienta v nemocnici. Vliv na osobní vnímání mohou mít také externí podněty, které jsme označili jako „eye openers“. Velká část odborníků, kteří měli vyšší vnímavost k paliativním potřebám, měli osobní zkušenost s odchodem někoho blízkého, ať už dobrou (buď ve spolupráci s domácím hospicem nebo byl příbuzný hospitalizován v hospici lůžkovém) nebo špatnou a jejich blízký člověk umíral za špatných podmínek. Vliv na schopnost rozpoznání komplexních potřeb také měla stáž v zařízení poskytující specializovanou paliativní péči nebo absolvování paliativně relevantního kurzu. Z výše zmíněných faktorů zásadně rezonovala osobní zkušenost.

Naopak respondenti popisovali prvky organizační kultury nemocnic působící jako bariéry rozvoje paliativní péče. Shodli se, že zdravotníci jsou primárně zaměřeni na diagnózu a její vyléčení a jiné potřeby pacientů nedokáží rozeznat. V jedné nemocnici popisoval management diskuzi, během které hledali odpověď, jestli je součástí vize organizace i poskytování paliativní péče, když je jejich posláním léčit. Překážkou byla popisována hierarchická organizační kultura, která neumožňovala zdravotníkům otevřeně diskutovat vlastní vnímání potřeb pacientů. Omezený čas byl zmiňován jako rozhodující faktor v péči, stejně jako nedostatek prostoru pro reflexi.

2.4.2 Diskuze PRVNÍ FÁZE

„Spolupracujte s těmi, kteří vás mají rádi“, tip respondenta po prvním roce implementace potvrzují závěry Den Herder-van der Eerdeho (2018), že převládající strategie při implementaci paliativní péče do nemocnic jsou zaměřeny na *vytváření sítí spolupracujících profesionálů v rámci jednoho zařízení*. Tato spolupráce je založena na *vztazích, společných hodnotách a důvěře* (Den Herder-van der Eerden, 2018: 1). Žádný z týmů v počátečních fázích implementace nezmiňoval problémy s nastavováním léčby bolesti nebo jiných symptomů, nebo jak vést komunikaci s pacienty o cílech a hodnotách péče. Respondenti ale poukazovali na problémy s „komunikací“ s ostatními odděleními a potřebovali spíše řešit problémy s nastavením spolupráce s kolegy, kteří nespolupracují. Tento proces byl ovlivněn právě rozdílnými hodnotami, které s sebou lidé pracující v paliativních týmech nosí. Validizované normy chování a základní přesvědčení

v kolektivu jsou nezpochybnitelné a sociální skupina má dostatek nástrojů, jak soulad po svých členech vymáhat. Existence paliativních týmů ovšem ukazuje, že existuje v rámci nemocnice skupina zdravotníků, kteří převažující organizační kulturu plně nepřijali a je pro ně příležitost fungovat v paliativním týmu možností, jak fungovat v prostředí, ve kterém jsou jejich vlastní hodnoty více v souladu s týmem. Právě proto se ukázalo, že převládající strategie při zavádění paliativních týmů je vytváření spolupracujících skupin, které si jsou hodnotově blízké.

Zavádění paliativních týmů v rámci nemocnice představovalo velkou výzvu pro celý tým. Jejich existence v prostředí, které vyznává jiné hodnoty a má odlišné základní přesvědčení o fungování práce zdravotníků, byla pro členy paliativních týmů stresující. Tuto situaci jim pomáhalo zvládnout jejich velké zaujetí pro práci (angažovanost) a schopnost pracovat jako tým, kde mají členové relativní pocit bezpečí, mohou říkat své názory, které jsou brány v potaz. Zažívali často v rámci týmu pocit bezpečného prostoru a psychického bezpečí. Naopak převažující kultura mimo paliativní týmy vykazovala nižší míru psychického bezpečí projevujíc se menší ochotou komunikovat s kolegy, převážně s lékaři na téma paliativních potřeb. Situaci ilustruje následující citace jedné respondentky: „*Když jsem mu řekla, že má (pacient) bolesti, tak se tvářil jako by to nebyla moje starost. Příště za ním už nepůjdu.*“

2.5 DRUHÁ FÁZE - QUAN

Design výzkumu vycházel ze dvou předpokladů. Každý člen paliativního týmu má své charakteristické vlastnosti, a zároveň existuje sdílená týmová kvalita, která napomáhá zvyšovat kvalitu péče. Proto prezentujeme výsledky jednak na individuální úrovni pracovníků se zkušeností s působením KTPP na jejich pracovišti, jednak na agregované — organizační úrovni nemocnic, kdy byla vypočítána v jednotlivých nemocnicích průměrná míra psychického bezpečí pracovníků paliativních týmů a průměrná zpětná vazba na jejich práci ze strany pracovníků, kteří mají s jejich prací zkušenost.

Jako kulturní kvalitu jsme se rozhodli měřit úroveň psychického bezpečí, jako individuální charakteristiku angažovanost. Výstupovým ukazatelem pro nás byla míra

implementace paliativní péče do nemocnic měřená zpětnou vazbou od kolegů, kteří si vyžádali konzilium paliativního týmu.

Psychické bezpečí jsme se rozhodli měřit dotazníkem prof. Edmondson (1999), zaujetí profesionálů dotazníkem UWES – Utrecht work engagement scale (Schaufeli, Bakker, 2003). Míru úspěšnosti implementace měříme zpětnou vazbou od spolupracujících profesionálů - dotazníkovým nástrojem - *Pediatric Advanced Care Team Consult Feedback Survey* (PACTCFS) určeného k získání zpětné vazby od zaměstnanců nemocnice, kteří si vyžádali konzultaci konziliárního týmu paliativní péče (KTPP) a získání zpětné vazby v nemocnicích, které se zapojily do projektu MZČR Programu Podpory paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče.

Dotazník PACTCFS a metodologie výzkumu

Realizovali jsme studii v šesti nemocnicích, kde působí sedm pilotních konziliárních paliativních týmů. *Pediatric Advanced Care Team Consult Feedback Survey* (PACTCFS) původně vyvinutý v prostředí americké nemocnice (CHAP, 2019) nám pomohl získat zpětnou vazbu na práci týmů od referujících zdravotníků na práci dětského podpůrného týmu. Dotazník obsahuje 6 otázek, na které respondenti odpovídají na pětistupňové Likertově škále (v rozsahu od 1. silně nesouhlasím až po 5. silně souhlasím) a tři doplňující. Ačkoliv je PACTCFS původně určen k získání zpětné vazby na práci dětského podpůrného týmu, byl zvolen pro širší oblast působení paliativních týmů (tj. zahrnující i dospělé pacienty) z důvodu relativní jednoduchosti na vyplnění (nízká časová zátěž pro respondenty) a předpokládané aplikovatelnosti v českém prostředí. PACTCFS přímo reflektuje cíle paliativní péče stanovené její definicí, a to primárně symptom management, podporu rodiny a objasnění přání a preferencí pacienta. Další otázky zařazené v této baterii zjišťují nastavení kapacity služby, její dostupnost a ověření, zda má zdravotník zájem využít služby konziliárního týmu v obdobné situaci i v budoucnosti. Tyto oblasti jsou relevantní a srozumitelné i v českém prostředí paliativní péče pro dospělé. Z těchto důvodů byl zvolený dotazník upřednostněn před jinými nástroji měřící zpětnou vazbu referujících zdravotníků (např. Referring clinician satisfaction survey (Froedtert Hospital, 2020) nebo ICU Provider Satisfaction Survey with the Palliative Care Program (Arbor Healthcare System, 2020)).

Poté co byl provedený zpětný překlad znění jednotlivých výroků v dotazníku PACTCFS, byla jeho finální verze posouzena týmem šesti mentorů K TPP působících v rámci projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“ tak, aby znění výroků splňovalo obsahovou validitu, a aby obsahově pokrýval specifika českého prostředí.

Tab. 2 Dotazník PACTCFS

| Dotazník PACTCFS | | | | | | |
|---|-----------------|-----------|-----------|-------------|-------------------|--------------------|
| Prosíme o vyplnění zpětné vazby na služby K TPP: | | | | | | |
| | Silně souhlasím | souhlasím | neutrální | Nesouhlasím | Silně nesouhlasím | Není aplikovatelné |
| Služby konziliárního týmu paliativní péče (K TPP) byly dostupné. | | | | | | |
| Služby K TPP pomohly objasnit cíle, přání a preference pacientů / rodiny. | | | | | | |
| Zapojením K TPP se zlepšila komunikace mezi zdravotnickými týmy. | | | | | | |
| Doporučení K TPP ohledně zvládnutí symptomů byla užitečná. | | | | | | |
| Mám pocit, že rodina/rodiny byla/y multidisciplinárním týmem paliativní | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| péče dobře podporována/y. | | | | | | |
| V budoucnu bych v podobné situaci požádal o konzilium KTHP. | | | | | | |
| Konzilium KTHP bylo vyžádáno: <ul style="list-style-type: none"> • ve správný čas • příliš brzy • ne dost brzy • nejsem si jistý | | | | | | |
| Existují nějaké další způsoby, jak by KTHP mohl být užitečný? Napište prosím cokoliv o své zkušenosti s KTHP, o co byste se chtěli podělit: | | | | | | |

Zdroj: CHOP, 2020

K měření psychického bezpečí byl pro robustní psychometrické vlastnosti zvolen dotazník profesorky Edmondson (1999), kdy respondenti reagovali mírou souhlasu na 7 výroků uvozených otázkou „Jak se cítíte ve Vašem kolektivu?“, např. „Kolegové z týmu si cení mých schopností a využívají je.“ Osobní charakteristika členů týmů z hlediska jejich je měřena dotazníkovým nástrojem UWES-9 (Schaufeli et al, 2006), kde dotázaní uváděli, jak často pociťují rozličné stavy, např. „Svou prací jsem nadšený/á“, „Jsem ponořený/á do své práce“. Pracovní angažovanost vnímáme jako pozitivní, naplňující stav myslí související s prací. Spíše než o momentální a specifickou situaci se jedná o trvalejší a všudypřítomný afektivně-kognitivní stav (Schaufeli et al, 2006). Angažovanost byla vybrána jako vhodný zprostředkovatel vztahu mezi psychickým bezpečím a kvalitativním ukazatelem zpětné vazby PACTCFS.

2.5.1 Výsledky DRUHÉ FÁZE

Výzkum byl uskutečněn v šesti nemocnicích, ve kterých působilo sedm pilotních paliativní týmy. Byli osloveni s prosbou k účasti všichni zaměstnanci v přímé péči e-

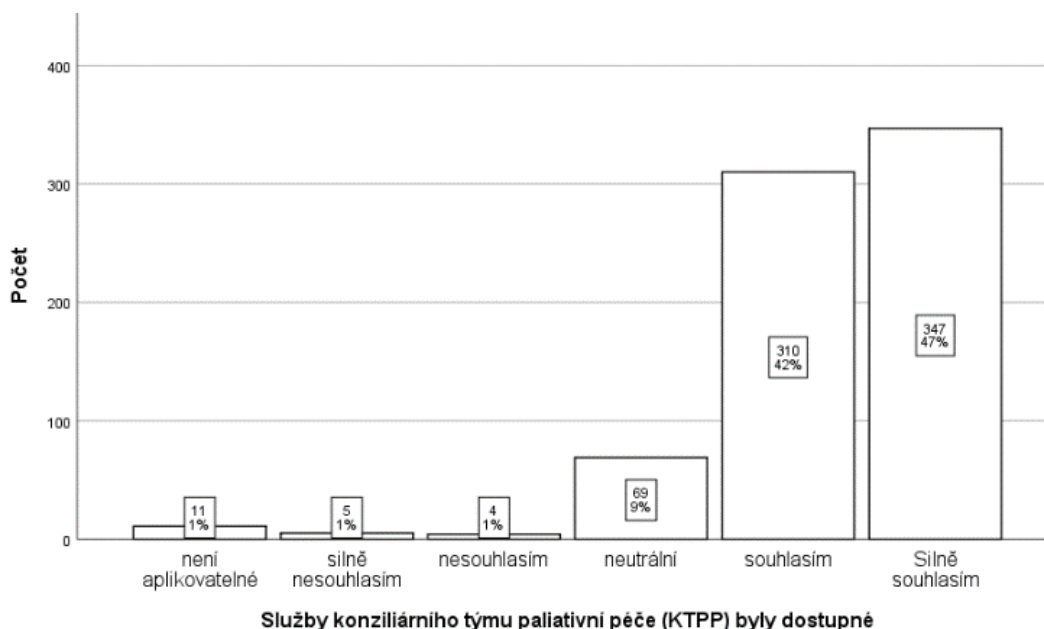
mailem od vedení nemocnice (odhadujeme, že jejich celkový počet ve všech šesti nemocnicích se pohyboval kolem 21 000, z nichž řádově až několik tisíc mohlo mít zkušenosti s prací konziliárního paliativního týmu). Celkem byly získány odpovědi od 1478 zdravotníků. Z nich byli zařazeni do analýzy baterie PACTCFS ti zdravotničtí pracovníci, kteří již měli zkušenost s prací paliativního týmu (alespoň jednorázovou) a zároveň v něm přímo nepracují (n=752). Metoda sběru dat spočívala v samostatném odpovídání na online dotazník. Složení profesí v tomto podsouboru odpovědí zahrnuje 53 % lékařek/lékařů, 38 % zdravotních sester, 2 % sociálních pracovníků/pracovnic, 1 % psychologek/psychologů a 6 % jiných profesí (fyzioterapeuti, kaplani apod.).

Nejprve popíšeme deskriptivní výsledky vyplývající z odpovědí na jednotlivých šest výroků v PACTCFS, podrobněji uvádí jejich rozložení grafy v obrázcích 1 - 6.

Dostupnost péče

Pro 89 % dotázaných zdravotníků byly služby konziliárního týmu paliativní péče dostupné, pouze 2 % s výrokiem nesouhlasila.

Obr. 19 Služby konziliárního týmu paliativní péče (KTPP) byly dostupné.

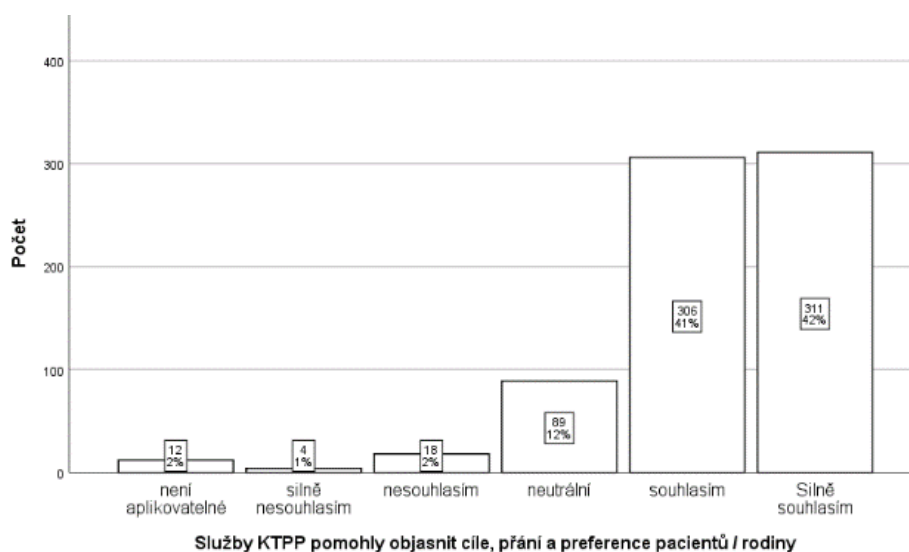


Zdroj: Vlastní

Přínos konziliárních týmů paliativní péče pro pacienty a jejich rodiny

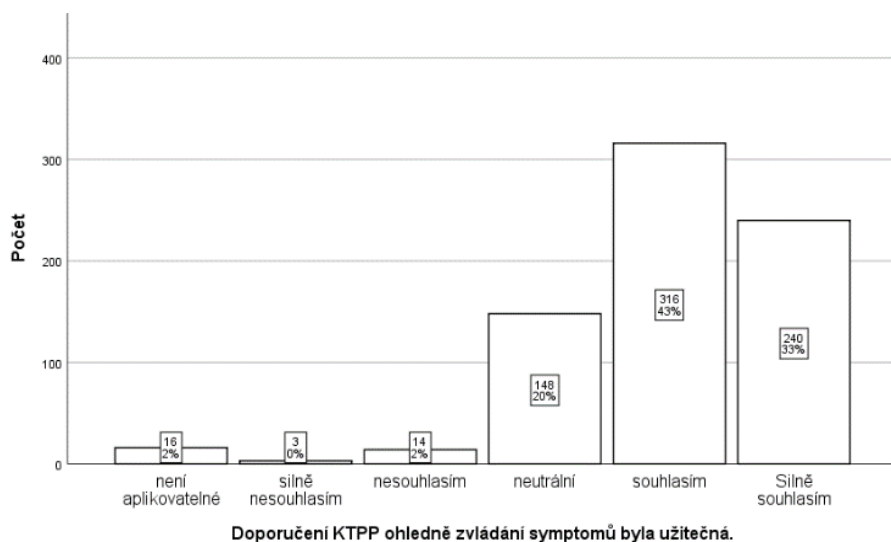
83 % zdravotníků, kteří využili služeb KTPP, potvrdilo, že týmy pomohly objasnit cíle, přání a preference pacientů a jejich rodin. 76 % vnímalo doporučení ohledně zvládnání symptomů jako užitečná. 80 % dotázaných mělo pocit, že rodiny pacientů byly KTPP dobře podporovány.

Obr. 20 Služby KTPP pomohly objasnit cíle, přání a preference pacientů / rodin



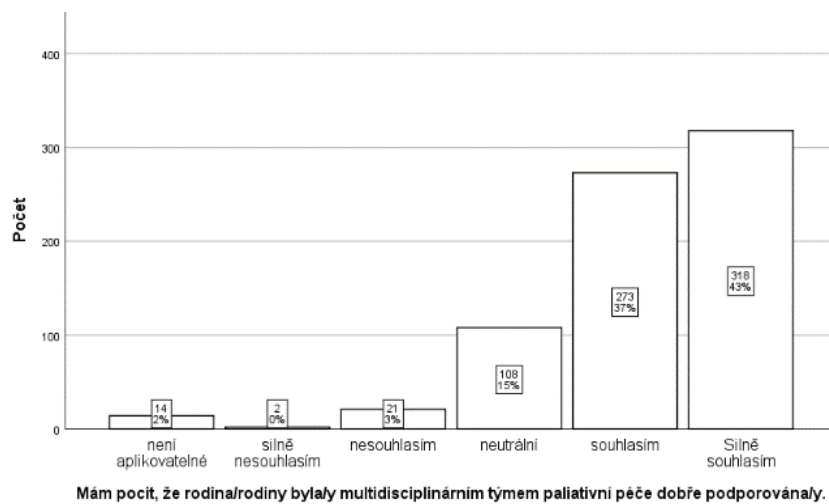
Zdroj: Vlastní

Obr. 21 Doporučení ohledně zvládnání symptomů



Zdroj: Vlastní

Obr. 22 Mám pocit, že rodina/rodiny byla/y multidisciplinárním týmem paliativní péče dobře podporována/y



Zdroj: Vlastní

Komunikace mezi zdravotnickými týmy

KTPP prokázaly svou roli při koordinaci péče mezi zdravotnickými týmy. 64 % dotázaných zdravotníků vnímalo, že zapojením paliativních týmů do péče se zlepšila komunikace mezi týmy v nemocnici.

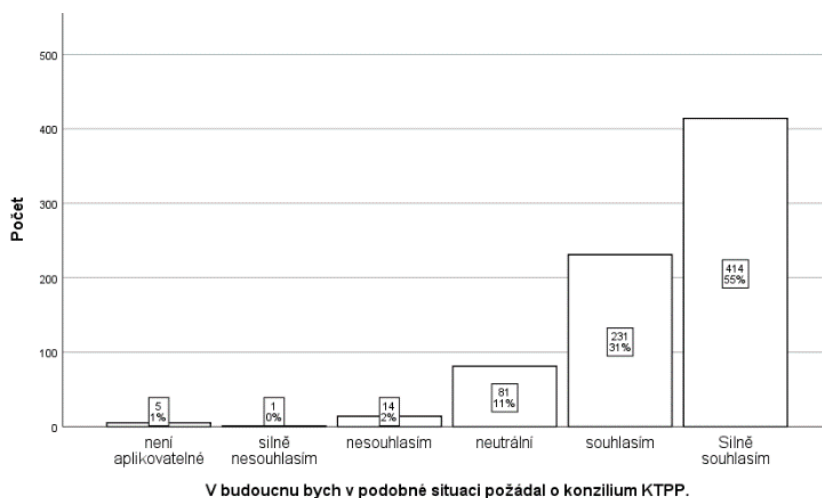
Obr. 23 Zapojením KTPP se zlepšila komunikace mezi zdravotnickými týmy



Budoucí spolupráce s paliativními týmy

86 % zdravotníků, kteří využili služby paliativních týmů, je připraveno v obdobné situaci požádat o jejich konzilium i v budoucnu.

