

Role age managementu při zvládání digitalizace ve zdravotnictví ve vybrané organizaci

Bc. Veronika Škodová, MBA

Diplomová práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Škodová, MBA
Osobní číslo:	M23258
Studijní program:	N0413A050020 Management ve zdravotnictví
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Role age managementu při zvládání digitalizace ve zdravotnictví ve vybrané organizaci

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Popište teoretické poznatky problematiky age managementu při zvládání výzev digitalizace ve zdravotnictví.

II. Praktická část

- Charakterizujte vybranou společnost, její současný stav a historii.
- Analýzujte současný přístup vybrané organizace k řízení age managementu orientovaný na podporu zaměstnanců při adaptaci na digitální technologie ve vybrané zdravotnické organizaci.
- Na základě výsledků analýzy navrhněte řešení implementace age managementu orientovaný na podporu zaměstnanců při adaptaci na digitální technologie ve vybrané zdravotnické organizaci.
- Navržený projekt podrobte časové, nákladové a rizikové analýze.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ARMSTRONG, Michael; AYLOR, Stephen. *Armstrong's handbook of human resource management practice*. 14. vyd. London: Kogan Page, 2017. ISBN 978-0-7494-7411-9.
HARTE, John. *Successful management in the digital age*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2016. ISBN 978-1-41286-324-7.
TÁBORSKÝ, Miloš. *Digitální medicína 2022*. Praha: EEZY, 2022. ISBN 978-80-908638-8-0.
URBACH, Nils; RÖGLINGER, Maximilian. *Digitalization cases: how organizations rethink their business for the digital age*. Cham: Springer, 2019. ISBN 9783319952727.
URBANCOVÁ, Hana. *AGE management v organizacích: praktické využití a přínosy*. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 978-80-7552-772-1.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Ing. Aleš Gregar, CSc.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **10. února 2025**
Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2025**

L.S.

doc. Ing. Michal Pilík, Ph.D.
děkan

prof. Ing. Boris Popesko, Ph.D.
garant studijního programu

Ve Zlíně dne 10. února 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení diplomové práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na diplomové práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Digitalizace zdravotnictví zásadně mění způsoby poskytování zdravotní péče a klade nové nároky na zdravotnický personál. Různé generace zaměstnanců se liší v digitálních dovednostech, což ovlivňuje úspěšnost implementace moderních technologií. Cílem práce je analyzovat roli age managementu při adaptaci zaměstnanců na digitalizační procesy a identifikovat bariéry, které brání efektivnímu využívání digitálních nástrojů. Pomocí kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu ve vybrané zdravotnické organizaci jsou zjištěny klíčové faktory ovlivňující mezigenerační spolupráci. Výsledkem jsou návrhy opatření zaměřené na zlepšení IT dovedností a podporu věkové diverzity, s cílem zvýšit efektivitu práce a kvalitu poskytované péče.

Klíčová slova: age management, digitalizace zdravotnictví, nemocniční informační systémy, věková diverzita, adaptace zdravotnického personálu, elektronická dokumentace

ABSTRACT

The digitalization of healthcare fundamentally changes the ways of providing health care and places new demands on medical staff. Different generations of employees differ in digital skills, which affects the success of implementing modern technologies. The aim of the thesis is to analyse the role of age management in the adaptation of employees to digitalization processes and to identify barriers that hinder the effective use of digital tools. By using a combination of quantitative and qualitative research in a selected healthcare organization, key factors influencing intergenerational cooperation are identified. The outcome is a set of proposed measures aimed at improving IT skills and supporting age diversity, with the goal of increasing work efficiency and the quality of provided care.

Keywords: age management, digitalization of healthcare, hospital information systems, age diversity, adaptation of medical staff, electronic documentation

Na tomto místě bych ráda vyjádřila svou hlubokou vděčnost všem, kteří mě během zpracování této diplomové práce podporovali, inspirovali a pomáhali mi překonávat výzvy spojené se studiem i každodenními povinnostmi.

Mé největší poděkování patří mé rodině – mému manželovi a našim dcerám – za nekonečnou trpělivost, lásku a podporu. Děkuji za pochopení v okamžicích, kdy práce a studium převážily nad společným časem. Bez vašeho povzbuzení, víry ve mne a tichého zázemí by tato práce nemohla vzniknout. Jste mým nejpevnějším bodem, i když se vše kolem mění.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucímu diplomové práce doc. PhDr. Ing. Aleši Gregarovi, CSc., za odborné vedení, důvěru, nadhled a lidský přístup, který byl pro mě nejen oporou, ale i inspirací.