Obr. 24 V budoucnu bych v podobné situaci požádal o konzilium K TPP



Zdroj: Vlastní

Na základě odpovědí na jednotlivé výroky byla vytvořena celková jednodimenzionální škála měřící zpětnou vazbu na práci K TPP ze strany zdravotnických pracovníků ve smyslu subjektivně vnímané kvality péče. Její skóre bylo u každého dotázaného kalkulováno jako aritmetický průměr ze všech šesti položek, dosažené hodnoty tak lze interpretovat na původní odpovědní škále (min 1; max 5; průměr 4,18; SD 0,7). Škála vykazuje velmi vysokou vnitřní konzistenci (koeficient reliability Cronbach Alpha dosahuje hodnoty 0,91). Pomocí ní lze porovnávat zpětnou vazbu mezi různými týmy nebo pracovišti.

Rozdíly mezi paliativními týmy v nemocnicích

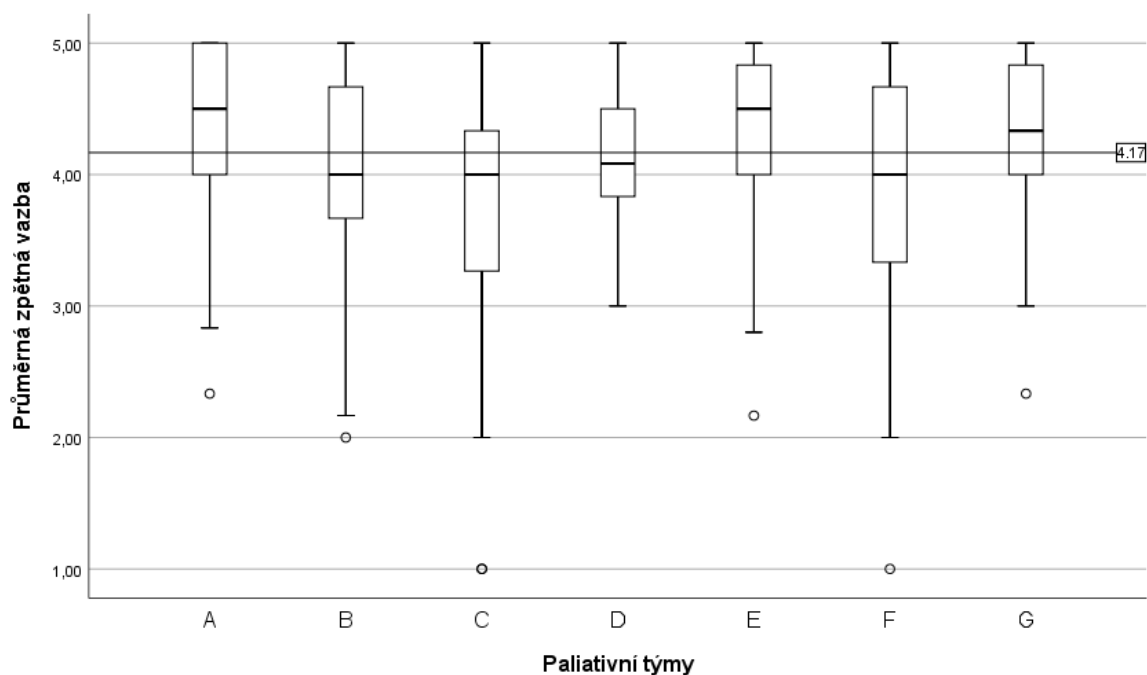
Porovnání v hodnocení sedmi týmů (anonymně označených A–G) ukázalo rozdíly v úrovni zpětné vazby. Průměr skóre zpětné vazby na práci jednotlivých K TPP, jak ukazuje Tab. 1, se pohyboval od 3,8 do 4,4. Také rozdíly v rozptylu hodnocení v rámci jednotlivých týmů (směrodatná odchylka 0,55 – 0,85) mohou ukazovat na odlišnou úroveň konzistence zpětné vazby mezi pracovišti.

Tab. 3 Průměrná zpětná vazba jednotlivých týmů

| Paliativní tým | Průměr | Medián | Počet | Směrodatná odchylka |
|----------------|--------|--------|-------|---------------------|
| A | 4,40 | 4,50 | 95 | 0,62 |
| B | 4,06 | 4,00 | 57 | 0,71 |
| C | 3,80 | 4,00 | 151 | 0,79 |
| D | 4,14 | 4,08 | 42 | 0,55 |
| E | 4,36 | 4,50 | 252 | 0,57 |
| F | 3,89 | 4,00 | 45 | 0,85 |
| G | 4,30 | 4,33 | 110 | 0,61 |
| Celkem | 4,18 | 4,17 | 752 | 0,70 |

Týmy A, E, G získaly od většiny respondentů lepší zpětnou vazbu, než byla průměrná, resp. mediánová hodnota skóre za všechny týmy. Týmy B, C, D, F naopak dosáhly horšího hodnocení, než byl celkový průměr, resp. medián. Nejvyšší konzistence v hodnotě zpětné vazby vykazuje tým D. Nejvíce se ve svých výpovědích rozcházeli zdravotníci při hodnocení týmu F, pro který je navíc příznačné podprůměrné skóre škály PACTCFS. Výsledky graficky znázorňuje Obr. 25 Porovnání zpětné vazby mezi týmy (Box plot)Obr. 25.

Obr. 25 Porovnání zpětné vazby mezi týmy (Box plot)



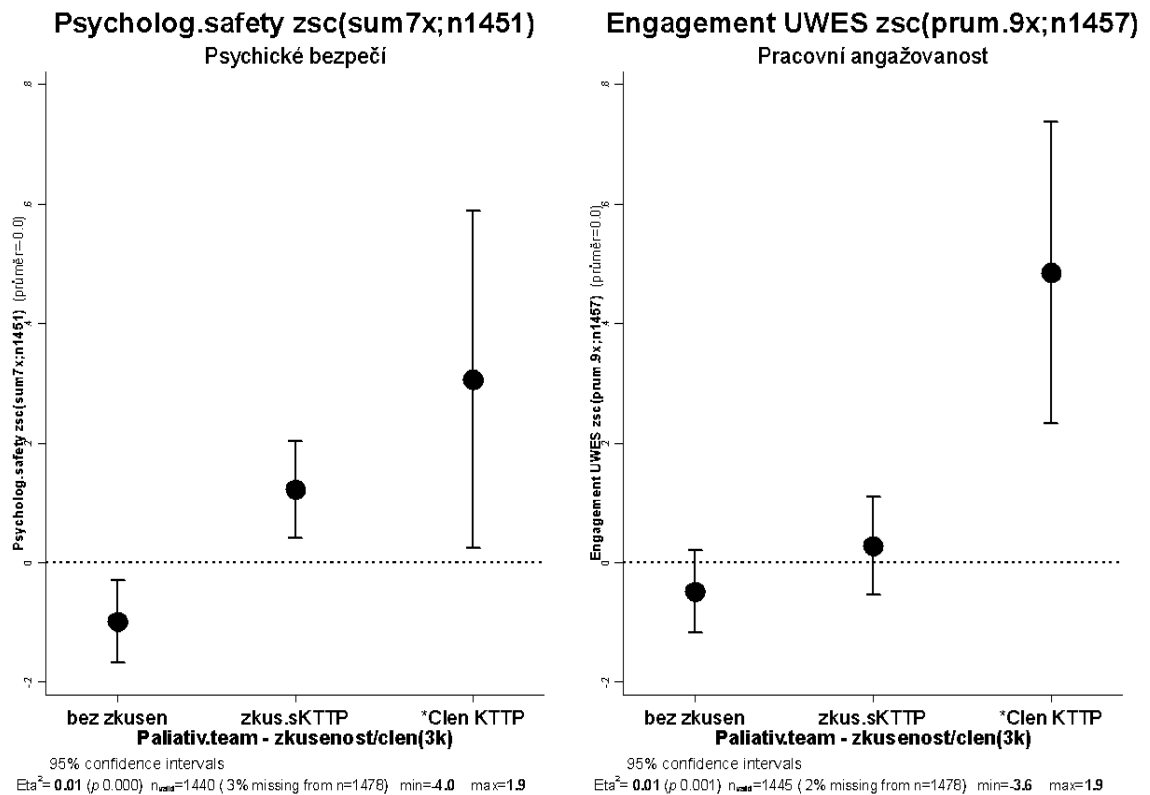
Zdroj: Vlastní

Vliv psychického bezpečí a angažovanosti na efektivitu práce konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích

V teoretické části byl popsán zprostředkující (mediační) vliv psychického bezpečí na výkonnostní ukazatele, v následující části budeme ilustrovat tento vztah mezi psychickým bezpečím členů konziliárních paliativních týmů v nemocnicích (paliativní týmy) a kvalitou jejich práce měřenou mírou zpětné vazby spolupracujících zdravotníků.

Nejprve k míře psychického bezpečí (PSYSAV) a pracovní angažovanosti (UWES) a jejich vzájemného vztahu na individuální úrovni pracovníků. Předně, jejich úroveň se v jednotlivých skupinách odlišuje: nejvyšší je v obou případech u členů KTPP, přičemž zdravotníci bez zkušenosti s působením KTPP deklarují nižší úroveň psychického bezpečí než ti, co s působením paliativních týmů zkušenost mají (viz Obr. 26).

Obr. 26 Psychické bezpečí a pracovní angažovanost podle vztahu ke KTPP, individuální data, průměry



Zdroj: Vlastní

Obecně souvislost mezi psychickým bezpečím pracovníka (PSYSAV) a jeho pracovní angažovaností (UWES) dokumentuje spíše nižší úroveň korelace 0,24 ($p=0,000$; pro všechny pracovníky $n=1451$). Záleží ale na tom, o jakou skupinu pracovníků se jedná. U těch bez zkušenosti s působením KTPP a těch se zkušeností je prakticky stejná (0,22 resp. 0,21), ovšem mezi členy paliativního týmu je tato souvislost dvojnásobná (0,48; $p=0,000$). Dodejme, že uvedený vztah se nezmění ani pokud navíc kontrolujeme vliv profese a pracoviště (nemocnice).

Rozdílnou míru pracovní angažovanosti a psychického bezpečí u skupin zdravotníků dle jejich vztahu ke KTPP ukazuje přehledně Tab. 4.

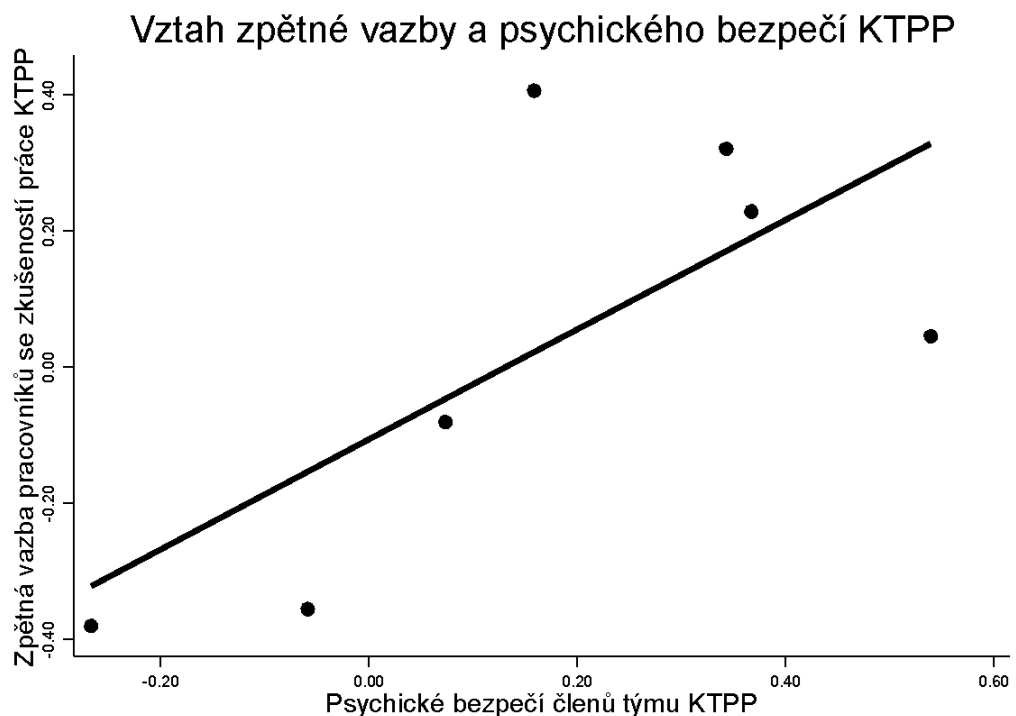
Tab. 4 Míra pracovní angažovanosti a psychického bezpečí u skupin zdravotníků dle jejich vztahu ke KTPP

| Vztah ke KTPP | | Angažovanost | Psychické bezpečí |
|--|-----------------------|---------------------|--------------------------|
| jsem členem KTPP (tj. mám pracovní smlouvu) | Průměr | 4,5079 | 37,5833 |
| | Počet | 48 | 48 |
| | Směr.odchylka | 1,04443 | 7,60972 |
| konzilia KTPP využívám často | Průměr | 4,0562 | 35,7296 |
| | Počet | 159 | 159 |
| | Směr. odchylka | 1,03600 | 7,08241 |
| konzilia KTPP využívám občas | Průměr | 3,9532 | 36,2310 |
| | Počet | 384 | 381 |
| | Směr. odchylka | 1,05677 | 6,83907 |
| o KTPP jsem slyšel, ale nemám s ním pracovní zkušenost | Průměr | 3,9412 | 34,4541 |
| | Počet | 656 | 654 |
| | Směr. odchylka | 1,07718 | 7,27055 |
| o KTPP v naší nemocnici jsem neslyšel | Průměr | 3,7360 | 34,6919 |
| | Počet | 172 | 172 |
| | Směr. odchylka | 1,19937 | 7,47967 |
| jiné | Průměr | 4,0153 | 34,8108 |
| | Počet | 38 | 37 |
| | Směr. odchylka | 1,00436 | 7,21818 |
| Celkem | Průměr | 3,9533 | 35,2012 |
| | Počet | 1457 | 1451 |
| | Směr. odchylka | 1,08584 | 7,21671 |

Zdroj: Vlastní

Vztah mezi psychickým bezpečím a zpětnou vazbou na činnost týmů KTPP v jednotlivých nemocnicích, dokumentuje Obr. 27, kde jsou zobrazena agregovaná data za nemocnice (tj. zprůměrované hodnoty škály zpětné vazby zdravotníků majících zkušenost s působením paliativního týmu a škály PSYSAV členů týmu KTPP). Vzájemná korelace na těchto agregovaných datech dosahuje hodnoty 0,82, při výpočtu této parciální korelace byl navíc potlačen vliv dvou kontrolních proměnných – doba působení paliativního týmu v nemocnici a počet zaměstnanců nemocnice, které by mohly tento vztah zkreslovat. Pokud bychom kontrolovali také vliv pracovní angažovanosti, pak vztah zpětné vazby na týmy KTPP a psychického bezpečí jejich členů oslabí zhruba na polovinu (0,40). Zpětná vazba práce KTPP je tak zjevně posilována nejen psychickým bezpečím členů týmů KTPP ale navíc také úrovní jejich angažovanosti (korelace na agregované úrovni nemocnic 0,91). Tyto výsledky je však třeba brát s určitou rezervou, neboť jsou založeny na agregované úrovni celých organizací, navíc reprezentovaných zde pouze sedmi nemocnicemi. Lze přitom předpokládat, že i uvnitř těchto velkých nemocnic existuje variabilita v hodnocení týmů KTPP v závislosti na konkrétních odděleních.

Obr. 27 Vztah zpětné vazby pracovníků se zkušeností práce týmu KTPP a psychického bezpečí členů týmu KTPP, agregovaná data za nemocnice

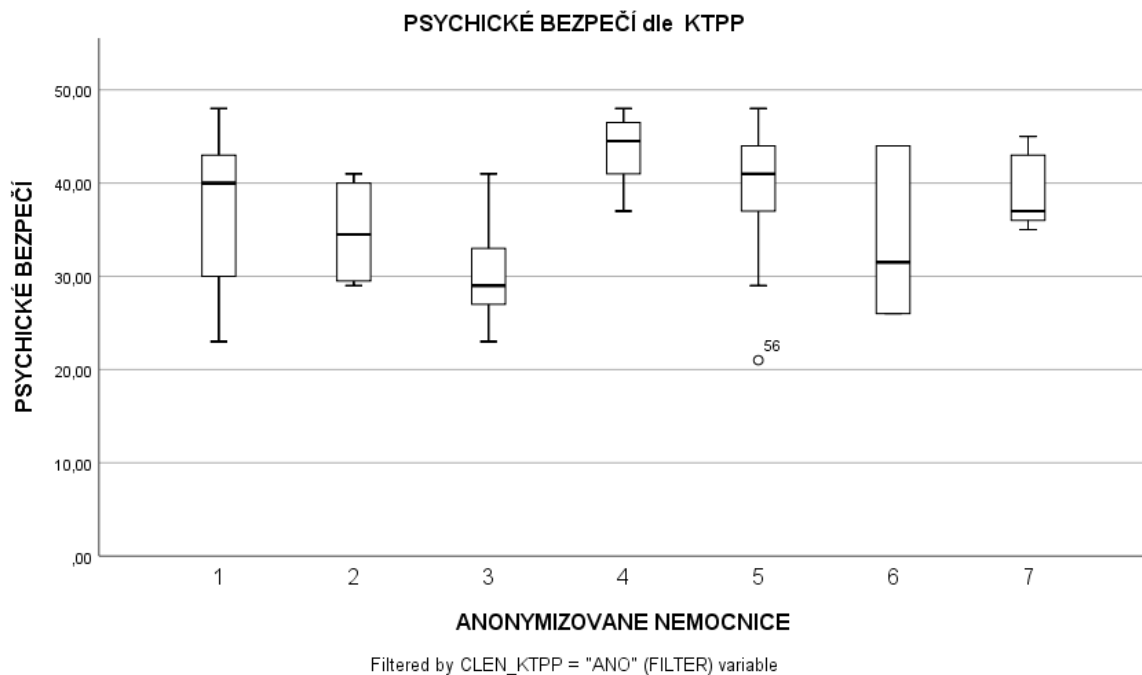


Zdroj: Vlastní

Uvedené výsledky z prostředí velkých českých nemocnic ukazují, že existuje pozitivní vztah mezi psychickým bezpečím a angažovaností, předpokládáme, že mezi členy týmů, kteří pociťují vyšší míru psychického bezpečí se pravděpodobně udržuje i vyšší míra angažovanosti, což může následně vést k vyšší kvalitě práce. Takový tým se pravděpodobně dokáže lépe přizpůsobovat existujícím výzvám.

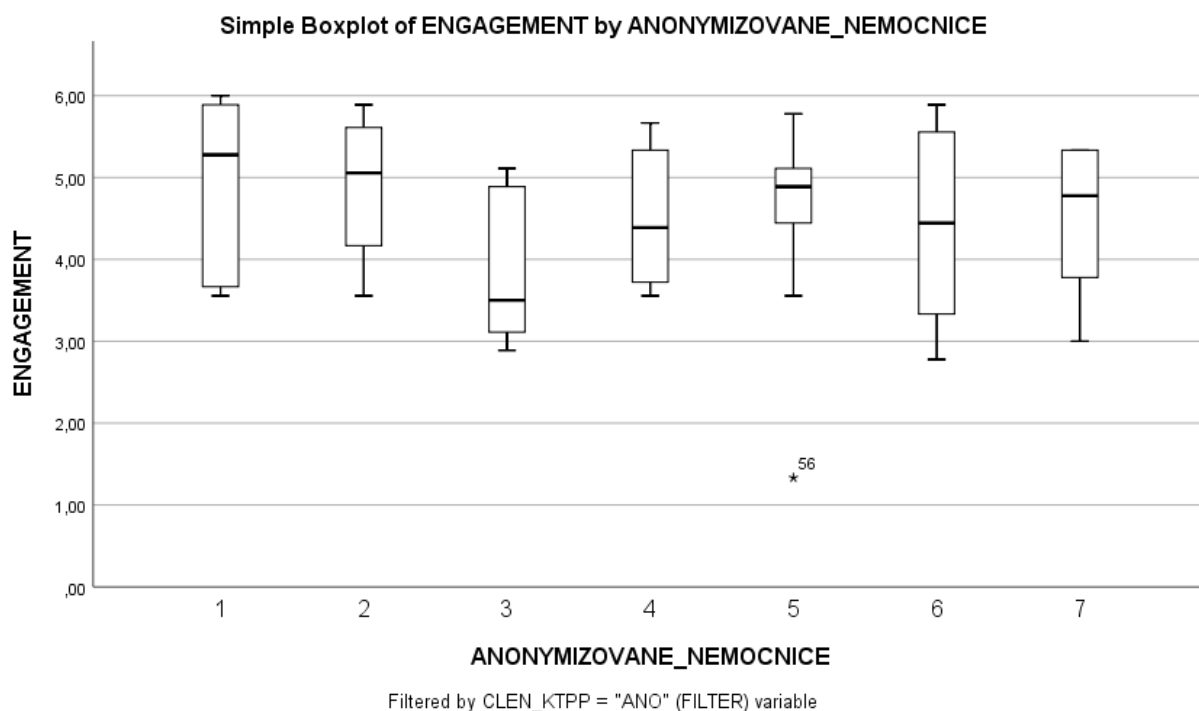
Rozdílnou úroveň mezi týmy, jak v psychickém bezpečí (psychological safety), tak v angažovanosti (engagement) ukazují Obr. 28 resp. Obr. 29.