Poděkování patří rovněž zástupcům zdravotnické organizace, kde byl realizován výzkum, za vstřícnost, otevřenost a ochotu spolupracovat. Velmi si vážím možnosti nahlédnout do reálného prostředí, kde digitalizace a age management nejsou jen teorií, ale každodenní výzvou.

Děkuji i všem přátelům, kolegům a mentorům, kteří mě na této cestě provázeli a kteří svým přístupem podpořili mé odhodlání dotáhnout práci do konce.

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	13
I TEORETICKÁ ČÁST	16
1 ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ	17
2 AGE MANAGEMENT	19
2.1 DEFINICE AGE MANAGEMENTU	19
2.2 HISTORIE A VÝVOJ AGE MANAGEMENTU	20
2.3 KLÍČOVÉ OBLASTI AGE MANAGEMENTU	21
2.3.1 Opatření Age Managementu na národní/regionální úrovni: věková politika	21
2.3.2 Opatření Age Managementu na organizační úrovni	21
2.3.3 Opatření Age Managementu na individuální úrovni	22
2.4 SPECIFIKA AGE MANAGEMENTU VE ZDRAVOTNICTVÍ	23
2.4.1 Demografické změny a jejich vliv na pracovní trh v oblasti zdravotnictví	24
2.5 PŘÍNOSY A LIMITY AGE MANAGEMENTU	25
3 DIGITALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	27
3.1 DEFINICE A VYMEZENÍ POJMU	27
3.2 VIZE ROZVOJE ELEKTRONICKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	27
3.3 VÝZVY PRO ROZVOJ ELEKTRONICKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	29
3.4 DIGITÁLNÍ DOVEDNOSTI ZDRAVOTNÍKŮ A JEJICH ROLE V PROCESU DIGITALIZACE	31
3.4.1 Současný stav digitálních kompetencí zdravotníků v ČR	31
3.4.2 Výzvy a bariéry v rozvoji digitálních dovedností	32
4 SHRUTÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 PŘEDSTAVENÍ NEMOCNICE	37
5.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ANALYZOVANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	37
5.2 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ANALYZOVANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	39
5.3 VĚKOVÉ SLOŽENÍ ZAMĚSTNANCŮ ANALYZOVANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	41
5.4 INFORMAČNÍ A KOMUNIKAČNÍ TECHNOLOGIE V ANALYZOVANÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	43
6 ANALYTICKÁ ČÁST	46
6.1 ROZHOVOR	46

6.1.1	Řízení nelékařského personálu v kontextu adaptace na digitalizaci	47
6.1.2	Personální pohled na age management v digitálním prostředí	49
6.1.3	Vyhodnocení individuálních rozhovorů	50
6.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	52
6.2.1	Realizace sběru dat.....	53
6.2.2	Analýza dotazníkového šetření	54
6.3	ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	62
7	IMPLEMENTACE AGE MANAGEMENTU PŘI ZVLÁDÁNÍ DIGITALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	64
7.1	POPIS PROJEKTU.....	64
7.1.1	Kontext a východiska projektu	64
7.1.2	Cílová skupina projektu.....	65
7.2	PROJEKTOVÝ TÝM.....	66
7.3	KLÍČOVÉ ČINNOSTI.....	67
7.4	MATICE ODPOVĚDNOSTI.....	69
7.5	ČASOVÁ HARMONOGRAM PROJEKTU.....	70
7.5.1	Iniciační fáze.....	71
7.5.2	Plánovací fáze	72
7.5.3	Realizační fáze	73
7.5.4	Evaluační fáze.....	74
7.5.5	Ganttův diagram.....	75
7.6	NÁKLADOVÁ ANALÝZA PROJEKTU	76
7.6.1	Náklady iniciační fáze	76
7.6.2	Náklady plánovací fáze	77
7.6.3	Náklady realizační fáze	79
7.6.4	Náklady evaluační fáze.....	83
7.6.5	Celkové shrnutí nákladů projektu	85
7.7	OČEKÁVANÉ PŘÍNOSY	87
7.8	RIZIKOVÁ ANALÝZA.....	87
7.9	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	91
7.10	DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	92
	ZÁVĚR.....	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	97
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	100
	SEZNAM TABULEK	101
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	102

ÚVOD

Zdravotnictví v současnosti prochází významnou transformací spojenou s digitalizací procesů a zaváděním moderních technologií. Elektronizace zdravotnické dokumentace, implementace nemocničních informačních systémů (NIS) a využívání digitálních nástrojů výrazně mění každodenní praxi zdravotnických pracovníků. Digitalizace přináší výhody v podobě efektivnější správy dat, zrychlení administrativních procesů a lepšího přístupu k informacím, zároveň však klade vysoké nároky na adaptaci zaměstnanců, kteří se s těmito technologiemi musí naučit efektivně pracovat.