Obr. 28 Psychické bezpečí členů KTHP dle nemocnic



Zdroj: Vlastní

Obr. 29 Angažovanost členů KTPP dle nemocnic



Zdroj: Vlastní

Členové paliativního týmu mají vyšší míru psychického bezpečí a angažovanosti než ostatní respondenti v nemocnici, kteří vyplnili dotazník. Také se ukázalo, že vyšší angažovanost zdravotnického pracovníka je asociována s větší pravděpodobností spolupráce s paliativním týmem. Mezi samotnými paliativními týmy jsme identifikovali pozitivní vztah mezi mírou psychického bezpečí/angažovanost a mírou zpětné vazby (míry implementace).

2.5.2 Diskuze DRUHÉ FÁZE

Výzkum v šesti nemocnicích ukázal vysokou míru integrace KTPP v nemocnicích. Dokumentuje to jejich hodnocení působení paliativních týmů. Drtivá většina, více než čtyři pětiny z nich, je připravena požádat o jejich konzilium i v budoucnu a souhlasí s tím, že jim týmy pomohly objasnit cíle, přání a preference pacientů a jejich rodin, resp. mají pocit, že rodiny byly ze strany KTPP dobře podporovány. Dále tři čtvrtiny těchto zdravotníků vnímaly jejich doporučení ohledně zvládnání symptomů jako užitečná. Tato

pozitivní zpětná vazba byla identifikována navzdory faktu, že na třech pracovištích proběhl výzkum pouze půl roku po zahájení služeb KTHP.

I přes převažující kladná hodnocení lze nicméně nalézt určité rozdíly v míře integrace jednotlivých konziliárních paliativních týmů měřené zpětnou vazbou zdravotníků, kteří si vyžádali jejich konzilium. Rozdílné hladiny rozptylu hodnot skóre škály PACTCFS měřící zpětnou vazbu v jednotlivých týmech také indikují, že některé týmy dokáží zachovat „obdobnou“ úroveň výstupu, u jiných dochází k většímu rozpětí ve zpětné vazbě, což může být způsobeno například nevyrovnaným personálním obsazením uvnitř jednoho týmu.

Rozdílná úroveň zpětné vazby nemusí automaticky znamenat rozdílnou úroveň kvality služeb poskytovaných paliativním týmem. Mezi faktory ovlivňující výsledky patří i ty, které stojí mimo samotný tým. Každý konziliární tým pracuje v kontextu velké organizace, kde můžeme předpokládat například vlivy organizační kultury, úrovně rozvoje obecné paliativní péče v zařízení a svou roli mohou také hrát i obecné postoje respondentů k paliativní péči.

Použitý dotazník *Pediatric Advanced Care Team Consult Feedback Survey* se ukázal jako relevantní nástroj k měření zpětné vazby práce konziliárních týmů paliativní péče v českém prostředí. Vnitřní konzistence celkové škály je excelentní (Cronbach alpha 0,91), rozložení hodnot je ale nesymetrické, poněkud vychýleno směrem doprava. Dotazník by mohl sloužit jako určitý benchmark pro další týmy a zároveň k měření vývoje ve zpětné vazbě u týmů, kde KTHP působí delší dobu. Vzhledem k počátečním fázím implementace paliativní péče do nemocničního prostředí v ČR můžeme tento nástroj vnímat také jako jeden z dílčích způsobů, jak zhodnotit míru úspěšnosti implementace nové služby do organizace.

2.6 TŘETÍ FÁZE - QUAL

Psychické bezpečí jsme se rozhodli měřit stejně jako v předcházející fázi dotazníkem prof. Edmondson (1999), zaujetí profesionálů dotazníkem UWES – Utrecht work engagement scale (Schaufeli, Bakker, 2003). Míru úspěšnosti implementace jsme měřili také zpětnou vazbou od spolupracujících profesionálů -

dotazníkovým nástrojem - *Pediatric Advanced Care Team Consult Feedback Survey* (PACTCFS) určeným k získání zpětné vazby od zaměstnanců nemocnice, kteří si vyžádali konzultaci konziliárního týmu paliativní péče (KTPP) a k získání zpětné vazby v nemocnicích, které se zapojily do projektu MZČR Programu Podpory paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče.

Dotazník PACTCFS byl rozšířen oproti původní verzi o kontrolní otázky:

- Spolupráce s KTPP zásadně zlepšila kvalitu péče o vážně nemocné pacienty.
- Zapojení KTPP příliš zvyšuje časovou náročnost péče o vážně nemocné pacienty.
- Zapojení KTPP pacientům nepřineslo nic navíc.
- Zapojení KTPP komplikuje péči, zvládli bychom to i bez KTPP.

Kromě výše zmíněných ukazatelů byla zařazena nová škála měřící míru rozvoje obecné paliativní péče v nemocnici (ROPPN), která byla vyvinuta primárně pro potřeby tohoto výzkumu. Cílem škály bylo u zdravotníků (včetně zdravotně sociálních pracovníků) změřit míru jejich postoje k paliativní péči v pěti dimenzích a popsat potenciální bariéry rozvoje na straně zaměstnanců, kteří s KTPP nespolupracují:

- Vnímání paliativní péče
- Vnímání KTPP
- Dostupnost podpůrných služeb
- Péče v závěru života
- Týmové rozhodování/participace

V dimenzi „Vnímání paliativní péče“ respondenti odpovídali na následující otázky:

- Dokáži vždy rozeznat pacienta, který potřebuje paliativní péči.
- Vím, na koho se obrátit, pokud by pacient potřeboval paliativní péči.
- Nevím, co si pod paliativní péčí přesně představit.
- Dokáži vždy rozeznat pacienta, kterému by prospěla intervence konziliárního paliativního týmu.

- O konziliárním týmu paliativní péče jsem neslyšel/a, nevím, jaké služby může poskytovat.
- Nevím, co očekávat od intervence konziliárního paliativního týmu.
- Paliativní péče patří do moderní medicíny a je třeba podporovat její rozvoj a dostupnost.
- Péče o pacienty v závěru života nám bere čas a kapacitu na úkor ostatních pacientů.

Reagovali na čtyř stupňové škále Rozhodně ano - Spíše ano - Spíše ne - Rozhodně ne.

V dimenzi „Vnímání KTPP“ respondenti odpovídali na následující otázky:

- Zapojení paliativního týmu (KTPP) by spíše zkomplikovalo péči o pacienty.
- Na našem oddělení nepotřebujeme služby KTPP, paliativní péči umíme zajistit sami.
- Osobně bych s KTPP spolupracoval/a, ale naše vedení spolupráci spíše nepodporuje.
- Osobně bych s KTPP spolupracoval, ale KTPP nemá na spolupráci na našem oddělení již kapacitu.

Reagovali na čtyř stupňové škále Rozhodně ano - Spíše ano - Spíše ne - Rozhodně ne.

V dimenzi „Dostupnost podpůrných služeb“ respondenti odpovídali na následující otázky:

- Mají u vás pacienti v posledních měsících života k dispozici službu?
 - psychologa
 - kaplana
 - sociálního pracovníka

Respondenti odpovídali na škále Nikdy - Spíše výjimečně (asi 10 % pacientů) - Někdy (asi 1/3 pacientů) - Často (více než 50 % pacientů).

V dimenzi „Péče v závěru života“ respondenti odpovídali na následující otázky:

- Pacient má stanovený cíl péče (tj. jasné pojmenování, čeho můžeme při léčebném úsilí realisticky dosáhnout a co je zároveň v souladu s jeho vůlí a přáním).

- Plány péče odrážejí to, co je pro pacienty v životě zásadně důležité – jejich hodnoty.
- Rozhodnutí o limitaci péče (např. DNR, DNI) je zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.
- Rozhodnutí o limitaci péče (např. DNR, DNI) je diskutováno s pacientem a/nebo jeho blízkými.
- Ptáme se na jejich potřeby v oblasti emocí a spirituality.

Respondenti odpovídali na škále Nikdy - Spíše výjimečně (asi 10 % pacientů) - Někdy (asi 1/3 pacientů) - Často (více než 50 % pacientů).

V dimenzi „Týmové rozhodování/participace“ respondenti odpovídali na následující otázky:

- Moje představy a představy mých kolegů o paliativní péči se liší.
- Moji kolegové se k některým pacientům v posledních měsících života nechovají příliš uctivě.
- Nadřízení berou při rozhodování o péči v úvahu náměty řadových zaměstnanců.

Respondenti odpovídali na škále Nikdy - Spíše výjimečně – Někdy – Často.

Škála měřící míru rozvoje obecné paliativní péče v nemocnici (ROPPN) byla zařazena z důvodu změření míry rozvoje paliativní péče na odděleních, kde nespolupracují s konziliárními týmy.

Oproti druhé fázi výzkumu byla taky zařazena existující škála „Postoj k péči o umírající FATCOD10“. Účelem bylo zjistit, jak se zdravotníci cítí v jistých situacích, do kterých se s pacienty dostávají. Všechna tvrzení se týkají péče o umírajícího a jeho rodinu. Umírajícím pacientem byl míněn člověk, který je považován za smrtelně nemocného a má před sebou maximálně šest měsíců života.

Respondenti odpovídali na následující otázky (pěti stupňová Likertova škála):

- Nechtěl/a bych pečovat o umírajícího.
- Nejraději bych utekl/a, když ten člověk skutečně zemře.
- Bojím se s umírajícím spřátelit.
- Bylo by mi nepříjemné mluvit o hrozící smrti s umírajícím člověkem.

- Cítil/a bych se nesvůj, kdybych vstoupil/a do pokoje umírajícího a viděl/a ho plakat.
- Rozrušilo by mě, kdyby se umírající, o kterého se starám, vzdal naděje na to, že mu bude lépe.
- Je obtížné navázat blízký vztah s umírajícím.
- Když se pacient zeptá: „Umírám?“, myslím, že je nejlepší změnit téma na něco radostnějšího.
- Poskytovatelé péče, kteří nejsou členy rodiny, by neměli být těmi, kdo mluví o smrti s umírajícími.
- Komunikace s umírajícím je pro mě náročná.

2.6.1 Dataset

Třetí část výzkumu byla uskutečněna v šesti nemocnicích, ve kterých působí 7 pilotních paliativních týmů (v jedné nemocnici působí dva). Jednalo se o stejné týmy, které byly zapojeny do druhé fáze výzkumu. S prosbou k účasti byli osloveni všichni zaměstnanci v přímé péči e-mailem od vedení nemocnice (odhadujeme, obdobně jako v předcházející fázi, že jejich celkový počet ve všech šesti nemocnicích se pohyboval kolem 21 000, z nichž řádově až několik tisíc mohlo mít zkušenosti s prací konziliárního paliativního týmu). Celkem byly získány odpovědi od 1015 respondentů. Z nich byli zařazeni do analýzy baterie PACTCFS zdravotničtí pracovníci, kteří již měli zkušenost s prací paliativního týmu (alespoň jednorázovou) a zároveň v něm přímo nepracují (n=601). Respondenti, kteří neměli zkušenost s paliativními týmy nebo o jejich existenci v nemocnici nevěděli a vyplnili baterii pro měření míry rozvoje obecné paliativní péče v nemocnici (n=384). Rozložení vzorku ukazuje Tab. 5.

Tab. 5 Jaký je Váš vztah ke konziliárnímu týmu paliativní péče (KTPP)?

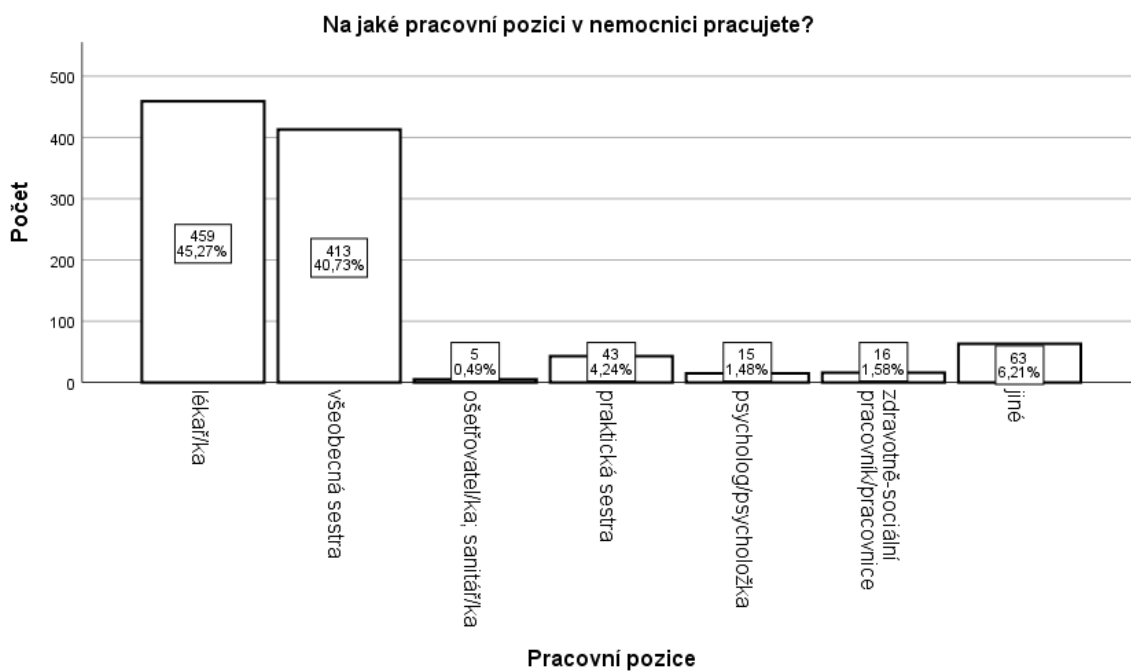
| | Počet | % | Kumulativní % |
|---|-------|------|---------------|
| Validní jsem členem KTPP (mám pracovní smlouvu) | 29 | 2,9 | 2,9 |
| s KTPP v naší nemocnici spolupracuji | 601 | 59,2 | 62,1 |

| | | | |
|--|------|-------|-------|
| s KTHP v naší nemocnici nespolupracuji | 311 | 30,6 | 92,8 |
| o KTHP v naší nemocnici jsem neslyšel | 73 | 7,2 | 100,0 |
| Celkem | 1014 | 99,9 | |
| Missing System | 1 | ,1 | |
| Celkem | 1015 | 100,0 | |

Zdroj: Vlastní

Jak ukazuje Obr. 30 do výzkumu se zapojilo 459 lékařů, 413 všeobecných sester, 5 ošetřovatelů, 43 praktických sester, 15 psychologek, 16 zdravotně sociálních pracovníků a 63 jiných profesí ve zdravotnictví.

Obr. 30 Pozice pracovníků ve třetí fázi výzkumu



Zdroj: Vlastní

2.6.2 Paliativní týmy

Do výzkumu se zapojilo 29 respondentů pracujících v sedmi paliativních týmech ze šesti nemocnic. Měřili jsme osobní charakteristiky (UWES dotazník) a týmovou míru

psychického bezpečí (PSYSAF). Do výzkumu se nezapojil jeden paliativní tým, nemáme tudíž možnost porovnat rozdíly mezi druhou a třetí fází výzkumu a ve dvou týmech se zapojil pouze jeden respondent, což taktéž snižuje vypovídající hodnotu dat.

Angažovanost

Angažovanost respondentů se pohybovala v rozmezí od 3,67 – 6,56, přičemž hodnota nad 4,67 je považována za vysokou angažovanost, průměrná hodnota angažovanosti byla 5,46 a směrodatná odchylka 0,87 (viz.

Tab. 6).

Tab. 6 Angažovanost KTPP

| | N | Minimum | Maximum | Průměr | Směrodatná odchylka |
|------|----|---------|---------|--------|---------------------|
| UWES | 29 | 3,67 | 6,56 | 5,46 | ,87 |
| N | 29 | | | | |

Zdroj: Vlastní

Míra angažovanosti byla v jednotlivých paliativních týmech rozdílná. Jak ukazuje Tab. 7, nejnižší průměr za tým vykazovala nemocnice č. 6 a to 5,02, nejvyšší naopak nemocnice č. 3 (6,33). Nejnižší směrodatnou odchylku měla nemocnice č. 7 (0,26), nejvyšší rozptyl pak č. 4 (směrodatná odchylka 0,97).

Tab. 7 Angažovanost (UWES) dle nemocnic

| Nemocnice | Průměr | Počet | Směr. odchylka |
|-----------|--------|-------|----------------|
| 1 | 5,27 | 9 | ,77 |
| 2 | | | |
| 3 | 6,33 | 1 | . |
| 4 | 5,53 | 7 | ,95 |
| 5 | 5,78 | 1 | . |
| 6 | 5,02 | 7 | ,97 |
| 7 | 6,22 | 4 | ,26 |
| Celkem | 5,46 | 29 | ,87 |

Zdroj: Vlastní

Pokud porovnáme výsledky nemocnic z druhé a třetí fáze výzkumu, došlo k průměrnému absolutnímu nárůstu o 1,16 bodu, což je na škále 0-6 vysoká hodnota. Procentuálně se zvýšila míra angažovanosti členů paliativních týmů mezi fázemi výzkumu o 26 % (Tab. 8 Porovnání UWES 2020/2022 Tab. 8).

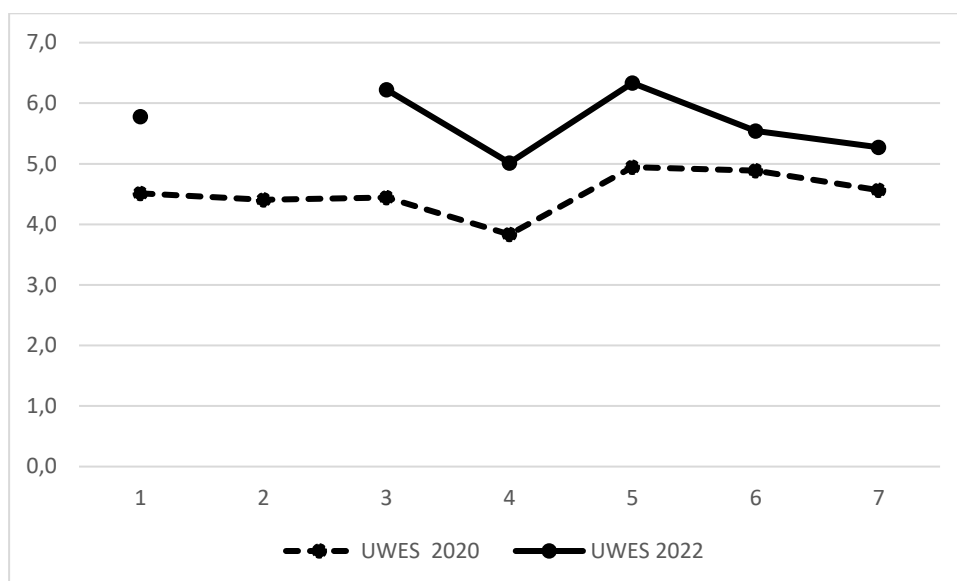
Tab. 8 Porovnání UWES 2020/2022

| Nemocnice | UWES 2020 | UWES 2022 | Absolutní rozdíl | % rozdíl |
|-----------|-----------|-----------|------------------|----------|
| 1 | 4,51 | 5,78 | 1,26 | 0,28 |
| 2 | 4,41 | | | |
| 3 | 4,44 | 6,22 | 1,78 | 0,40 |
| 4 | 3,83 | 5,02 | 1,18 | 0,31 |
| 5 | 4,94 | 6,33 | 1,39 | 0,28 |
| 6 | 4,89 | 5,54 | 0,65 | 0,13 |
| 7 | 4,57 | 5,27 | 0,71 | 0,15 |

Zdroj: Vlastní

Nárůst vizualizuje následující graf (**Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**).

Obr. 31 Porovnání UWES KTPP 2022/2022



Zdroj: Vlastní

Míra psychického bezpečí

Míra psychického bezpečí respondentů se pohybovala v rozmezí od 20,5 až 40,9. Průměrná hodnota psychického bezpečí byla 38,5 a směrodatná odchylka 6,59 (

Tab. 9), přičemž hodnota nad 40 je považována za velmi dobrou.

Tab. 9 Psychické bezpečí KTPP

| | N | Minimum | Maximum | Průměr | Směr. odchylka |
|---------|----|---------|---------|--------|-------------------|
| PSYSAF7 | 29 | 20,50 | 49,00 | 38,5 | 6,59 |
| N | 29 | | | | |

Zdroj: Vlastní

Míra psychického bezpečí byla v jednotlivých paliativních týmech rozdílná. Jak ukazuje Tab. 10, nejnižší průměr za tým vykazovala nemocnice č. 3 a to 35,07, nejvyšší naopak nemocnice č. 7 (43,63). Nejnižší směrodatnou odchylku měla nemocnice č. 1 (4,23), nejvyšší rozptyl pak č. 4 (směrodatná odchylka 9,11).

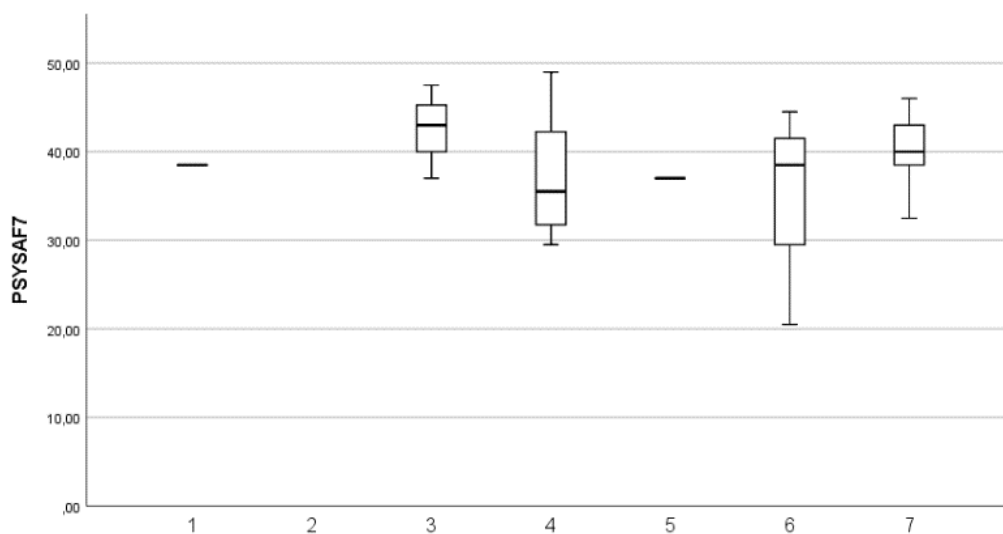
Tab. 10 Psychické bezpečí dle nemocnic

| Nemocnice | Průměr | Počet | Směr. odchylka |
|-----------|--------|-------|-------------------|
| 1 | 40,33 | 9 | 4,23 |
| 2 | | 0 | |
| 3 | 37,00 | 1 | |
| 4 | 35,07 | 7 | 9,11 |
| 5 | 38,50 | 1 | . |
| 6 | 37,43 | 7 | 7,44 |
| 7 | 42,63 | 4 | 4,31 |
| Celkem | 38,50 | 29 | 6,60 |

Zdroj: Vlastní

Rozdíl mezi jednotlivými nemocnicemi ilustruje následující graf (Obr. 32)

Obr. 32 PSYSAF dle nemocnic



Zdroj: Vlastní

Pokud porovnáme výsledky nemocnic z druhé a třetí fáze výzkumu, došlo k průměrnému absolutnímu nárůstu o 1,1 bodu, což je na škále 7 - 49 spíše nízká hodnota. Procentuálně se zvýšila míra angažovanosti členů paliativních týmů mezi fázemi výzkumu pouze o 3 % (viz. Tab. 11).

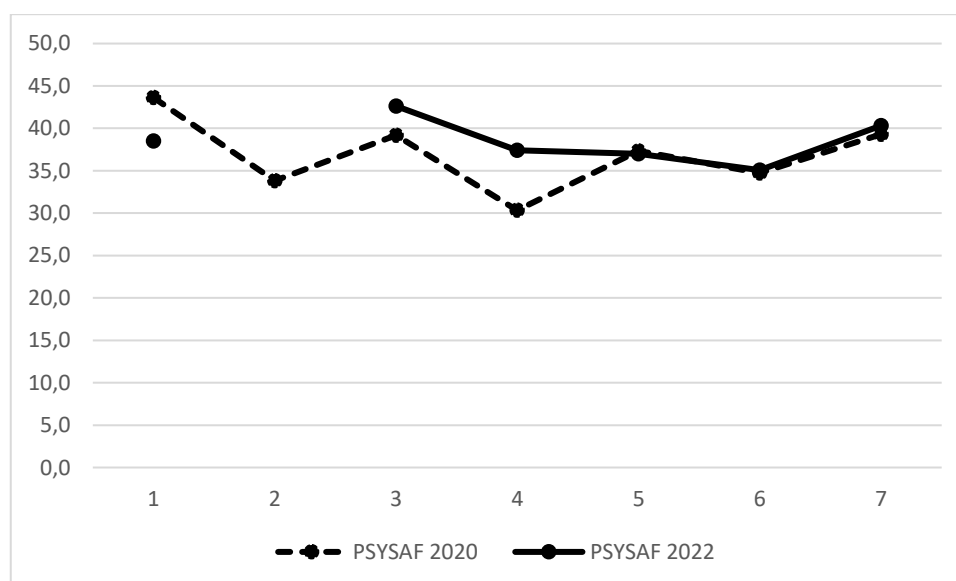
Tab. 11 Porovnání míry PSYSAF v roce 2020 a 2022

| Nemocnice | PSYSAF 2020 | PSYSAF 2022 | Absolutní rozdíl | % rozdíl |
|-----------|-------------|-------------|------------------|----------|
| 1 | 43,63 | 38,50 | -5,13 | -0,12 |
| 2 | 33,83 | | | |
| 3 | 39,20 | 42,63 | 3,43 | 0,09 |
| 4 | 30,33 | 37,43 | 7,10 | 0,23 |
| 5 | 37,33 | 37,00 | -0,33 | -0,01 |
| 6 | 34,75 | 35,07 | 0,32 | 0,01 |
| 7 | 39,31 | 40,33 | 1,03 | 0,03 |

Zdroj: Vlastní

Relativní stabilitu míry psychického bezpečí v porovnání v letech 2020 a 2022 ilustruje následující graf (Obr. 33). Je vidět, že ve třech týmech se míra psychického bezpečí prakticky nezměnila (5, 6, 7), ve dvou případech mírně narostla (3, 4) a v jedné nemocnici se snížila (1).

Obr. 33 Porovnání míry PSYSAF v roce 2020 a 2022



Diskuze

Porovnání míry angažovanosti a psychického bezpečí v našem případě ukazuje spíše stabilnější škálu PSYSAF, která se udržela v týmech na podobné úrovni i po dvou

letech. Zároveň UWES se výrazně (o 26%) navýšil. Na první pohled můžeme předpokládat, že skupinová míra se spíše drží na podobné hodnotě a nemění se výrazně v čase, ale individuální UWES zásadně narostl. Můžeme se domnívat, že v případě, kdy zdravotníci pracují v paliativních týmech, o kterých víme, že jejich kultura je od převažující kultury v nemocnicích odlišná a zároveň mají stále pozitivní zpětnou vazbu (bude popsáno v následující kapitole), tak se jejich angažovanost může i zásadně zvýšit. Pokud porovnáme naše výsledky se současným stavem ve zdravotnictví, o kterém víme, že velká část zdravotníků je ohrožena vyhořením, vidíme, že kombinace spíše paliativní kultury, vyšší míry psychického bezpečí a dobré zpětné vazby, může vyústit ve vyšší angažovanost.

2.6.3 Spolupracují s KTPP

Dotazník PACTCFS byl rozšířen oproti původní verzi o 4 otázky (3 z nich byly reverzní):

- Spolupráce s KTPP zásadně zlepšila kvalitu péče o vážně nemocné pacienty.
- Zapojení KTPP příliš zvyšuje časovou náročnost péče o vážně nemocné pacienty.
- Zapojení KTPP pacientům nepřineslo nic navíc.
- Zapojení KTPP komplikuje péči, zvládli bychom to i bez KTPP.

Zdravotníci, kteří mají zkušenost s prací paliativního týmu (alespoň jednorázovou) byly (obdobně jako v roce 2020) zařazeny do analýzy baterie PACTCFS (n=601).

Výsledky shrnuje následující tabulka Tab. 12.

Tab. 12 Zpětná vazba na práci KTPP

| | Rozhodně nesouhlasím | Nesouhlasím | Ani souhlas, ani nesouhlas | Souhlasím | Rozhodně souhlasím | Průměr |
|------------------------------|----------------------|-------------|----------------------------|-----------|--------------------|--------|
| Služby KTPP byly dostupné. % | ,5 | 1,5 | 4,8 | 41,3 | 52,0 | 4,53 |

| | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|------|------|------|------|
| Služby KTHP pomohly objasnit cíle, přání a preference pacientů / rodiny. | % | 1,2 | ,7 | 7,7 | 36,1 | 54,3 | 4,43 |
| Doporučení KTHP ohledně zvládnání symptomů byla užitečná. | % | 2,0 | 1,8 | 8,2 | 42,5 | 45,6 | 4,42 |
| Mám pocit, že rodina/rodiny byla/y KTHP dobře podporována/y. | % | 1,1 | ,5 | 6,8 | 38,9 | 52,7 | 4,42 |
| Zapojením KTHP se zlepšila komunikace mezi zdravotnickými týmy. | % | ,9 | 6,4 | 21,8 | 40,4 | 30,5 | 4,36 |
| V budoucnu bych v podobné situaci požádal o konzilium KTHP. | % | 1,2 | ,7 | 4,8 | 30,4 | 62,9 | 4,28 |
| Spolupráce s KTHP zásadně zlepšila kvalitu péče o vážně nemocné pacienty. | % | 1,2 | 1,7 | 9,8 | 34,8 | 52,5 | 3,93 |

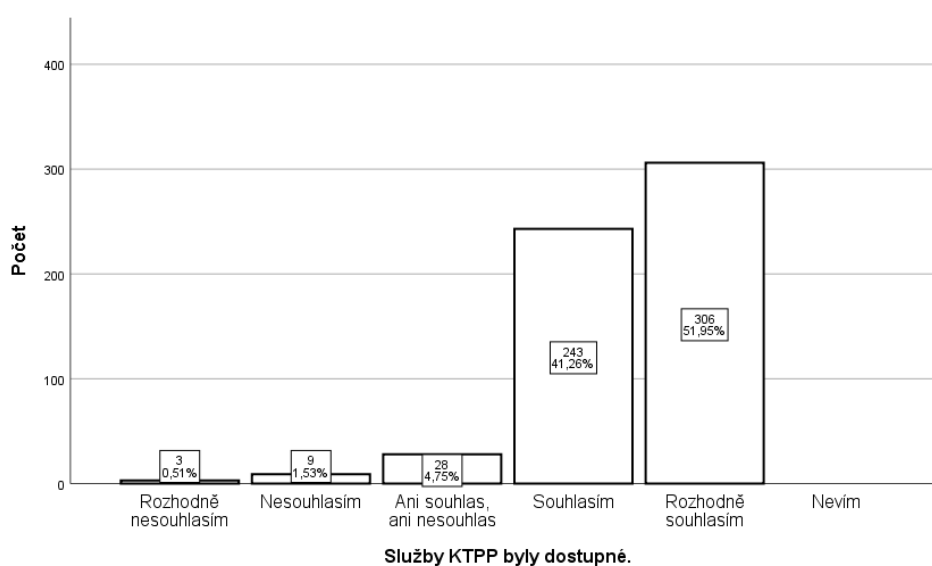
| | | | | | | | |
|--|---|------|------|------|-----|-----|------|
| Zapojení K TPP příliš zvyšuje časovou náročnost péče o vážně nemocné pacienty. | % | 38,0 | 43,7 | 9,1 | 6,3 | 2,9 | 1,92 |
| Zapojení K TPP pacientům nepřineslo nic navíc. | % | 51,5 | 38,9 | 6,0 | 2,6 | 1,0 | 1,81 |
| Zapojení K TPP komplikuje péči, zvládli bychom to i bez K TPP. | % | 43,5 | 39,6 | 10,8 | 4,2 | 1,9 | 1,63 |

Zdroj: Vlastní

Dostupnost péče

Pro 93% (89 % v roce 2020) dotázaných zdravotníků byly služby konziliárního týmu paliativní péče dostupné, pouze 2 % s výrokem nesouhlasila (stejně jako v předcházejícím výzkumu).

Obr. 34 Dostupnost K TPP 2022

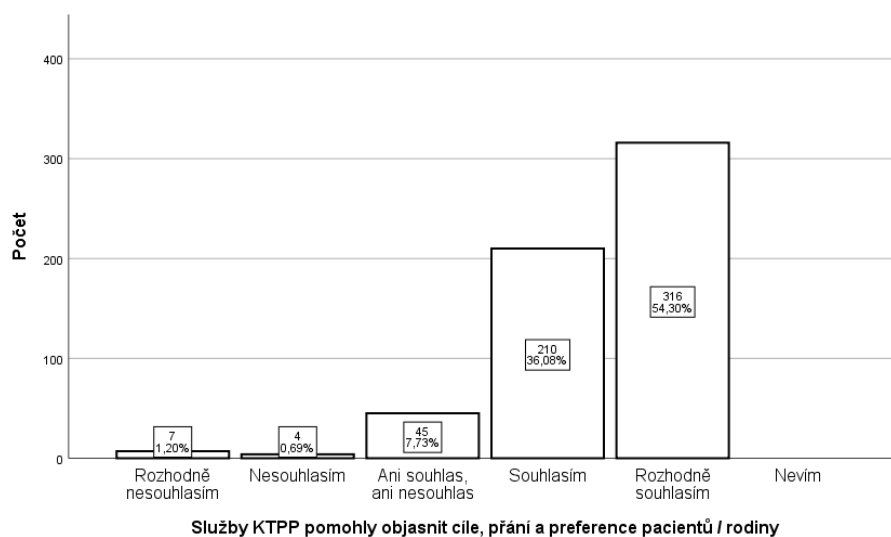


Zdroj: Vlastní

Přínos konziliárních týmů paliativní péče pro pacienty a jejich rodiny

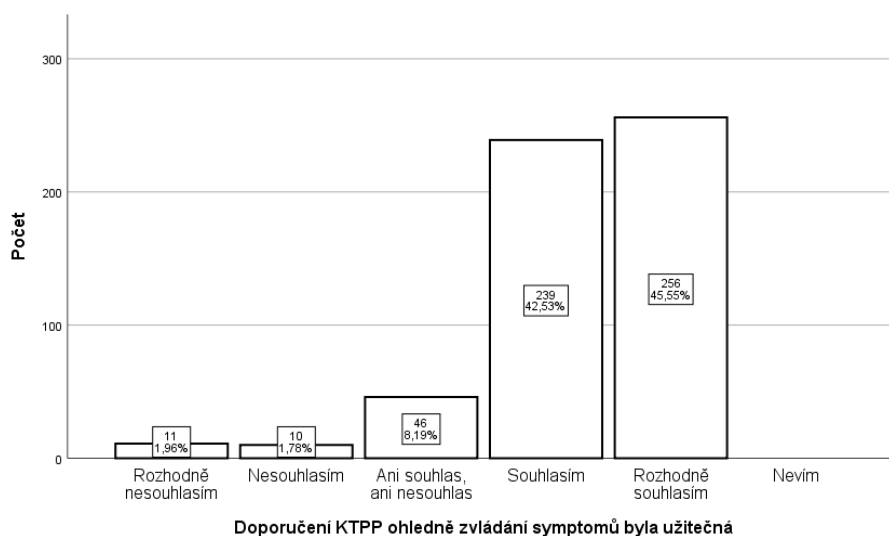
90% zdravotníků (83 % v roce 2022, Obr. 35), kteří využili služeb KTHP, potvrdilo, že týmy pomohly objasnit cíle, přání a preference pacientů a jejich rodin. 91% vnímalo doporučení ohledně zvládnutí symptomů jako užitečná (76 % v roce 2020, Obr. 36. 92% dotázaných mělo pocit, že rodiny pacientů byly KTHP dobře podporovány (80 % v roce 2020, Obr. 37).

Obr. 35 Objasnění cílů, přání a preferencí rodiny



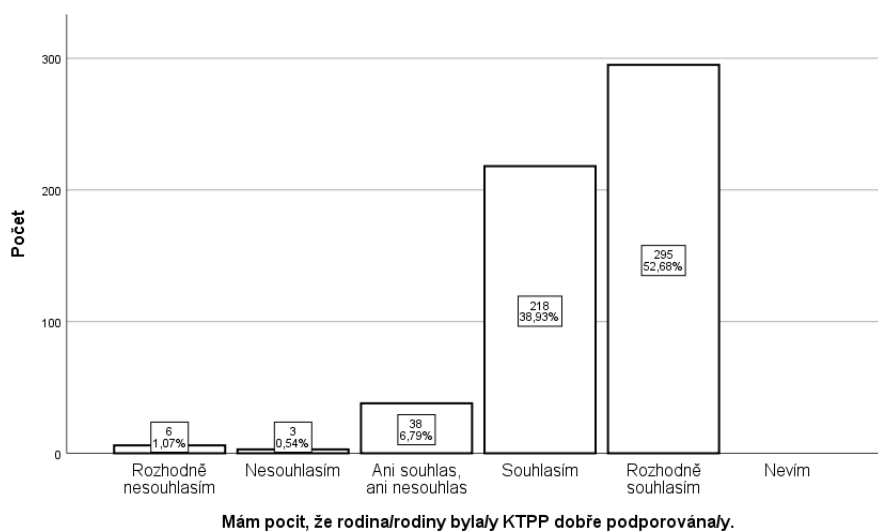
Zdroj: Vlastní

Obr. 36 Doporučení ohledně zvládnání symptomů



Zdroj: Vlastní

Obr. 37 Podpora rodin

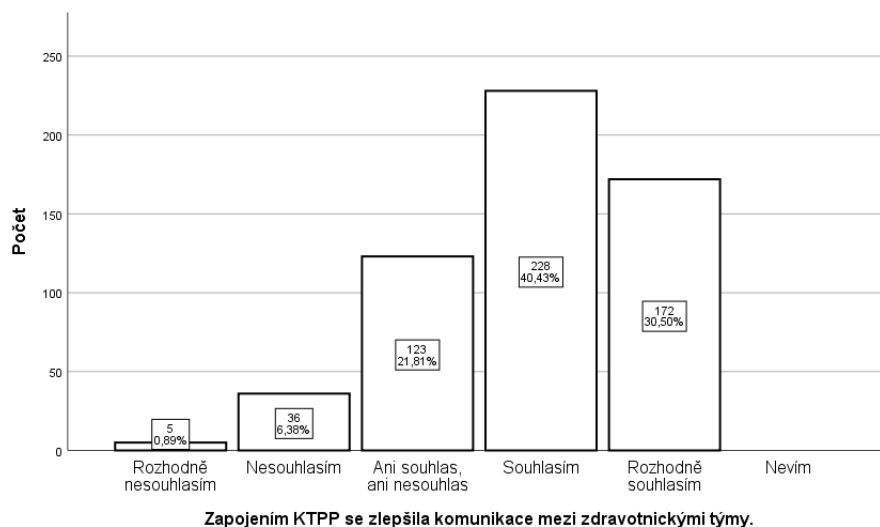


Zdroj: Vlastní

Komunikace mezi zdravotnickými týmy

KTPP prokázaly svou roli při koordinaci péče mezi zdravotnickými týmy. 71% dotázaných zdravotníků vnímalo, že zapojením paliativních týmů do péče se zlepšila komunikace mezi týmy v nemocnici (64 % v roce 2020, Obr. 38).