Jedním z klíčových faktorů ovlivňujících úspěšnost digitalizace ve zdravotnictví je věková diverzita zaměstnanců. Různé generace zdravotnického personálu se liší nejen pracovními zkušenostmi a přístupem k inovacím, ale i digitálními dovednostmi a ochotou osvojit si nové technologie. Zatímco mladší generace s nimi pracují přirozeně, starší zaměstnanci mohou čelit bariérám v procesu adaptace. Tato skutečnost může vést k nerovnoměrnému přijetí digitalizovaných systémů, což má dopad nejen na efektivitu práce, ale i na kvalitu poskytované péče. Problematika digitalizace zdravotnictví a řízení věkové diverzity je aktuálně řešena nejen v odborné literatuře, ale také v rámci národních strategických dokumentů, jako je Národní strategie elektronického zdravotnictví (MZČR, 2014) nebo Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025 (MPSV, 2021), které zdůrazňují nutnost podpory digitálních kompetencí a rovného přístupu zaměstnanců v různých fázích jejich profesního života.

Tato práce se zaměřuje na roli age managementu v procesu digitalizace zdravotnictví, přičemž sleduje jeho vliv na adaptaci zdravotnického personálu na nové technologie. V teoretické části definuje koncept age managementu a jeho význam v řízení lidských zdrojů se zaměřením na zdravotnictví. Dále se věnuje problematice digitalizace v nemocničním prostředí, popisuje její výhody, výzvy a klíčové faktory úspěšné implementace.

Praktická část je zaměřena na analýzu konkrétní zdravotnické organizace, která již prochází digitalizací. S využitím kvantitativních i kvalitativních metod jsou identifikovány klíčové faktory ovlivňující přijetí digitálních technologií a potenciální bariéry, které mohou vznikat v souvislosti s věkovou diverzitou zaměstnanců.

Výstupem této práce je návrh konkrétních opatření a doporučení, která umožňují efektivnější řízení věkové diverzity při zavádění digitálních technologií v nemocničním prostředí. Závěry přispívají k hlubšímu porozumění vztahu mezi age managementem a

digitalizací ve zdravotnictví a poskytují zdravotnickým organizacím podklady pro optimalizaci adaptačních strategií, které povedou k lepší integraci moderních technologií do každodenní praxe zdravotnického personálu.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Tato diplomová práce se zaměřuje na návrh implementace age managementu při zvládání digitalizace ve zdravotnictví, s důrazem na zlepšení IT dovedností zdravotnického personálu ve vybrané zdravotnické organizaci. Pozornost je věnována lékařům a nelékařskému zdravotnickému personálu, kteří ve své každodenní praxi využívají digitální nástroje podporující výkon jejich povolání.

Digitalizace zdravotnictví je v této práci chápána jako proces zahrnující nejen využívání nemocničního informačního systému (NIS), ale také mobilních aplikací a dalších specializovaných softwarových řešení, která usnadňují administrativní i klinické činnosti. Důraz je kladen na efektivní integraci těchto technologií do pracovních procesů zdravotnického personálu s cílem zvýšit efektivitu práce, zlepšit přístup k informacím a podpořit bezpečnost pacientů.

Age management je v dané souvislosti využíván jako podpůrný nástroj při zvládání věkové rozmanitosti v průběhu digitalizačních změn, kdy je zohledňována odlišná úroveň digitálních dovedností a schopnost jednotlivých skupin zaměstnanců efektivně pracovat s novými technologiemi.

Cílem diplomové práce je navrhnout řešení implementace age managementu orientovaného na podporu zaměstnanců při adaptaci na digitální technologie ve vybrané zdravotnické organizaci, a to na základě analýzy současného stavu organizace, její věkové struktury a přístupu k řízení lidských zdrojů v kontextu digitalizace.

Teoretická část se věnuje problematice age managementu a digitalizace ve zdravotnictví. Nejprve je představen koncept age managementu, jeho definice, historie a úrovně uplatnění v pracovním prostředí. Pozornost je věnována specifickým age managementu ve zdravotnictví a přínosům jeho efektivní aplikace. Dále je analyzována digitalizace ve zdravotnictví, její význam a hlavní cíle, s reflexí současného stavu v České republice. Rozebrány jsou faktory ovlivňující úspěšnost digitalizace, včetně legislativních aspektů a strategických dokumentů souvisejících s elektronizací zdravotní péče. Součástí analýzy jsou i bariéry digitalizace, zejména ve vztahu k věkové diverzitě pracovníků a jejich schopnosti osvojit si nové technologie a plně využívat funkcionality NIS, mobilních aplikací a dalších softwarových nástrojů využívaných v rámci poskytování zdravotní péče.

Analytická část je zaměřena na konkrétní zdravotnickou organizaci a její přístup k age managementu v kontextu digitalizace. Nejprve je představena vybraná zdravotnická

organizace, včetně její organizační struktury, věkového složení zaměstnanců a spektra využívaných digitálních nástrojů ve zdravotnické praxi. Pro získání relevantních dat jsou využity interní dokumenty, kvalitativní a kvantitativní výzkumné metody. Výzkum probíhal v období od 10. 2. 2025 do 6. 4. 2025.

Přepisy polostrukturovaných rozhovorů byly analyzovány pomocí třífázového procesu kódování. Nejprve bylo provedeno otevřené kódování, při kterém byly texty opakovaně čteny a jednotlivé významové úseky označeny volnými kódy. Tento postup umožnil identifikovat široké spektrum témat souvisejících s věkovou a profesní strukturou zaměstnanců, využíváním digitálních nástrojů, dopady digitalizace a podporou adaptace zaměstnanců. Následně byly kódy seskupeny do širších tematických kategorií v rámci axiální analýzy a hledány mezi nimi vztahy. V závěrečné fázi – selektivní analýze – byly jednotlivé kategorie propojeny do centrálního tématu, které odráží hlavní zjištění výzkumu.

Dotazníkové šetření představuje klíčový nástroj pro zmapování postojů, zkušeností a potřeb zaměstnanců v souvislosti s adaptací na digitální technologie. Zaměřuje se především na praktické aspekty využívání digitálních nástrojů v každodenní praxi, jejich uživatelskou přívětivost, frekvenci používání, vnímané dopady na pracovní zátěž a úroveň podpory poskytované ze strany zaměstnavatele. Zvláštní pozornost je věnována věkovým souvislostem, které hrají zásadní roli při implementaci principů age managementu.

Díky kombinaci uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek šetření poskytuje nejen kvantitativní přehled o trendech napříč organizací, ale také hlubší vhled do individuálních zkušeností a bariér, které zaměstnanci vnímají.

Na základě analytických zjištění je vytvořen návrh projektu implementace age managementu, který podporuje zlepšení IT dovedností zdravotnického personálu. Projekt zahrnuje jasně definované cíle a přínosy, logický rámec realizace, matici spolupráce a rozvoje dovedností mezi jednotlivými věkovými skupinami zaměstnanců. Součástí návrhu je také časový harmonogram implementace, nákladová analýza a riziková analýza, které umožňují posoudit ekonomickou a provozní efektivitu navržených opatření, přičemž formální a stylistická stránka textu diplomové práce byla upravena s využitím umělé inteligence.

Závěrem praktické části je celkové zhodnocení navržených opatření a jejich možného dopadu na efektivitu zdravotnického zařízení. Výsledkem práce je soubor doporučení, která

umožní zdravotnické organizaci efektivně řídit věkovou diverzitu v procesu digitalizace a přizpůsobit vzdělávací strategie potřebám různých věkových skupin zaměstnanců.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ

Řízení lidských zdrojů bývá považováno za jednu z klíčových součástí fungování organizace, přičemž je uplatňován strategický, systematický a komplexní přístup k náboru, rozvoji i vedení zaměstnanců. Podle Armstronga a Taylora (2017, s. 5) bývá tento proces definován jako soubor rozhodnutí a nástrojů, jejichž prostřednictvím je utvářen vztah mezi zaměstnavatelem a pracovníky. Jeho cílem je efektivní využití lidského kapitálu a zároveň podpora jeho dlouhodobého rozvoje. Pod označením lidské zdroje jsou zahrnovány nejen odborné znalosti a dovednosti, ale rovněž osobnostní charakteristiky, intelektuální potenciál a motivace jednotlivců (Armstrong a Taylor, 2017, s. 4).

Správně nastavené řízení lidských zdrojů vytváří prostor pro profesní růst zaměstnanců, zajišťuje jejich spokojenost a pracovní pohodu, což se následně pozitivně odráží na celkové výkonnosti podniku. Organizace, které kladou důraz na kvalitní řízení pracovníků, mohou dosáhnout vyšší produktivity, inovativnosti a konkurenceschopnosti na trhu. Jak uvádí Kunz (2012, s. 22), úspěch podniku závisí především na kvalitě, motivaci a výkonu zaměstnanců, kteří jako jednotlivci i tým přispívají k naplnění strategických cílů společnosti.