Obr. 38 Zlepšení komunikace mezi týmy

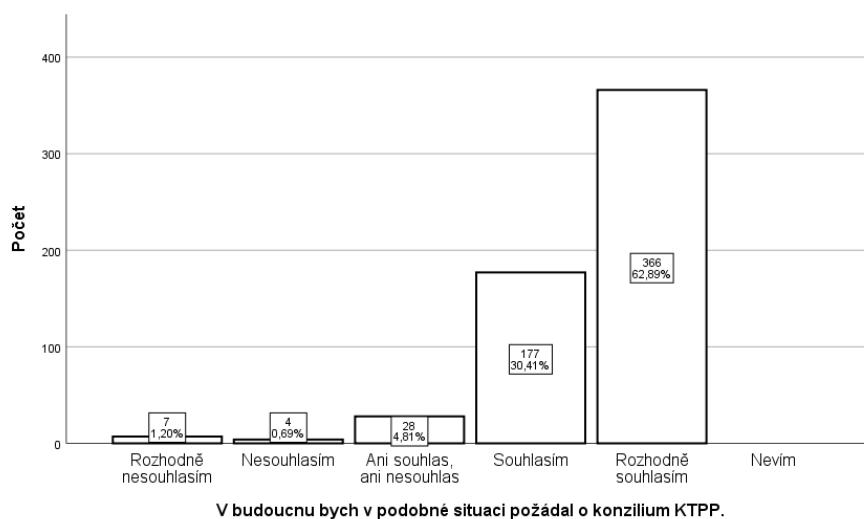


Zdroj: Vlastní

Budoucí spolupráce s paliativními týmy

93% zdravotníků (86% v roce 2022), kteří využili služby paliativních týmů, je připraveno v obdobné situaci požádat o jejich konzilium i v budoucnu.

Obr. 39 Budoucí spolupráce

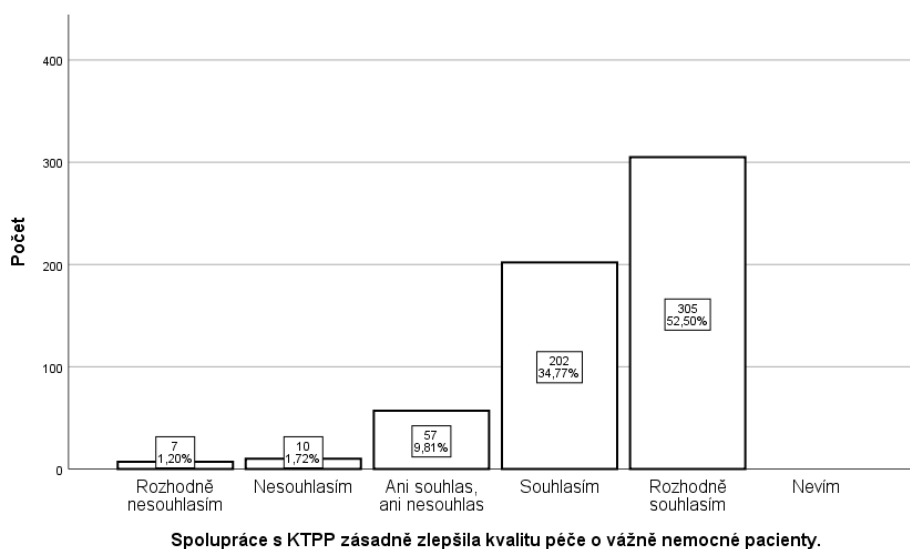


Zdroj: Vlastní

Nově zařazené kontrolní otázky

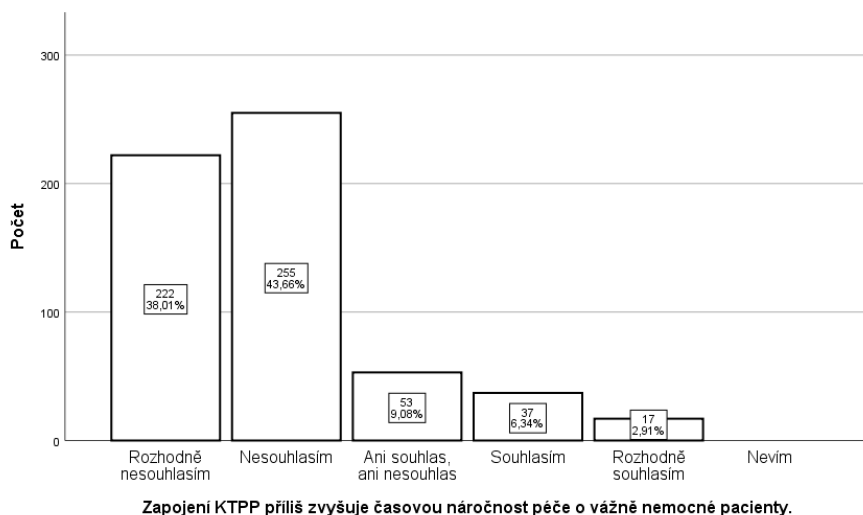
87% dotázaných zdravotníků souhlasilo s výrokem, že spolupráce s KTHP zásadně zlepšila kvalitu péče o vážně nemocné pacienty. Pouze 3 % s výrokem nesouhlasila (Obr. 41). 85% zdravotníků nesouhlasila s tím, že by KTHP zvyšoval časovou náročnost péče o vážně nemocné pacienty (Obr. 41). 90% nesouhlasilo s tím, že by KTHP nepřinesl pacientům nic nového. 83% respondentů nesouhlasilo s výrokem, že zapojení KTHP komplikuje péči a zvládli by to sami.

Obr. 40 Zlepšení kvality péče



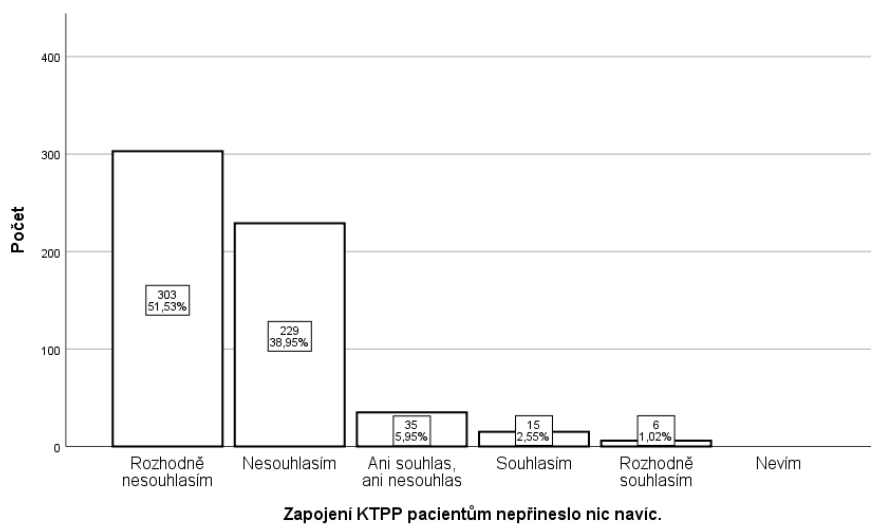
Zdroj: Vlastní

Obr. 41 Zvýšení časové náročnosti



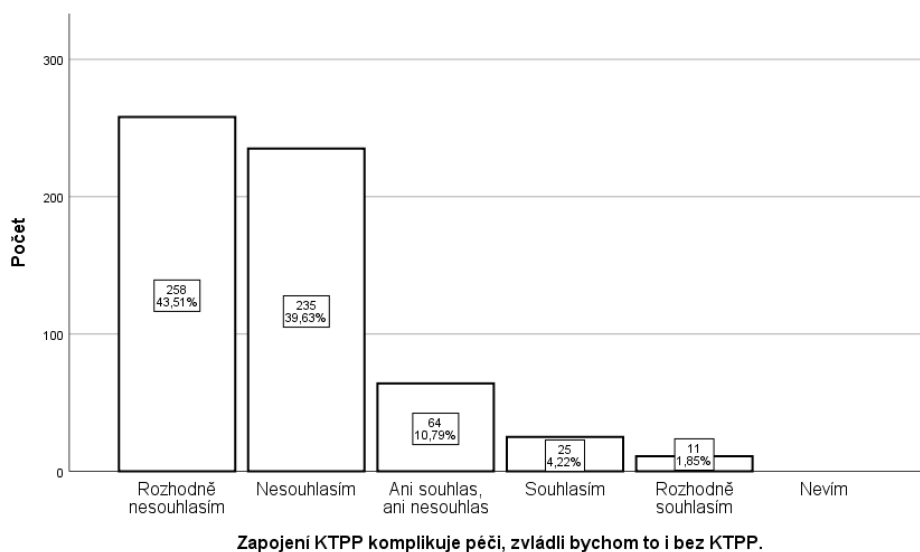
Zdroj: Vlastní

Obr. 42 KTPP nepřineslo nic nového



Zdroj: Vlastní

Obr. 43 Zapojení KTHP komplikuje péči



Zdroj: Vlastní

Na základě odpovědí na jednotlivé výroky byla vytvořena obdobně jako v roce 2022 celková jednodimenzionální škála měřící zpětnou vazbu na práci KTHP ze strany zdravotnických pracovníků ve smyslu subjektivně vnímané kvality péče. Její skóre bylo u každého dotázaného kalkulováno jako aritmetický průměr ze všech deseti položek, dosažené hodnoty tak lze interpretovat na původní odpovědní škále (min 1; max 5; průměr 4,29; SD 0,58). Škála vykazuje velmi vysokou vnitřní konzistenci (koeficient reliability Cronbach Alpha dosahuje hodnoty 0,84 (původní škála 0,91).

Vývoj v hodnocení KTHP mezi lety 2020 a 2022

Vývoj v hodnocení práce KTHP shrnuje Tab. 13 Porovnání CFS 2020/2022 Tab. 13 a Obr. 44. U šesti ze sedmi týmů došlo ke vyšší míře zpětné vazby na jejich práci, průměrně o 0,2 bodu na škále, což činí navýšení o 5%.

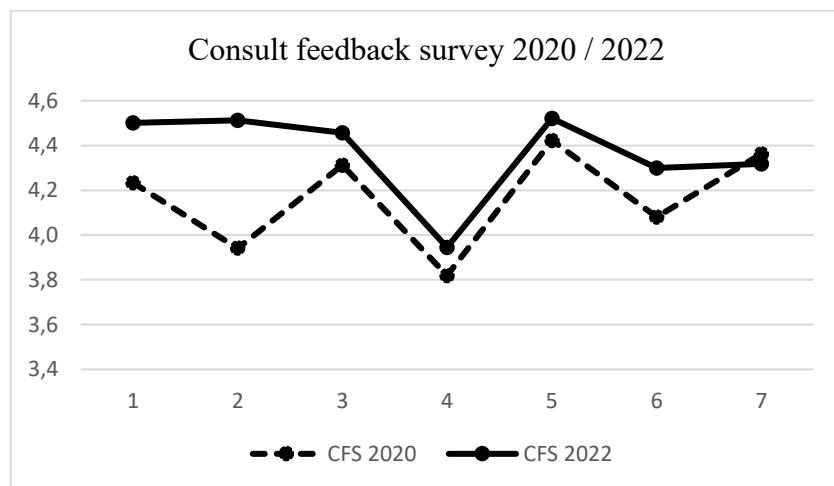
Tab. 13 Porovnání CFS 2020/2022

| Nemocnice | CFS 2020 | CFS 2022 | Absolutní rozdíl | % rozdíl |
|-----------|----------|----------|------------------|----------|
| 1 | 4,23 | 4,50 | 0,27 | 0,06 |
| 2 | 3,94 | 4,51 | 0,57 | 0,14 |
| 3 | 4,31 | 4,46 | 0,14 | 0,03 |

| | | | | |
|---|------|------|-------|-------|
| 4 | 3,82 | 3,95 | 0,13 | 0,03 |
| 5 | 4,42 | 4,52 | 0,10 | 0,02 |
| 6 | 4,08 | 4,30 | 0,22 | 0,05 |
| 7 | 4,36 | 4,32 | -0,04 | -0,01 |

Zdroj: Vlastní

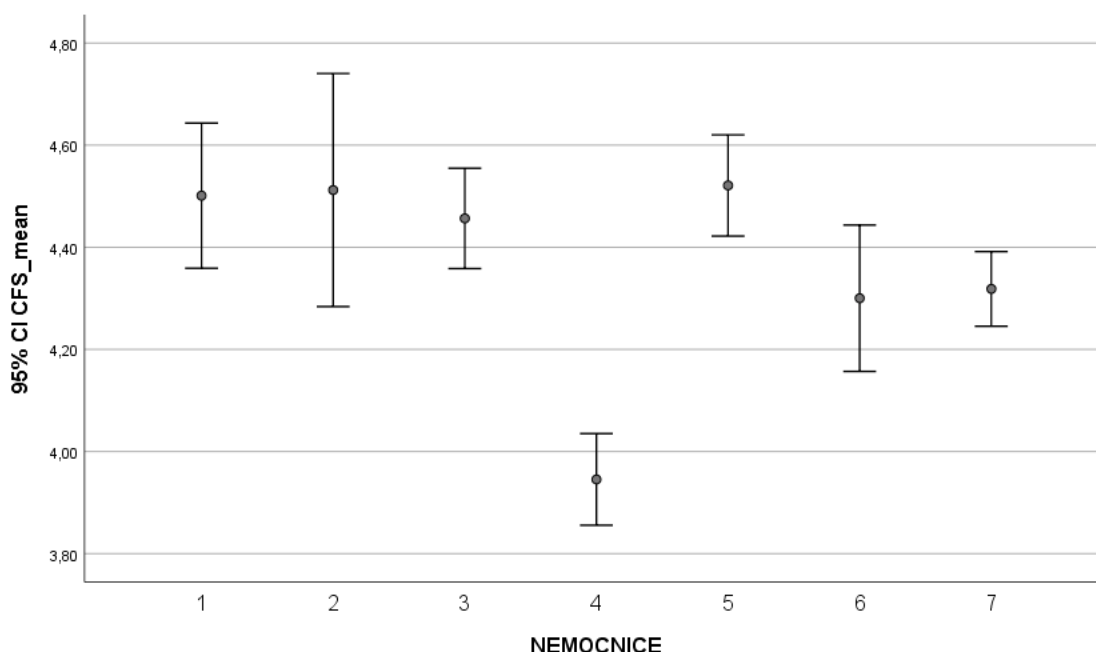
Obr. 44 Vývoj CFS 2020/2022



Rozdíly mezi paliativními týmy v nemocnicích

Porovnání v hodnocení sedmi týmů (anonymně označených 1-7) ukázalo rozdíly v úrovni zpětné vazby. Průměr skóre zpětné vazby na práci jednotlivých KTHP, jak ukazuje Obr. 45, se pohyboval od 3,95 do 4,52. Také rozdíly v rozptylu hodnocení v rámci jednotlivých týmů (směrodatná odchylka 0,42 – 0,54) mohou ukazovat na odlišnou úroveň konzistence zpětné vazby mezi pracovišti.

Obr. 45 Vývoj CFS dle nemocnic 2020/2022



Zdroj: Vlastní

Paliativní týmy dosahují i po dvou letech vysoké míry zpětné vazby. Týmy 1,2,3,5 získaly od většiny respondentů lepší zpětnou vazbu, než byla průměrná, resp. mediánová hodnota skóre za všechny týmy. Týmy 4,6,7 naopak dosáhly horšího hodnocení, než byl celkový průměr, resp. medián. Nejvyšší konzistence v hodnotě zpětné vazby vykazuje tým 7. Nejvíce se ve svých výpovědích rozcházel zdravotníci při hodnocení týmu 2. Všechny týmy kromě jednoho měly lepší hodnocení od spolupracujících kolegů než v roce 2020. Dle zpětné vazby usuzujeme, že postavení paliativních týmů resp. jejich integrace do nemocnic, postupuje.

2.6.4 Dosud nevyžívali služeb KTPP nebo o týmu neslyšeli

Nová škála měřící míru rozvoje obecné paliativní péče v nemocnici (ROPPN), která byla vyvinuta primárně pro potřeby tohoto výzkumu, měla za cíl změřit míru rozvoje obecné paliativní péče u zaměstnanců, kteří s KTPP nespolupracují nebo o něm v nemocnici neslyšeli. Míra rozvoje paliativní péči byla měřeny v pěti dimenzích:

- Vnímání paliativní péče
- Vnímání KTPP

- Dostupnost podpůrných služeb
- Péče v závěru života
- Týmové rozhodování/participace

V rámci výzkumu 387 respondentů vyplnilo baterii pro měření míry rozvoje obecné paliativní péče v nemocnici (ROPPN). Z čehož 311 respondentů s KTHP v nemocnici nespolupracuje a 73 o KTHP v nemocnici neslyšeli.

Dotazník byl koncipován jako sebehodnotící. Respondenti reagovali v pěti dimenzích a hodnotili vlastním pohledem jak svůj postoj (dimenze vnímání KTHP a paliativní péče), tak stav na oddělení (dostupnost podpůrných služeb, péče v závěru života, týmové rozhodování/participace).

Vnímání paliativní péče

V dimenzi *vnímání paliativní péče* bylo zjištěno, že 75 % respondentů dokáží vždy rozeznat pacienta, kterému by prospěla intervence konziliárního paliativního týmu, zároveň ovšem s KTHP nespolupracují. Také 34 % zdravotníků neví přesně, co očekávat od intervence KTHP. 20% respondentům bere péče o pacienty v závěru života čas a kapacitu na úkor ostatních pacientů. 28% o konziliárním týmu paliativní péče neslyšelo a neví, jaké služby může poskytovat. Zároveň 92% souhlasí s tím, že paliativní péče patří do moderní medicíny a je třeba podporovat její rozvoj a dostupnost.

Z výsledků je vidět možný prostor pro další propagaci služeb KTHP v nemocnici, respondenti se významně shodli v potřebě paliativní péče, zároveň velká část, neví, co od KTHP očekávat, ale také vnímají, že jim pacienti v závěru života berou čas na úkor ostatních pacientů. Podrobné výsledky zjištění viz. Tab. 14.

Tab. 14 Vnímání paliativní péče

| | | Rozhodně | | Rozhodně | | |
|---|---|----------|-----------|----------|-----|----------|
| | | ano | Spíše ano | Spíše ne | ne | Celkem % |
| Dokáží vždy rozeznat pacienta, který potřebuje paliativní péči. | % | 14,5 | 62,7 | 18,7 | 4,1 | 100,0 |
| Vím, na koho se obrátit, pokud by pacient potřeboval paliativní péči. | % | 38,3 | 32,1 | 22,5 | 7,0 | 100,0 |

| | | | | | | |
|--|---|------|------|------|------|-------|
| Nevím, co si pod paliativní péčí přesně představit. | % | 7,0 | 14,7 | 22,2 | 56,1 | 100,0 |
| Dokáží vždy rozeznat pacienta, kterému by prospěla intervence konziliárního paliativního týmu. | % | 14,5 | 60,4 | 21,5 | 3,6 | 100,0 |
| O konziliárním týmu paliativní péče jsem neslyšel/a, nevím, jaké služby může poskytovat. | % | 9,6 | 17,9 | 22,8 | 49,7 | 100,0 |
| Nevím, co očekávat od intervence konziliárního paliativního týmu. | % | 7,3 | 27,5 | 35,8 | 29,5 | 100,0 |
| Paliativní péče patří do moderní medicíny a je třeba podporovat její rozvoj a dostupnost. | % | 90,2 | 8,3 | ,3 | 1,3 | 100,0 |
| Péče o pacienty v závěru života nám bere čas a kapacitu na úkor ostatních pacientů. | % | 4,4 | 15,2 | 31,3 | 49,1 | 100,0 |

Vnímání KTPP

V dimenzi *vnímání KTPP* bylo identifikováno, že respondenti by nevnímali práci KTPP jako komplikaci v péči (92%), zároveň 75% z nich se domnívá, že nepotřebují služby KTPP, protože paliativní péči dokáží zajistit sami. Otázkou zůstává, zda se shodují představy KTPP s těmito odděleními, co je paliativní péče, co dokáží zajistit na oddělení a kde je přidaná hodnota KTPP. Každopádně data ukazují, že KTPP nejsou nevítaní, pouze není vidět jejich přidaná hodnota v péči. Zajímavou, i když menší skupinou, jsou zdravotníci (20%), kteří by osobně s KTPP spolupracovali, ale vedení spolupráci spíše nepodporuje. Podrobné výsledky viz. Tab. 15.