Řízení lidských zdrojů zahrnuje širokou škálu oblastí, od náboru a výběru pracovníků, přes jejich rozvoj a vzdělávání, až po hodnocení výkonnosti, motivaci a budování pozitivní firemní kultury. Jak uvádějí Armstrong a Taylor (2017, s. 4), důležitou součástí je nejen zaměstnávání nových pracovníků, ale také jejich dlouhodobé řízení a podpora v profesním růstu. Díky efektivnímu řízení lidských zdrojů mohou organizace nejen optimalizovat výkon svých zaměstnanců, ale také zvýšit jejich angažovanost a loajalitu, což vede k lepší stabilitě a udržitelnosti podniku.

Armstrong a Taylor (2017, s. 4) definují několik hlavních cílů řízení lidských zdrojů, mezi které patří především podpora organizace při dosahování strategických cílů prostřednictvím efektivních strategií v oblasti práce s lidmi. Důležitým aspektem je také budování vysoce výkonné firemní kultury, která zaměstnance motivuje k lepším výsledkům. Klíčové je, aby si organizace dokázala udržet a přilákat kvalifikované, talentované a angažované pracovníky, kteří přispějí k jejímu dlouhodobému rozvoji. Vztahy mezi managementem a zaměstnanci by měly být postaveny na vzájemné důvěře, respektu a efektivní komunikaci. Kromě toho je důležité prosazovat etický přístup k řízení zaměstnanců, který podporuje spravedlivé podmínky a férové zacházení se všemi pracovníky.

Mezi hlavní přínosy patří především schopnost organizací efektivně reagovat na současné i budoucí výzvy a přizpůsobovat se změnám. Jak uvádějí Armstrong a Taylor (2017, s. 34), řízení lidských zdrojů pomáhá formulovat a implementovat obchodní strategii a podporuje proces řízení změn v organizaci. Efektivní práce s lidským kapitálem zlepšuje využití dostupných zdrojů a umožňuje organizacím plánovat a realizovat programy zaměřené na jejich rozvoj.

Významnou funkcí lidských zdrojů je také řízení organizačních změn, přičemž zaměstnanci by se měli stát aktivním prvkem transformace. Organizace se tak mohou pružně adaptovat na měnící se podmínky trhu a efektivně reagovat na nové výzvy. Dále je nezbytné poskytovat efektivní personální služby, jako je nábor nových zaměstnanců, jejich vzdělávání a rozvoj, řízení odměn či péče o vztahy na pracovišti. Tyto oblasti musí být v souladu s potřebami organizace, jejího vedení i samotných zaměstnanců (Armstrong, 2007, s. 25).

Dalším důležitým aspektem řízení lidských zdrojů je poskytování odborných znalostí a poradenství v oblasti personální politiky a pracovního práva. Personální management by měl aktivně podporovat manažery při zavádění a uplatňování interních pravidel a pomáhat řešit problémy spojené se zaměstnanci. Organizace by se měly rovněž soustředit na zvyšování atraktivity pracovního prostředí, aby dokázaly nejen udržet stávající pracovníky, ale také přilákat nové talenty (Armstrong a Taylor, 2017, s. 34).

Významnou oblastí je také podpora zaměstnaneckého blahobytu, která zahrnuje zlepšování pracovních podmínek, ochranu zdraví, bezpečnost při práci a snižování stresu. Důraz je kladen na rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem, což přispívá ke zvýšení spokojenosti a produktivity zaměstnanců. Organizace by měly uplatňovat společensky odpovědnou politiku v oblasti lidských zdrojů, a to zejména v otázkách rovných příležitostí, diverzity, pružných pracovních podmínek a prevence obtěžování či šikany (Armstrong a Taylor, 2017, s. 34).

V neposlední řadě je klíčovým úkolem řízení lidských zdrojů zajištění souladu s legislativou. Organizace musí vyvíjet a implementovat politiky a postupy, které odpovídají platným pracovněprávním normám a zároveň podporují férové a transparentní pracovní podmínky (Armstrong a Taylor, 2017, s. 34).

2 AGE MANAGEMENT

V první kapitole této práce se zaměřím na koncept Age managementu, jeho definici, historii a vývoj v organizacích. Soustředím se na jeho specifickou roli ve zdravotnickém prostředí, kde nabývá na významu v souvislosti s demografickými změnami ovlivňujícími pracovní trh. Zároveň se budu zabývat otázkou věkové diverzity a jejím dopadem na efektivitu práce, což poskytne ucelený pohled na přínosy a výzvy spojené s tímto přístupem.