Tab. 15 Vnímání KTPP

| | | Rozhodně ano | Spíše ano | Spíše ne | Rozhodně ne | Celkem % |
|---|---|--------------|-----------|----------|-------------|----------|
| Zapojení paliativního týmu (KTPP) by spíše zkomplikovalo péči o pacienty. | % | 1,5 | 6,8 | 35,8 | 55,8 | 100,0 |

| | | | | | | |
|---|---|-----|------|------|------|-------|
| Na našem oddělení nepotřebujeme služby KTHP, paliativní péči umíme zajistit sami. | % | 4,9 | 19,6 | 36,2 | 39,2 | 100,0 |
| Osobně bych s KTHP spolupracoval/a, ale naše vedení spolupráci spíše nepodporuje. | % | 4,9 | 14,7 | 35,8 | 44,5 | 100,0 |
| Osobně bych s KTHP spolupracoval, ale KTHP nemá na spolupráci na našem oddělení již kapacitu. | % | 4,9 | 19,6 | 49,8 | 25,7 | 100,0 |

Dostupnost podpůrných služeb

Respondenti také hodnotili dostupnost podpůrných služeb pro pacienty v posledních měsících života. 58% respondentů uvedlo, že má méně než třetina pacientu k dispozici služby psychologa. Obdobně je to pro služby kaplana (61 %) a sociálního pracovníka (50%). Jelikož jsou tyto profese součástí KTHP, můžeme vnímat tento segment jako možnou nabídku zdravotníkům, kteří s KTHP nespolupracují. Blíže viz. Tab. 16.

Tab. 16 Dostupnost podpůrných služeb

| | Nikdy | Spíše výjimečně (asi 10 % pacientů) | Někdy (asi 1/3 pacientů) | Často (více než 50 % pacientů) | Celkem % |
|---|-------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------|
| Mají u vás pacienti v posledních měsících života k dispozici službu? psychologa | 14,3 | 17,0 | 27,2 | 41,5 | 100,0 |
| Mají u vás pacienti v posledních měsících života k dispozici službu? kaplana | 14,3 | 22,6 | 23,8 | 39,2 | 100,0 |
| Mají u vás pacienti v posledních měsících života k dispozici službu? Sociálního pracovníka | 11,3 | 16,2 | 22,6 | 49,8 | 100,0 |

Péče v závěru života

Součástí dotazníku byla i baterie zaměřená na péči v závěru života. Respondenti hodnotili klíčové atributy této péče. Konkrétně se jednalo o zjištění, jestli mají pacienti stanovený cíl a plán péče, jestli je rozhodnutí o limitaci péče zaznamenáno v dokumentaci a jestli plány odrážejí, co je pro pacienty důležité.

Pouze 39% respondentů uvedlo, že více než 50% pacientů má stanovený cíl péče. 47% zdravotníků uvádí, že s maximálně třetinou pacientů nebo jeho blízkými je rozhodnutí o limitaci péče diskutováno (např. DNR, DNI).

Jelikož je právě rozhovor o stanovení cílů péče, diskuse s pacientem o limitaci péče hlavní složkou práce KTHP, můžeme vnímat jako velký prostor pro rozvoj spolupráce právě v tomto bodě. Můžeme se domnívat, že edukace v této oblasti by mohla zvýšit míru spolupráce s KTHP. Detailní výsledky ukazuje Tab. 17.

Tab. 17 Péče v závěru života

| | | Nikdy | Spíše výjimečně (asi 10 % pacientů) | Někdy (asi 1/3 pacientů) | Často (více než 50 % pacientů) | Celkem % |
|--|---|-------|--|-----------------------------|--------------------------------------|----------|
| Pacient má stanovený cíl péče (tj. jasné pojmenování, čeho můžeme při léčebném úsilí realisticky dosáhnout a co je zároveň v souladu s jeho vůlí a přáním) | % | 12,1 | 19,7 | 29,2 | 39,0 | 100,0 |
| Plány péče odrážejí to, co je pro pacienty v životě zásadně důležité – jejich hodnoty. | % | 11,0 | 18,2 | 33,0 | 37,9 | 100,0 |
| Rozhodnutí o limitaci péče (např. DNR, DNI) je zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. | % | 8,0 | 17,0 | 20,8 | 54,2 | 100,0 |
| Rozhodnutí o limitaci péče (např. DNR, DNI) je diskutováno s pacientem a/nebo jeho blízkými. | % | 8,0 | 17,0 | 22,0 | 53,0 | 100,0 |

| | | | | | | |
|---|---|-----|------|------|------|-------|
| Ptáme se na jejich potřeby v oblasti emocí a spirituality | % | 9,5 | 22,0 | 26,5 | 42,0 | 100,0 |
|---|---|-----|------|------|------|-------|

Zdroj: Vlastní

Týmové rozhodování/participace

V rámci dimenze *týmové rozhodování/participace* respondenti odpovídali na otázky směřující na důležitý atribut péče paliativní péče a to úroveň týmové spolupráce.

45 % respondentů uvedlo, že se alespoň někdy rozcházejí jejich týmové představy na paliativní péči. 20 % vnímá, že se alespoň někdy jejich kolegové nechovali k některým pacientům v posledních měsících života příliš uctivě. 68% % zdravotníků také uvádí, že jejich nadřízení berou pouze někdy při rozhodování o péči v úvahu náměty řadových zaměstnanců. Z první fáze výzkumu můžeme vidět právě nedostatečnou diskusi mezi pracovníky jako důvod k nižší kvalitě péče v závěru života.

Tab. 18 Týmové rozhodování/participace

| | | Nikdy | Spíše výjimečně | Někdy | Často | Celkem % |
|---|---|-------|-----------------|-------|-------|----------|
| Moje představy a představy mých kolegů o paliativní péči se liší. | % | 17,0 | 37,9 | 37,1 | 8,0 | 100,0 |
| Moji kolegové se k některým pacientům v posledních měsících života nechovají příliš uctivě. | % | 56,1 | 27,3 | 16,3 | ,4 | 100,0 |
| Nadřízení berou při rozhodování o péči v úvahu náměty řadových zaměstnanců. | % | 6,8 | 17,8 | 37,9 | 37,5 | 100,0 |

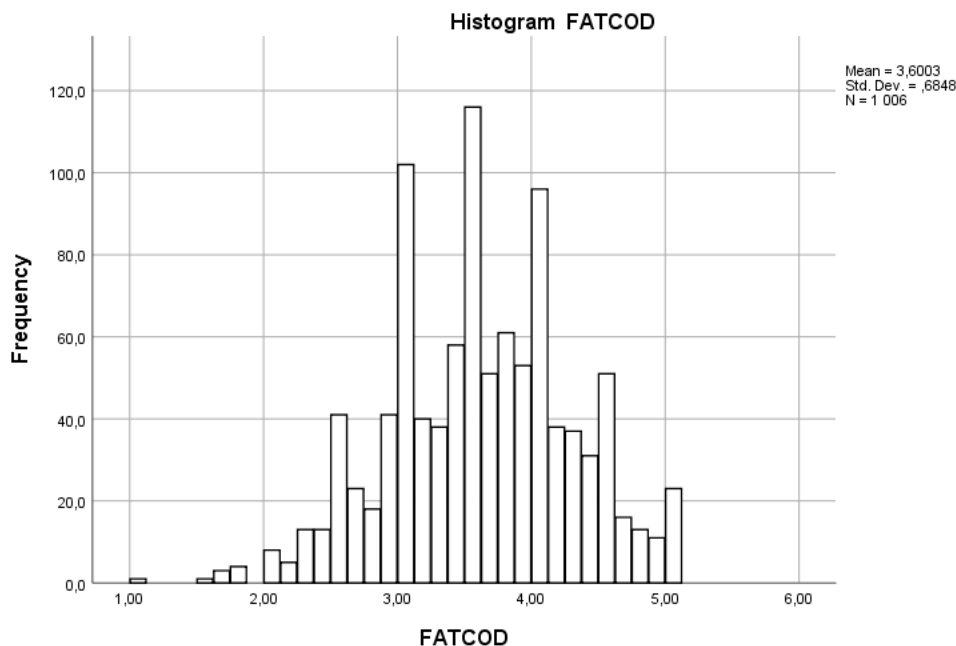
2.6.5 Postoj k péči o umírající

Do druhé fáze výzkumu byla zařazena zkrácená verze dotazníku Frommelt Attitude Toward the Care Of the Dying Scale FATCOD (Molinengo, 2022). Vztah mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty ovlivňuje výsledek léčby. Péče o nevléčitelně nemocné pacienty často zahrnuje požadavek reagovat na široké spektrum potřeb, čelit

nejen fyzickému utrpení, ale i vlastním pocitům. Zdravotníci se musí vypořádat s omezenou mocí medicíny a tím i s vlastní frustrací a bezmocí. Škála FATCOD byla původně vyvinuta pro zdravotní sestry, ale v současnosti je používána napříč všemi zdravotnickými profesemi. FATCOD zjišťuje, jak se zdravotníci cítí v jistých situacích, do kterých se s pacienty dostávají. Všechna tvrzení se týkají péče o umírajícího a jeho rodinu. Umírajícím pacientem byl míněn člověk, který je považován za smrtelně nemocného a má před sebou maximálně šest měsíců života.

Na základě odpovědí na jednotlivé výroky byla vytvořena celková jednodimenzionální škála měřící postoje k péči o umírajícího zdravotníků. Její skóre bylo u každého dotázaného kalkulováno jako aritmetický průměr ze všech deseti položek, dosažené hodnoty tak lze interpretovat na původní odpovědní škále (min 1; max 5; průměr 3,6; SD 0,68). Škála vykazuje velmi vysokou vnitřní konzistenci (koeficient reliability Cronbach Alpha dosahuje hodnoty 0,83. Histogram vykazuje normální rozložení (Obr. 46).

Obr. 46 Histogram FATCOD

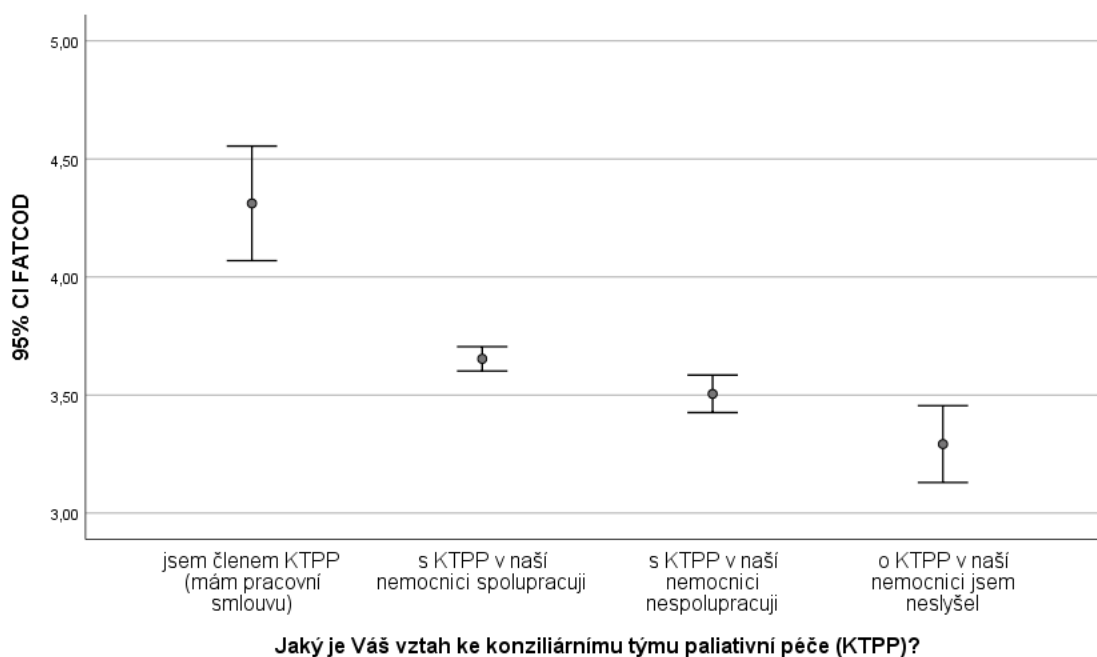


Zdroj: Vlastní

V procesu implementace paliativní péče byly v předcházejících fázích výzkumu identifikovány různé postoje k paliativní péči a k potřebám umírajícím. FATCOD byl

použit jako nástroj k objasnění, zda subjektivní vnímání zdravotníků vůči péči o umírající nemůže ovlivnit jejich postoj k paliativní péči, paliativnímu týmu a potřebám pacientů v závěrečných měsících života. Následující graf (Obr. 47) ukazuje vztah mezi postojem k péči o umírající a mírou blízkosti k paliativnímu týmu.

Obr. 47 FATCOD x Vztah ke KTPP



Zdroj: Vlastní

Graf ukazuje, že čím dál stojí zdravotník od paliativního týmu, tím nižší má hodnotu FATCOD. Členové paliativního týmu vykazují vysokou mírou FATCOD (průměr 4,3), v porovnání s těmi, kteří s nimi spolupracují (průměr 3,7). Nespolečně pracující mají průměr FATCOD 3,5 a ti, kteří o KTPP neslyšeli 3,3 (blíže viz. Tab. 19).

Tab. 19 FATCOD x Vztah ke KTPP

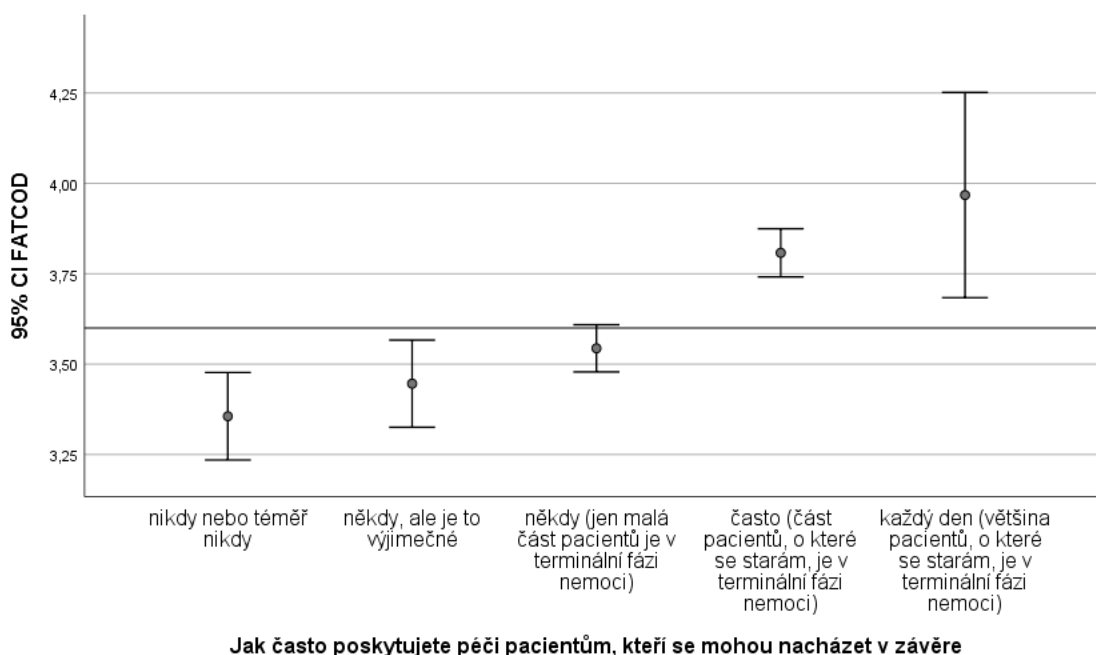
| | Průměr | N | Směr. odchylka |
|---|--------|-----|----------------|
| jsem členem KTPP (mám pracovní smlouvu) | 4,3119 | 29 | ,63830 |
| s KTPP v naší nemocnici spolupracuji | 3,6534 | 594 | ,64082 |

| | | | |
|--|---------------|-------------|---------------|
| s KTPP v naší nemocnici nespolupracuji | 3,5050 | 309 | ,70988 |
| o KTPP v naší nemocnici jsem neslyšel | 3,2922 | 73 | ,69746 |
| Total | 3,6005 | 1005 | ,68511 |

Zdroj: Vlastní

Obdobný vztah ukazuje také porovnání FATCOD s četností práce s umírajícími. Čím více pracují zdravotníci s pacienty v posledních fázích života, tím vyšší FATCOD vykazují. Zároveň skupina, která pracují s těmito pacienty každý den vykazuje nejvyšší směrodatnou odchylku 0,77.

Obr. 48 FATCOD x četnost práce s umírajícími

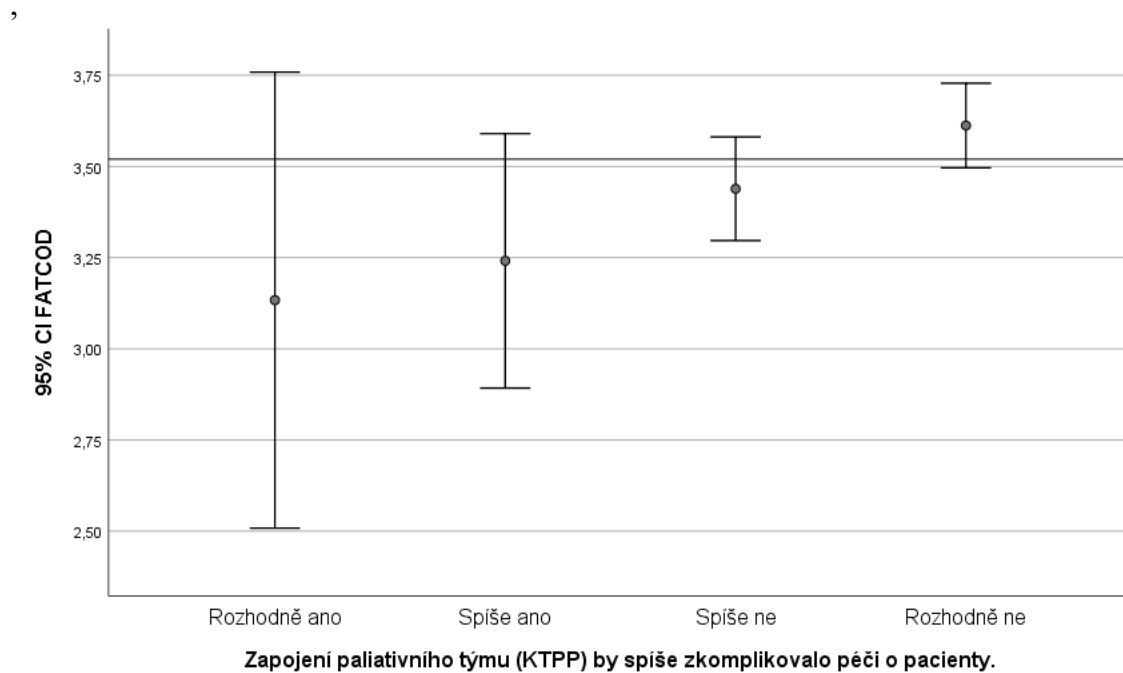


Zdroj: Vlastní

Následující graf (Obr. 49) vizualizuje, že čím nižší míra FATCOD tím spíše respondent vnímá, že by KTPP komplikovalo péči v pacienty v závěru života. Nad

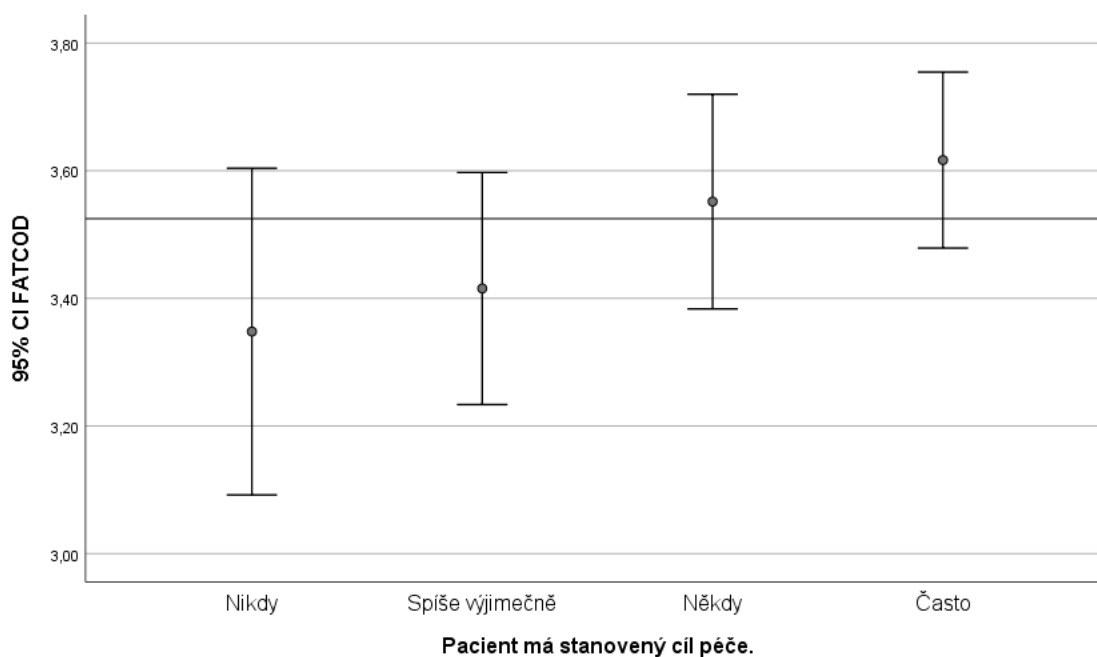
průměrnou hodnotu FATCOD se dostává pouze skupina zdravotníků, kteří rozhodně nevnímají, že by KTPP péči komplikovalo (průměr 3,61).

Obr. 49 FATCOD x zapojení KTPP by zkomplikovalo péči



Obdobné výsledky ukazuje další graf (Obr. 50), že má pacient spíše stanovený cíl péče, pokud má zdravotník, který s ním pracuje. Nad průměrnou hodnotu FATCOD 3,52 se dostávají pouze skupiny respondentů, kteří vyznačili, že pacient má plán péče stanovený někdy (průměr 3,55) nebo často (průměr 3,62).

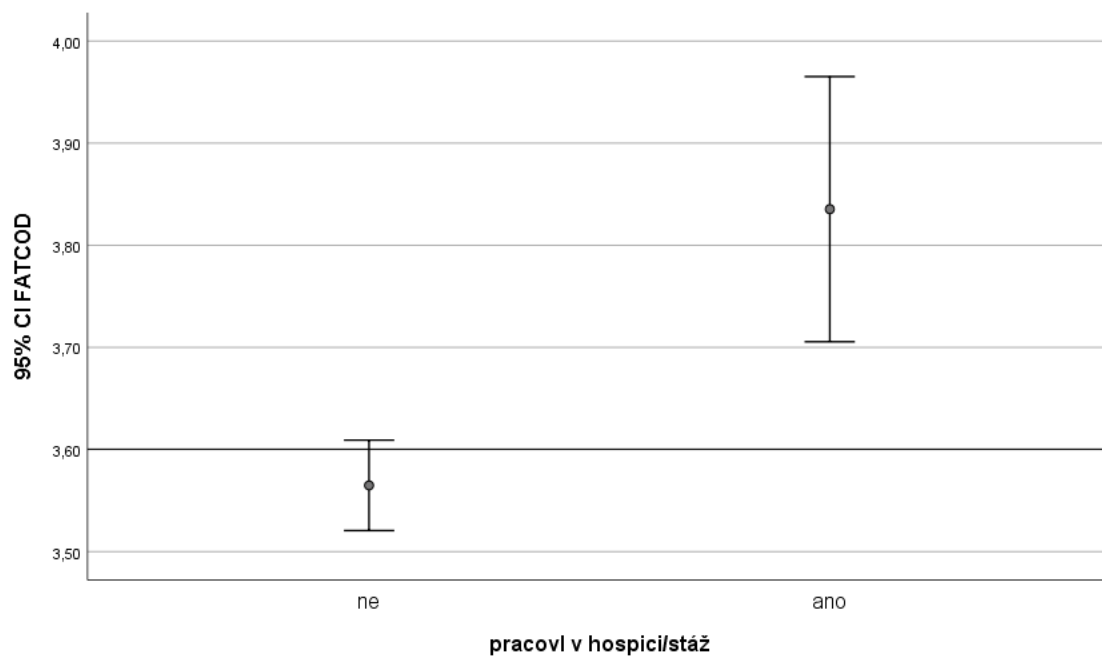
Obr. 50 FATCOD x Pacient má stanovený cíl péče



Zdroj: Vlastní

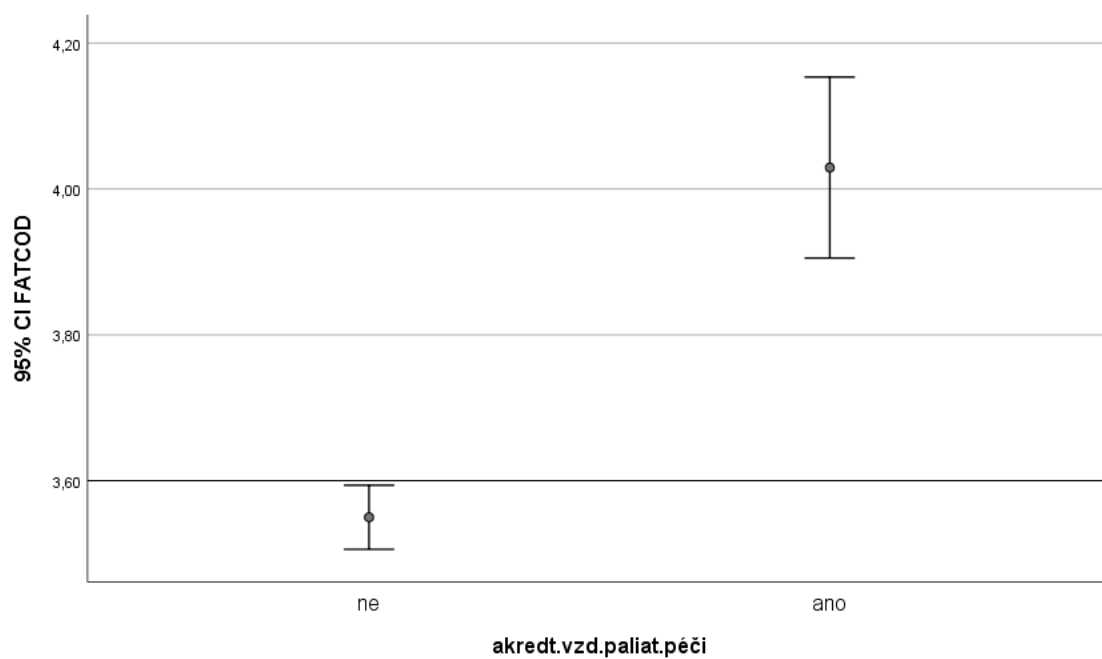
S vyšší mírou FATCOD je také asociováno vzdělávání v paliativní péči resp. absolvované stáže. Jak ukazují grafy níže (Obr. 51 resp. Obr. 52). Skupina, která pracovala v hospici nebo v něm byla na stáži má průměrnou míru FATCOD 3,8 (oproti 3,6 pro ty, kteří v hospici nebyly). Absolvování akreditované vzdělání vykazuje rozdíly ještě větší. Zdravotníci s akreditací v paliativě mají průměrnou FATCOD 4,0 ti, kteří obdobné vzdělání neabsolvovali pouze 3,5.

Obr. 51 FATCOD x pracoval v hospici / byl na stáži



Zdroj: Vlastní

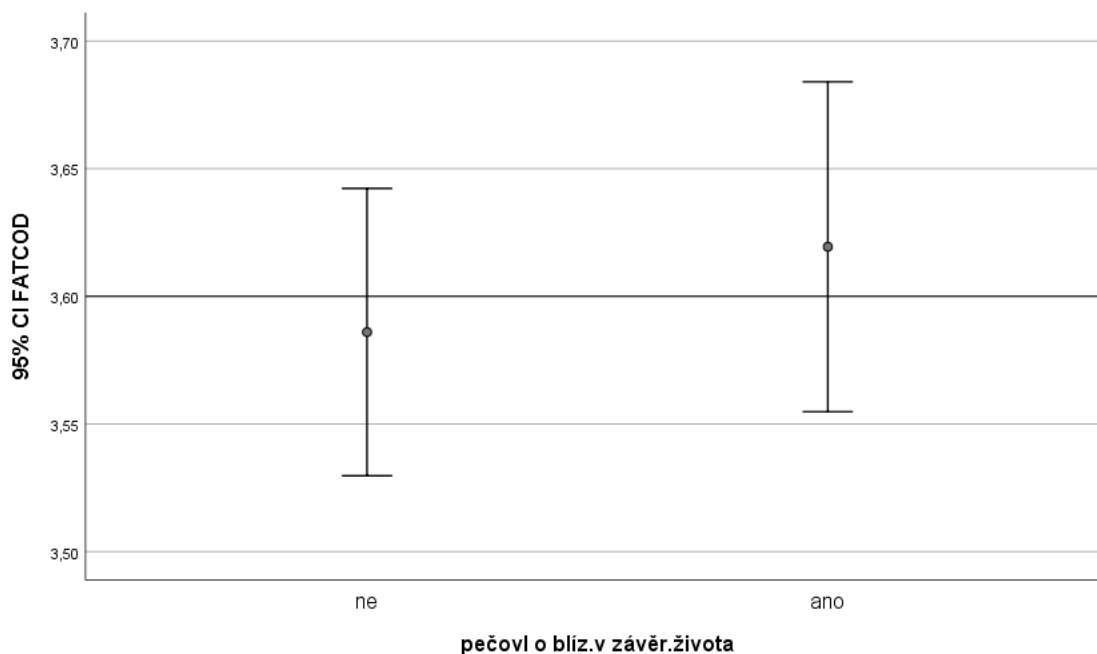
Obr. 52 Absolvoval akreditované vzdělání v paliativní péči



Zdroj: Vlastní

Rozdíl v míře FATCOD vykazují také skupiny, které pečovaly o blízké v závěru. Byť tyto skupiny také mají větší rozptyl než předcházející (viz. Obr. 53).

Obr. 53 FATCOD x péče o blízkého v závěru života



Zdroj: Vlastní

2.6.6 Diskuze TŘETÍ FÁZE

Paliativní týmy dosahují po dvou letech vykazali vyšší míru zpětné vazby (navýšení průměrně o 5%). Všechny týmy kromě jednoho měly lepší hodnocení od spolupracujících kolegů než v roce 2020. Dle zpětné vazby usuzujeme, že proces implementace paliativní péče do nemocnic postupuje. Skupiny, které s paliativním týmem nespolupracují nebo o něm nevnímají z 92% nevnímají práci K TPP jako komplikaci v péči, zároveň tato skupina má nižší míru postoj k péči o umírající. Můžeme se jen domnívat, jak vliv má míra FATCOD na to, jestli chtějí spolupracovat s paliativním týmem. Individuální postoj k péči o umírající může mít také dopad na fakt, jestli mají pacienti na oddělní stanovený plán péče.

Míra psychického bezpečí se ukazuje po dvou letech jako stabilní veličina. Ačkoliv můžeme předpokládat, že v tomto období došlo k výměně několika pracovníků, vykazuje PSYSAF podobnou úroveň ve všech týmech, což může být způsobeno rigiditou prvků organizační kultury. Jinými slovy míra psychického bezpečí se může udržet navzdory měnícím se členům týmu.

Naopak individuální hodnota UWES (angažovanost) vykazala značné navýšení (průměrně o 26%). Domníváme se, že toto navýšení mohlo být způsobeno několika faktory. Týmy si procházely dle výpovědí v první fázi výzkumu náročným obdobím způsobeným velkým odporem ze strany spolupracujících oddělení. Po dvou letech si členové mohli na tyto komplikace zvyknout, nebo spíš se jim lépe podařilo integrovat do systému péče a zdravotníci již lépe vnímali jejich benefienci. Zároveň se ukazuje, že práce v paliativním týmu může na individuální úrovni vést k větší angažovanosti.

Zajímavé výsledky ukázala škála FATCOD ve vztahu ke vzdělávání. V první fázi výzkumu bylo identifikováno několik tzv. *eye openers* – faktorů, které mají potenciál měnit postoj zdravotníka k péči o pacienty v závěru života. Data z výzkumu významně potvrdili zjištění z první kvalitativní fáze.

LIMITACE

Vzhledem k tomu, že byl dotazník distribuován v počáteční fázi projektu, předpokládáme, že velká část oslovených neměla s paliativním týmem zatím žádnou zkušenost, což indikuje i nízká návratnost. Proto by mohlo být při budoucím uplatnění vhodnější (a z hlediska nákladů na výzkum také efektivnější) distribuovat dotazník pouze zdravotníkům, kteří již měli s paliativním týmem zkušenost.

Dotazník PACTCFS měří globální zpětnou vazbu zdravotníků na práci konziliárního týmu. Neupravuje ovšem situaci, kdy pracovník reaguje na více konzilií u více (rozdílných) pacientů. V takovém případě nevíme, zda výpovědi poskytují jednu průměrnou zpětnou vazbu na dlouhodobou práci týmu nebo jen reakci na jednu situaci (např. u posledního pacienta nebo u zapamatovatelného v určitých ohledech „extrémního“ případu, u něž lze předpokládat, že bude odrážet spíše pozitivní zkušenosti). Na výsledky mohou mít vliv strukturální charakteristiky jednotlivých týmů zařazených do výzkumu. Studie se zúčastnily konziliární týmy paliativní péče s odlišnou dobou zkušenosti s poskytováním péče, některé týmy měly v době realizace prvního šetření pouze půlroční historii, jiné tříletou, jeden tým pracoval výhradně s dětskými pacienty, některé výhradně s dospělými, část měla dětské i dospělé pacienty. Průzkum byl realizován ve čtyřech fakulturních nemocnicích a dvou krajských s rozdílnou velikostí (od 1700 až po 6000 zaměstnanců). Limitací může být také nižší návratnost dotazníků ze třetí fáze výzkumu (nižší než druhé fázi).

ZÁVĚREČNÁ DISKUZE

Tato disertační práce byla zaměřena na objasnění, do jaké míry a jakým způsobem současně převládající institucionální kultura českých nemocnic interaguje s procesem implementace paliativní péče. V zahraničních studiích nalezneme identifikovány mezi bariérami implementace paliativní péče v nemocnicích takové, které mohou mít svůj původ v organizační kultuře (např. Bergenholtz H., Jarlbaek L., Hølge-Hazelton B, 2015, Gardiner C., Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton, 2011, Den Herder - van der Eerden, M. a kol., 2018). Například Gardiner, C. et al. (2011) popisuje, že bariéry, které vnímáme v procesu implementace paliativní péče v nemocnicích, mohou pramenit z rozdílných paradigmat mezi nemocniční a paliativní péčí. Jde například o rozdíly v přístupu k péči o starší osoby nebo o zaměření na kurativní léčbu na úkor zanedbávání paliativních potřeb pacientů.

Výzkum ukázal rozdíl mezi převažující kulturou v českých nemocnicích a kulturou paliativních týmů. Převažující kultura v nemocnicích se zaměřuje na vysokou efektivitu, což může vést k více paternalistické komunikaci s pacienty a nedostatečným příležitostem pro komunikaci mezi kolegy, což zvyšuje pravděpodobnost konfliktů. Toto pojetí managementu připomíná mechanistické pojetí řízení lidských zdrojů, které bylo díky Weberovi (1929) populární v první polovině 20.století. Redukcionistické pojetí člověka jako *součástky stroje* bylo v následujících obdobích překonáno a můžeme pouze spekulovat, z jakých důvodů je stále do určité míry zachováno ve zdravotnictví. Jedním z faktorů může být velmi silná kultura, která udržuje původní modely managementu i v 21.století.

V první fázi výzkumu jsme identifikovali, že se kultura paliativní péče vyznačuje několika kulturními atributy (partnerský přístup k pacientům, rovnost mezi členy týmu, reflexe vlastní práce, zaměření na potřeby pacienta, empatický přístup, vyšší psychická bezpečnost a angažovanost členů týmu). V souladu se Scheinem (2004) si paliativní týmy vytvořili vlastní kulturu. Byl identifikován vzorec sdílených základních přesvědčení, které tyto skupiny přijaly při řešení problémů během fáze sociálního učení, k čemuž jim napomohla také vysoká míra psychického bezpečí a angažovanosti jejich členů. Zároveň odpor, kterým čelili členové paliativního týmu v počátcích své existence, může taky

poukazovat na napětí mezi hodnotami paliativních týmů a jejich kolegů. Zaměstnanec je v souladu se systémem nemocnice, pokud je zároveň ve shodě s organizační kulturou zařízení, ve kterém pracuje. Pacient se závažným život omezujícím onemocněním přináší složité potřeby, které překračují hranice poskytovaných služeb v nemocnicích – jeho možnosti uzdravení jsou omezené, potřebuje více času na diskusi o svém stavu a koordinace péče je náročnější. Nezabývá se pouze svým zdravotním stavem, ale pravděpodobně má také sociální, psychologické a duchovní potřeby. Týmy paliativní péče jsou lépe schopné na tyto potřeby reagovat.

Kromě převažující nemocniční kultury také individuální dovednosti (například empatie a angažovanost) a specifické "eye openers" ovlivňují schopnost zdravotnického pracovníka reagovat na paliativní potřeby. Okolnosti, které umožňují zdravotnickým pracovníkům pochopit, že potřeby pacientů jsou širší, než se původně domnívali, hrají klíčovou roli. Mnoho odborníků, kteří byli citlivější k paliativním potřebám, mělo osobní zkušenost se smrtí někoho blízkého, ať už pozitivní (ve spolupráci s domácím hospicem nebo hospitalizací v hospicovém zařízení) nebo negativní, kdy jejich blízký umíral za špatných podmínek. Zkušenosti, jako jsou stáže ve specializovaných zařízeních pro paliativní péči nebo účast na kurzech relevantních pro paliativní péči, také ovlivnily jejich schopnost rozpoznat složité potřeby.

Tyto faktory byly zřejmé nejen během kvalitativní první fáze, ale i v závěrečné fázi dotazníkového šetření, které popisovalo statisticky významný rozdíl v postojích k péči o umírající mezi zdravotníky, kteří měli podobné zkušenosti, a těmi, kteří je neměli. Konkrétně se to projevilo ve zvýšené míře postoje k péči o umírající. Respondenti, kteří měli zkušenosti s hospicem nebo absolvovali akreditované vzdělání v oblasti paliativní péči, projevovali vstřícnější postoj k práci s umírajícími pacienty. Pro zdravotnictví je to povzbudivá zpráva, protože schopnost rozpoznat paliativní potřeby je pravděpodobně dovedností, kterou se mohou profesionálové naučit.

Paliativní týmy během procesu implementace paliativní péče často využívají jako převažující strategii síťování s profesionály v nemocnicích, což již popsala Den Herder-van der Eerden, M. et al. (2018). Jeden z respondentů to vystihl slovy: „*Spolupracujte s těmi, kteří vás mají rádi*“. Výzkum ve druhé fázi ukázal, že hlavní strategií není pouze

spolupráce s těmi, kteří jsou paliativní péči nakloněni, ale také schopnost vytvářet v týmu pocit psychického bezpečí, což podporuje týmové učení. Paliativní týmy vykazovaly signifikantně vyšší míru psychického bezpečí a angažovanosti než jejich kolegové na ostatních odděleních. Zároveň platilo, že čím bližší vztah má zaměstnanec k paliativnímu týmu, tím vyšší úroveň psychického bezpečí a angažovanosti vykazuje. Pokud zároveň porovnáme výsledky nemocnic z druhé a třetí fáze výzkumu, došlo k průměrnému absolutnímu nárůstu angažovanosti o 26 %, psychické bezpečí se navýšilo o 3 %. Zároveň se průměrně navýšila míra zpětné vazby o 5 %. Pozitivní hodnocení se projevovalo i v jednotlivých oblastech. S paliativními týmy by i nadále mělo zájem spolupracovat v roce 2022 93 % zdravotníků (v porovnání s 83 % v roce 2020).

Newman, Donohue & Eva (2017) zdůrazňují, že psychické bezpečí je zvláště důležité v pracovních prostředích, kde je bezpečnost zaměstnanců a zákazníků prioritou, jako v zdravotnictví nebo letectví. Podle jejich systematické rešerše psychické bezpečí významně přispívá ke snižování chyb zaměstnanců a zvyšování celkové bezpečnosti. Měření úrovně psychického bezpečí ve zdravotnictví může pomoci vedoucím pracovníkům a primářům identifikovat oblasti pro rozvoj a poskytuje jim nástroj pro efektivní snižování chybovosti a zlepšování kvality péče.