2.1 Definice Age managementu

Age management je v odborné literatuře definován různými způsoby, přičemž jednotlivé přístupy se shodují v jeho základním cíli – efektivně reagovat na demografické změny a podpořit věkovou diverzitu na pracovišti. Cimbálníková (2012, s. 5) jej charakterizuje jako řízení, které zohledňuje věk zaměstnanců s cílem adaptovat pracovní prostředí na demografický vývoj. Štorová (2016, s. 7) pak age management chápe jako strategii řízení lidských zdrojů, která reflektuje věkovou různorodost zaměstnanců a přizpůsobuje pracovní podmínky jejich aktuálnímu profesnímu a životnímu cyklu.

Z uvedených definic vyplývají dva hlavní přístupy k age managementu. První zdůrazňuje potřebu integrace starších pracovníků, zejména těch nad 50 let, s cílem maximálně využít jejich pracovní potenciál v kontextu stárnoucí populace. Druhý přístup se naopak zaměřuje na celkové sladování různých generací na trhu práce – nejen generace X, ale také generací Y a Z. Tyto věkové skupiny se vzájemně doplňují, přičemž každá z nich přináší specifické znalosti a zkušenosti. Pro organizace je proto klíčové, aby dokázaly tyto rozdíly efektivně propojit a integrovat do svých strategií, čímž mohou podpořit udržitelnost pracovního trhu a dosáhnout svých dlouhodobých cílů (Novotný et al., 2014, s. 56).

Podobný pohled na age management nabízí také Pillinger (2008, s. 6), který jej popisuje jako komplexní přístup k řešení demografických změn, podporu věkové diverzity a zajištění rovných příležitostí pro všechny zaměstnance. Hlavní myšlenkou tohoto konceptu je eliminace věkové diskriminace a vytvoření takového pracovního prostředí, které umožní zaměstnancům plně využít svůj potenciál v jakékoli fázi jejich profesního života.

Dle sdělení Illmarinena (2012, s. 7) jsou starší zaměstnanci důležitou součástí pracovních týmů v moderních firmách. Každý pracovník by měl mít možnost rozvíjet svůj potenciál bez ohledu na věk, aniž by byl zvýhodněn nebo naopak znevýhodněn. Tento

princip odpovídá základní filozofii age managementu, který usiluje o rovné příležitosti a efektivní využití dovedností zaměstnanců napříč generacemi.

2.2 Historie a vývoj Age managementu

Vývoj age managementu v České republice ilustruje postupnou adaptaci na demografické změny, digitalizaci a rostoucí potřebu podpory starších pracovníků. Klíčový posun nastal s realizací mezinárodního projektu Strategie Age Managementu v České republice, financovaného z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Projekt, uskutečněný v letech 2010–2012 pod vedením Asociace institucí vzdělávání dospělých České republiky ve spolupráci s Finským institutem pracovního zdraví, přinesl do ČR metodiku age managementu inspirovanou finským modelem. Jeho hlavním cílem bylo zavedení tohoto přístupu do českého pracovního prostředí, jeho propagace a upozornění na problematiku zaměstnávání osob starších padesáti let v kontextu demografického vývoje (Horváthová et al., 2016, s. 189).

Na úrovni státní politiky je age management v České republice koordinován Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV), které dlouhodobě řídí přípravu na stárnutí. Klíčovým strategickým dokumentem v této oblasti se stal Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí, jehož aktualizovaná verze z roku 2015 navázala na předchozí strategické materiály a zohlednila doporučení mezinárodních organizací, zejména OSN. Cílem této strategie je nejen ochrana práv seniorů, ale i koordinace resortních politik, komplexní řešení dopadů demografických změn a vytvoření společných priorit pro aktivní a důstojné stárnutí. Na tuto koncepci navázal Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025, schválený usnesením vlády ČR č. 786 z roku 2021 (MPSV, 2021), a Akční plán k jeho naplnění na období 2023–2025, přijatý usnesením č. 920 v roce 2023 (MPSV, 2023). Tyto dokumenty nastavují moderní přístup k age managementu a reflektují aktuální výzvy spojené se stárnutím populace v České republice.

Celkově tak vývoj age managementu v ČR prošel zásadní transformací – od původní inspirace finským modelem až po pevné zakotvení v aktivní politice zaměstnanosti. Důraz je kladen na celoživotní vzdělávání, prevenci zdravotních problémů a podporu věkové diverzity, což reflektuje nejen požadavky moderní společnosti, ale i potřeby dynamicky se měnícího pracovního trhu (Horváthová et al., 2016, s. 189).