Výzkumy ukazují (Newman, Donohue & Eva, 2017; Edmondson, 1999; Edmondson & Lei, 2014; Chen et al., 2017; Beckhoven, 2017), že psychické bezpečí a reflexivita hrají mediační roli v procesu týmového učení. Otázka, jak měnit psychické bezpečí na pracovišti, zůstává otevřená. Rosebrook (2018) považuje pro vytvoření psychického bezpečí za klíčové podmínky, které podporují dialog mezi členy týmu, především vedení, které by mělo členy týmu podporovat ve vyjadřování názorů, vzájemné zpětné vazbě, otevřenosti k chybám a sdílení příkladů vlastních neúspěchů. V současnosti však nemáme dostatečná empirická data, která by dokázala, jaké konkrétní nástroje efektivně ovlivňují změny v psychickém bezpečí. Zde se nabízí prostor pro další výzkumné iniciativy, které by měly za cíl sledovat procesy změny úrovně psychického bezpečí a identifikovat funkční nástroje pro řízení týmů. Zkušenosti z paliativních týmů ukazují, že psychické bezpečí hraje klíčovou roli v procesu týmového učení a je spojeno s vyšší mírou zpětné vazby a angažovaností členů týmu.

Aldridge et al. (2016) poukazuje, že pro úspěšnou implementaci je potřeba změna organizační kultury v zařízení, a ačkoliv změna kultury může být dlouhodobý a náročný proces, výhody psychického bezpečí mohou týmům a organizacím usnadnit růst a přizpůsobení se neustále se měnícímu prostředí a mohou také představovat důležitý prvek pro řízení kvality v organizaci. Lepší pochopení přínosů psychické bezpečnosti a faktorů, které ji ovlivňují, umožní manažerům vytvářet bezpečnější pracovní prostředí, ve kterém budou pracovní týmy lépe schopny čelit současným výzvám a poskytovat kvalitnější služby. Jako další faktor, který může hrát roli v procesu implementace paliativní péče do nemocnic můžeme vidět i způsob, jakým je do systému péče zaváděn. Bate et al. (2004) rozpoznává dva typy přístupů ke změně systému *the programatic* (programový), který je obvykle používán ve zdravotnictví a je založen na centrálně vedeném procesu změny a *social movements* (sociální hnutí), které je naopak založené na přístupu zdola-nahoru a na neformálním procesu změn. Implementace paliativní péče do nemocnic vykazuje přístupy oba, jak programový „centrálně vedený“ ve formě projektu MZČR, tak přístup zdola-nahoru založený na „ostrůvcích pozitivní deviance“ (Grosskopfová I. 2004, Mojžíšová 1997). Bate et al. (2004) také dovozuje, že čím víc se hodnoty, aspirace a identita člověka shodují se samotným hnutím, tím větší je pravděpodobnost, že se člověk k takovému hnutí připojí a bude ochotný do něj investovat vlastní energii. Nárůst počtu paliativních týmů v nemocnicích za posledních pět let (ze 4 na více než 40) naznačuje, že hodnoty, které s sebou přináší paliativní péče, pravděpodobně tento náboj mají.

Studie poukázala i na jiná témata, která se přímo netýkají cíle výzkumu, ale mají vypovídající hodnotu. Ve třetí fázi výzkumu pouze 47 % zdravotníků uvedlo, že s maximálně třetinou pacientů nebo jeho blízkými je rozhodnutí o limitaci péče (např. DNR, DNI) diskutováno. Což poukazuje na rozdíl mezi nemocniční praxí a rozhodnutím Ústavního soudu (Ústavní soud, 2023), který minulý rok ve svém nálezu dovedl, že nemocnice v případě marné péče není povinna provést resuscitaci, ale je však odpovědná za nezapojení pacienta nebo jejích blízkých do rozhodování o péči v závěru života.

Doporučení pro další praxi bychom shrnuli do několika bodů:

1. S rostoucím počtem konziliárních týmů paliativní péče v českých nemocnicích se do popředí také dostává otázka kvality poskytovaných služeb. Ve zdravotnictví se obvykle rozumí kvalitou nastavení indikátorů *struktury, procesů a výstupů* služby, které se průběžně monitorují a vyhodnocují.

Nastavení indikátorů kvality může měnit chování členů týmu směrem k naplňování stanovených ukazatelů, což je žádoucí pro řízení kvality, zároveň to také může mít i negativní dopady na samotnou práci, právě z důvodu redukce kvality na souhrn vybraných indikátorů. Identifikace vhodných indikátorů se tak stává strategickým rozhodnutím pro každý paliativní tým, který následně tvaruje podobu celé služby. Zaměřením na aktivní podporu míry psychického bezpečí, jako jeden z indikátorů péče, může mít pozitivní dopad na kvalitu poskytované péče.

2. Vzdělávání v paliativní péči by mohlo obsahovat i ukazatele změny postoje účastníků kurzu k práci s umírajícími před a po jeho absolvování. Dotazník FATCOD se pro tento účel jeví jako jeden z možných nástrojů.
3. Dotazník PACTCFS měřil v rámci této práce globální zpětnou vazbu zdravotníků na práci konziliárního týmu. Škála ovšem neupravuje situaci, kdy pracovník reaguje na více konzilií u více (rozdílných) pacientů. V takovém případě nevíme, zda výpovědi poskytují jednu průměrnou zpětnou vazbu na dlouhodobou práci týmu nebo jen reakci na jednu situaci. Paliativní týmy by mohly benefitovat, pokud by dotazník zařadili jako pravidelný nástroj pro zjištění zpětné vazby na spolupráci u konkrétních pacientů.
4. Z výsledků je vidět další možný prostor pro propagaci služeb paliativního v nemocnici, respondenti se významně shodli v potřebě paliativní péče, zároveň velká část neví, co od paliativního týmu očekávat. Zároveň také vnímají, že jim pacienti v závěru života berou čas na úkor ostatních pacientů. Jedním z problémů ve spolupráci s paliativním týmem se ukázal být i jejich přístup k péči o umírající (čím dál stojí zdravotník od paliativního týmu, tím nižší má hodnotu míry postoje k práci s umírajícím).
5. Výsledky šetření z této studie mohou být použity v rámci vyjednávání s vedením nemocnic jako podpůrný materiál.

Vnímáme, že stále existuje větší počet zásadních otázek. Jak mohou nemocnice využít silné stránky paliativních týmů? Mohou být inspirací nejenom v péči o pacienty, ale také ukázkou, jak podpořit psychické bezpečí a zvýšit angažovanost? Můžeme zvýšit

psychické bezpečí i u jiných než paliativních týmů? Zvýší se tím kvalita péče a spokojenost zaměstnanců?

Další studie by se mohly zaměřit na faktory ovlivňující kvalitu služeb, která by byla koncipována ideálně jako komplexní ukazatel kvality kombinující více indikátorů (nejenom zpětnou vazbu od zdravotníků spolupracujících s paliativním týmem, ale také zpětnou vazbu od pacientů a jejich rodin případně i jiné indikátory výstupu). Vhodné by při tom bylo ověřovat působení takových faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu služby mimo rámec běžně uplatňovaného konceptu kvality péče (tj. vhodná struktura služby a nastavené procesy vedou k dobrým výstupům), jako například osobní angažovanost jednotlivých členů týmu, manažerské dovednosti vedoucího týmu, pocit psychického bezpečí v týmu apod. Jelikož bývá angažovanost označována jako opačná škála k vyhoření (Schaufeli et al., 2006), data z naší ukázky, že členům paliativního týmu vyhoření spíše nehrozí. Na přesné důvody by se také mohly zaměřit navazující výzkumné projekty.

LITERATURA

6 faktů o paliativní péči | Konecdobry.cz. 2018. Available at: <https://konecdobry.cz/sest-faktu#pp-neni-o-smrti/1> (Accessed: 15 April 2018).

Aldridge, M. D. et al. 2016. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review, *Palliative Medicine*, 30(3), pp. 224–239.

Armstrong, M. 2015. *Human Resource Management*, Prague : Grada

Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1990). The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development*, 4, 231–272.

Bate P, Robert G, Bevan H. 2004. The next phase of healthcare improvement: what can we learn from social movements? *BMJ Quality & Safety*; 13:62-66.

Bergmann, B., & Schaeppi, J. (2016). A data-driven approach to group creativity. *Harvard Business Review*, 12th July 2016.

Beckhoven, S., 2017. Reflexivity in self-managing teams: do transformational leadership style, psychological safety, shared vision, diversity and workload make a difference?

Brinkley, RW 2013. The case for values as a basis for organizational culture. *Frontiers Of Health Services Management*. 30, 1, pp. 3-13.

Bryman, A. 2012. *Social research methods*. Oxford University Press.

CAPC. 2019. *Recommended Program Measures and CAPC Measurement Toolkit*. Dostupné z <https://www.capc.org/documents/239/>

Carmeli, Abraham & Sheaffer, Zachary & Binyamin, Galy & Reiter-Palmon, Roni & Shimoni, Tali. (2014). Transformational Leadership and Creative Problem-Solving: The Mediating Role of Psychological Safety and Reflexivity. *The Journal of Creative Behavior*. 48. 10.1002/jocb.43.

ČSPM. 2013. Standardy paliativní péče. Dostupné z <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf>

Davies, H. T. O., Mannion, R., Jacobs, R., Powell, A. E., & Marshall, M. N. (2007). Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Medical Care Research Review*, 64, 46-65.

Den Herder-van der Eerden, M. et al. 2018. Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries. *Palliative Medicine*.

Edmondson, A. (1999) 'Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams', *Administrative Science Quarterly*, 44(2), pp. 350–383. doi: 10.2307/2666999.

Edmondson, et al. 2002. The local and variegated nature of learning in organizations. *Organ. Sci.* 13(2):128–46

Edmondson, et al. 2003. Speaking up in the operating room: how team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *J. Manag. Stud.* 40:1419–52.

Edmondson, Amy & Lei, Zhike. (2014). Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 1. 23-43. 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305.

Froedtert Hospital, 2020. Referring clinician satisfaction survey. www.froedtert.com. Milwaukee Wisconsin.

Gardiner C., Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton. 2011. *Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals*, *Age and Ageing*, Volume 40, Issue 2, 1 March 2011, Pages 233–238, <https://doi.org/10.1093/ageing/afq172>.

Gibbs, K. D. *et al.* (2015) ‘An Assessment of Hospital-Based Palliative Care in Maryland: Infrastructure, Barriers, and Opportunities’, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier, 49(6), pp. 1102–1108. doi: 10.1016/J.JPAINSYMMAN.2014.12.004.

Grosskopf I. 2004. *Accompanying the dying transforms people*. Catholic Weekly. <https://www.katyd.cz/clanky/doprovazeni-umirajicich-lidi-promenuje.html>

Havrdová, Z. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích.

Havrdová, Z. & Šmídová, O. 2011. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií UK.

Handy Ch. 1993. *Understanding Organizations*. Penguin books.

Hofstede, G. 1991. *Cultures and Organizations: Software of the mind*. London : McGraw-Hill Book Company

Honzák, R. 2003. *Nemoci jsou stovky, pacient je vždy jen jeden*. Psych@som 2, 2003. Dostupné z < http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS_2003_2.pdf >

Chen, S., Zhang, G., Zhang, A. and Xu, J. 2016. Collectivism-oriented human resource management and innovation performance: An examination of team reflexivity and team psychological safety. *Journal of Management & Organization*. Cambridge University Press, 22(4), pp. 535–548. doi: 10.1017/jmo.2015.50.

CHOP. 2019. Pediatric Advanced Care Team Consult Feedback Survey.

Quinn, R. and Rohrbaugh, J. 1983. *A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Toward a Competing Values Approach to Organizational Analysis*. *Management Science*, 29, 363-377. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363>.

Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33, 692–724.

Karahanna, E., Evaristo, J. R. and Srite, M.: *Levels of Culture and Individual Behaviour: An Integrative Perspective*. Journal of Global Information Management. Volume April - June, 2005.

Khaptsova, A., Schwartz, S. H. (2016). Life satisfaction and value congruence: Moderators and extension to constructed socio-demographic groups in a Russian national sample. *Social Psychology*, 47(3), 163–173. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000268>

Klomínková, P. 2012. Analýza organizační struktury IKEM.

Kodymova, P. et al, 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. *Časopis pro sociální práci*. 3/2015. MPSV.

Konradt, Udo & Otte, Kai-Philip & Schippers, Michaéla & Steenfatt, Corinna. (2015). Reflexivity in Teams: A Review and New Perspectives. *The Journal of psychology*. 150. 1-34. 10.1080/00223980.2015.1050977.

Kostopoulos, K. C. and Bozionelos, N. (2011) 'Team Exploratory and Exploitative Learning: Psychological Safety, Task Conflict, and Team Performance', *Group & Organization Management*, 36(3), pp. 385–415. doi: 10.1177/1059601111405985.

Krejčí, J., Lorenz, . W. ., Šafr, J. a Kopecký, O. 2022. *Kvalita služeb poskytovaná konziliárními týmy paliativní péče – hodnota zpětné vazby*. *Paliativní medicína*, 3(2), s. 49–57. Dostupné z: <https://www.palmed.cz/pm/article/view/87>.

Krupková, S. 2012. Perception of the role of the health worker and the organizational culture of the health workplace. Master thesis. Prague.

Kýrová, J. 2014. *Analýza organizační kultury vybrané organizace veřejného sektoru*. Masarykova univerzita.

Lafková, H. 2014. *Podniková kultura vybrané společnosti - její role v implementaci strategie*. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI.

Lines, Robin & Pietsch, Simon & Crane, Monique & Ntoumanis, Nikos & Temby, Philip & Graham, Sally & Gucciardi, F.. 2021. *The effectiveness of team reflexivity interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Sport, Exercise, and Performance Psychology. 10. 10.1037/spy0000251.

Lejsal, M., Krejčí, J. (2020). Palliative Care Systems - International Comparison of the Czech Republic and Ireland - Lessons Drawing. *Caritas et veritas*, 10(1), 36-49. doi: 10.32725/cetv.2020.006

Leroy, H., Dierynck, B., Anseel, F., Simons, T., Halbesleben, J. R. B., & McCaughey, D. (2012). Behavioral integrity for safety, priority of safety, psychological safety, and patient safety: A team-level study. *Journal of Applied Psychology*, 97, 1273–1281.

Lewis, P. J., and Tully, M. P. 2009. Uncomfortable prescribing decisions in hospitals: the impact of teamwork. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102, 481-488.

Loučka, M., Poláková, K. *Paliativní Péče v hlavním městě Praha*. 2018

Lukášová, R., Nový I. et al. 2004. Organizational culture: from shared values and goals to higher business performance. Prague: Grada. ISBN 80-247-0648-2.

Lukášová, R., 2010. Organizational culture and its change, Prague.

Lyubovnikova, J., & West, M. A. (2013). Why teamwork matters: Enabling health care team effectiveness for the delivery of high quality patient care. In E. Salas, S. I. Tannenbaum, D. Cohen, & G. Latham (Eds.), *Developing and enhancing teamwork in organizations* (pp.331-372). San Francisco: Jossey Bass.

Matoušová, D. (2011) *'Organizační kultura v Nemocnici Písek, a.s.'* Vysoká škola ekonomická v Praze.

Matulová, M., 2021. *Psychická bezpečnost práce a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií.

Mayo, E., 1966. *The human problems of an industrial civilization* 4th. ed., New York: Viking.

- Meterko, M., Mohr, D. C., & Young, G. J. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*,42, 492-498.
- MZČR. 2019. *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*. www.paliativa.cz
- Mojžíšová, M. 1998. Dětská paliativní péče. *Časopis lékařů českých. ČLK. Vol.1/20018*.
- Molinengo G, Loera B, Miniotti M, Leombruni P. 2022. Shortening the Frommelt Attitude Toward the Care Of the Dying Scale (FATCOD-B): a Brief 9-Item Version for Medical Education and Practice. *J Cancer Educ.*;37(6):1736-1742. doi:10.1007/s13187-021-02020-3
- MZČR. 2022. www.paliativa.cz.
- NAC. 2020. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care (on-line), dostupné na: <http://hospicefoundation.ie/wpcontent/uploads/2012/07/Report-of-the-National-Advisory-Committee-on-Palliative-Care-2001.pdf>, citováno dne 3. 5.
- Nadační fond Avast. 2018. Dostupné z: <http://nadacnifond.avast.cz/nemocnice>.
- Nakonečný, M. 1998. *Základy psychologie*: Academia.
- Nembhard, I.M., & Edmondson, A. C. (2011). Psychological safety: A foundation for speaking up, collaboration, and experimentation. In K. S. Cameron, & G.M. Spreitzer (Eds.), *The Oxford handbook of positive organizational scholarship*. Oxford: Oxford University Press.
- Newman, A., Donohue, R. & Eva, N., 2017. *Psychological safety: A systematic review of the literature*. *Human resource management review*, 27(3), pp.521-535.
- Nováková, V. 2012. *Organizační kultura zdravotnického zařízení: případová studie*.
- Ostroff, C, Yuhyung, S, & Kinicki, A. 2005. *Multiple Perspectives of Congruence: Relationships between Value Congruence and Employee Attitudes*. *Journal of Organizational Behavior*, 6, p. 591, JSTOR Journals, EBSCOhost, accessed 15 October 2016.

Pearsall, M. J., & Ellis, A. P. J. (2011). Thick as thieves: The effects of ethical orientation and psychological safety on unethical team behaviour. *Journal of Applied Psychology*, 96, 401–411.

Piloušková, I. 2016. *Organizační kultura zdravotnického zařízení a její odraz ve spokojenosti a stabilizaci zaměstnanců*. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

Putnová, A., Seknička, P., Uhlář, P. 2008. Význam společenské odpovědnost podniku pro efektivní správu společnosti.. *Acta Universitatis Carolinae -Iuridica*. Vol. 3. pp. 65-83.

Rosebrook, H. M. (2018) ‘Organizational and Team Psychological Safety within Health Care and Public Health Organizations’. The Ohio State University Pressbooks.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. 2006. *Utrecht Work Engagement Scale-9 (UWES-9)* [Database record]. APA PsycTests.

Schein, E. H., Bennis, W. (1965). *Personal and organizational change through group methods*. New York: Wiley.

Schneider, B., & Barbera, K. M. (2014). Introduction: The Oxford handbook of organizational climate and culture. In B. Schneider & K. M. Barbera (Eds.), *The Oxford handbook of organizational climate and culture* (pp. 3–20). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199860715.013.0001>

Schwartz, S. H. 2006. Basic Human Values: An Overview. Jeruzalém: The Hebrew University of Jerusalem:. Dostupné z:
<<http://www.yourmorals.org/schwartz.2006.basic%20human%20values.pdf>>

Scott, T. et al. 2003. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(2), pp. 105–117.

Scott, T. et al. 2003. Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford University Press, 15(2), pp. 111–118. doi: 10.1093/intqhc/mzg021.

Scott, T. *et al.* 2003. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Services Research*. Blackwell Publishing, 38(3), pp. 923–945. doi: 10.1111/1475-6773.00154.

Sláma O., Krejčí, J. a kol. 2019. Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Praha: MZČR.

Sláma O. 2020. *Dotazníkový průzkum dostupnosti specializované paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR*. MZČR. Dostupné z <https://paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-nemocnicich-je-pro>

Stříbrný, M., 2022. Vliv psychické bezpečnosti na motivaci a osobní angažovanost pracovníků v sociálních službách v Domově Maxov. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií.

Svatošová, M. 2003. Hospice a umění doprovázet. 5. Vydání. Praha: Ecce homo.

Šachová, Z. 2011. Vyhodnocení organizační kultury nemocnice v dimenzi: týmové spolupráce, komunikace, vztahu k práci'. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Šubrt, J., 2014. Soudobá sociologie, Prague: Karolinum.

Ústavní soud. 2023. Nález. Dostupný zde <https://www.usoud.cz/aktualne/ucast-otce-u-porodu-spada-do-prava-na-rodinny-zivot-soudy-se-budou-znovu-zabyvat-zakonnosti-opatreni-ministerstva-zdravotnictvi-ktere-v-dobe-pandemie-pritomnost-otcu-zakazalo>

VA Ann. 2020. ICU Provider Satisfaction Survey with the Palliative Care Program. Arbor Healthcare System. www.annarbor.va.gov.

Válková, B. 2015. Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Praha: IPVZ. Dostupné z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>.

Vévoda, J., Vévodová, Š., Nakladalová, M., Grygová B., Kisvetrová, H., Niedworok, E., Chrastina, J., Svobodová, D., Králová, P., Merz, L. 2016. *The relationship between psychological safety and burnout among nurses*. Pracovní lékařství. 68. 40-46.

Vorlíček, J., Adam, Z. and Pospíšilová, Y. et al. 2004. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing.

Weber, M.: *Politika jako povolání*. Praha. Orbis. 1929

West, M.A. (2000). Reflexivity, revolution, and innovation in work teams. In M.M. Beyerlein, D. Johnson, & S.T. Beyerlein (Eds.), *Product development teams* (Vol. 150, pp. 1–29). Stamford, CT: JAI Press.