2.3 Klíčové oblasti Age Managementu

Opatření Age Managementu se zaměřují na zlepšení pracovních podmínek a podporu zaměstnanců v různých fázích jejich profesního života. Klíčové oblasti zahrnují péči o zdraví, úpravu pracovního prostředí a přizpůsobení organizace práce, například sladění směn s přirozenými biorytmy. Důležitou roli hraje ergonomie, která snižuje fyzickou zátěž, a řízení směn podle potřeb zaměstnanců. Velký důraz je kladen na mezigenerační spolupráci, která podporuje sdílení zkušeností a zlepšuje týmovou soudržnost (Cimbálníková et al., 2012, s. 33-34).

Součástí strategie je také podpora fyzické kondice a spokojenosti zaměstnanců, což přispívá k jejich vyšší motivaci a dlouhodobé pracovní schopnosti. Řízení lidských zdrojů by mělo reflektovat věkovou diverzitu a zaměřit se na rozvoj personálních strategií, které pomohou předcházet pracovním krizím a podpoří udržitelnost pracovního výkonu (Cimbálníková et al., 2012, s. 33-34).

Pracovní schopnost zdravotnického personálu je klíčovým faktorem pro efektivní poskytování péče, přičemž významnou roli v jejím udržení hrají jak fyzické a psychické faktory, tak i pracovní podmínky a technologický pokrok. Studie Rypicze et al. (2021, s. 469-471) potvrzuje, že schopnost vykonávat profesi zdravotní sestry se s věkem snižuje, zejména kvůli fyzické zátěži, dlouhým směnám a vystavení stresu.

Cimbálníková (2012, s. 34) popisuje řízení stárnoucí pracovní síly jako proces, který je důležitý na několika úrovních, přičemž hlavní aktéři Age Managementu realizují své zájmy a opatření na individuální, organizační a celospolečenské úrovni (Obrázek 1).

2.3.1 Opatření Age Managementu na národní/regionální úrovni: věková politika

Veřejný zájem na Age Managementu spočívá v efektivním zapojení stárnoucí pracovní síly do ekonomického a sociálního rozvoje. Stát a mezinárodní instituce se zaměřují na vyvážení dopadů stárnutí populace, sladění nabídky a poptávky na trhu práce a podporu zaměstnanosti. Jelikož trh sám o sobě neřeší všechny aspekty tohoto problému, je nezbytná veřejná intervence, která se projevuje prostřednictvím věkové politiky zaměřené na zdraví, produktivitu práce a dlouhodobou udržitelnost pracovního trhu (Cimbálníková, 2012, s. 34).

2.3.2 Opatření Age Managementu na organizační úrovni

Podle Bejtkovského (2013, s. 120) by měl management organizací při plánování personální strategie zohlednit demografický vývoj společnosti a přizpůsobit mu své dlouhodobé cíle.

Jedním z možných přístupů, jak tohoto cíle dosáhnout, je koncept age managementu, který propojuje věkovou diverzitu, vývoj pracovních schopností zaměstnanců v závislosti na věku a individuální přístup ke každému pracovníkovi.

Zájem o age management na úrovni podniků a organizací vychází především z potřeby udržení a rozvoje lidského potenciálu, přizpůsobení pracovních podmínek požadavkům podniku a zároveň zvýšení produktivity. Se stárnutím pracovní síly si zaměstnavatelé stále více uvědomují význam tohoto přístupu. Rostoucí počet organizací si osvojuje odpovědnost za vytváření vyvážené pracovní zátěže, ochranu zdraví při práci a podporu zdravého sociálního prostředí, což jsou klíčové faktory pro dlouhodobou udržitelnost a sociální odpovědnost podniku (Cimbalíková et al., 2012, s. 35).

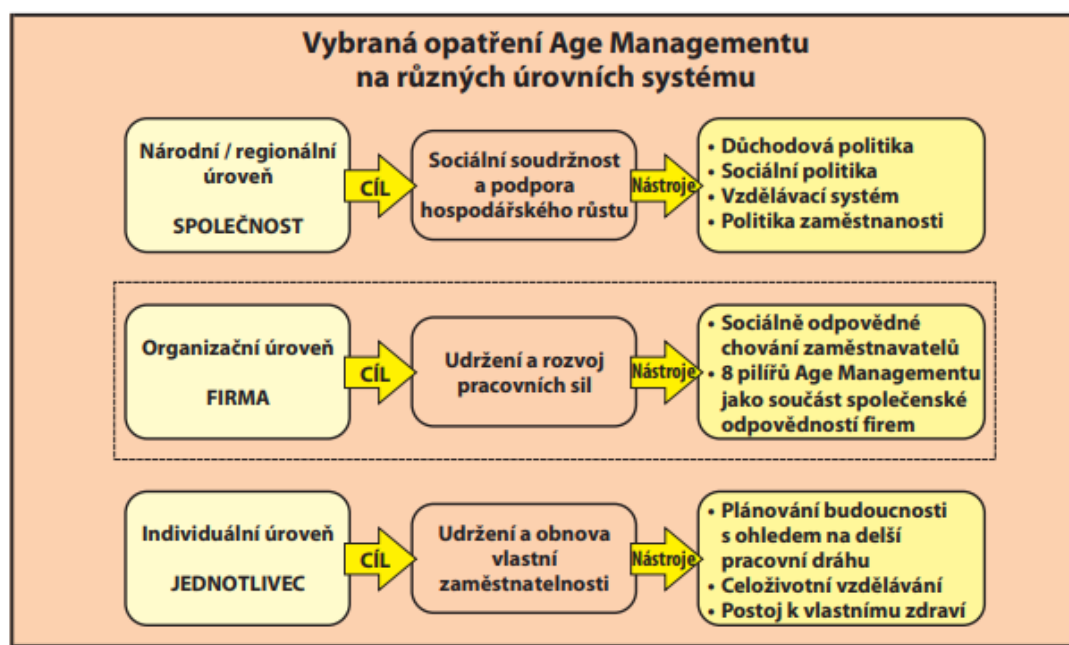
2.3.3 Opatření Age Managementu na individuální úrovni

Age management je možné uplatňovat rovněž na individuální úrovni, kde je zdůrazňována potřeba vnímat každého pracovníka jako samostatnou osobnost s odlišnými schopnostmi, zkušenostmi a přístupem k práci. Věk zaměstnance nemusí být spolehlivým ukazatelem jeho zdravotního stavu, adaptability či výkonnosti. Každý jedinec se vyznačuje specifickou mírou motivace, odborných dovedností a připravenosti čelit změnám pracovního prostředí. Klíčové je, aby ze strany zaměstnance bylo včas rozpoznáno, kdy již není schopen určitou pracovní pozici plnohodnotně zastávat. Organizací by mu měla být poskytnuta adekvátní podpora v oblasti rozvoje kompetencí, ochrany zdraví i zajištění kvality pracovního života (Štorová et al., 2012, s. 8).

Motivace jako individuální faktor byla popsána v odborné literatuře jako komplexní jev ovlivňovaný biologickými, psychologickými a sociálními determinantami. Bylo konstatováno, že kreativní pracovníci bývají vnitřně motivováni výzvami a touhou po seberealizaci, přesto však potřebují i vnější uznání, které podporuje další rozvoj. Mezi základní motivační impulzy patří nejen touha po jistotě a odměně, ale rovněž status a uznání, které jsou v pracovním prostředí často klíčové. Významnou roli hrají rovněž osobnostní charakteristiky – podle tzv. modelu „Velké pětky“ (OCEAN) ovlivňují pracovní výkon například svědomitost či otevřenost vůči novým zkušenostem. Některé rysy spojené s vyšší mírou neuroticismu či excentricnosti mohou být dokonce v určitých kontextech spojeny s vyšší tvořivostí (Harte, 2016, s. 194–195).

Z pohledu jednotlivce je v rámci age managementu klíčové udržení a posilování vlastní zaměstnatelnosti. Nejde pouze o setrvání v pracovním procesu, ale také o získávání

dovedností a zkušeností, které umožní případnou změnu zaměstnavatele – což představuje významnou výzvu zejména pro starší pracovníky. Profesní i osobní spokojenost vyžaduje aktivní přístup k pracovnímu životu, plánování budoucnosti, celoživotní vzdělávání a péči o zdraví. Každý zaměstnanec by měl strategicky přemýšlet o své dlouhé pracovní dráze a připravovat se na její pozdější fáze, například rozvojem vyjednávacích dovedností, efektivním využíváním svých zkušeností či přizpůsobováním pracovního tempa vlastním možnostem. I ve vyšším věku je možné se rozvíjet díky dalšímu vzdělávání a aktivní péči o zdraví. Odpovědnost za udržení pracovní schopnosti leží primárně na samotných zaměstnancích, avšak podpora ze strany zaměstnavatelů i celé společnosti hraje zásadní roli v jejich dlouhodobé udržitelnosti (Cimbalíková et al., 2012, s. 36).



Obrázek 1 Úrovně Age Managementu

(Cimbalíková et al., 2012, s. 34)

2.4 Specifika Age Managementu ve zdravotnictví

Podle Marone a Navarry (2024, s. 390) je stárnutí pracovní síly ve zdravotnictví jedním z klíčových demografických trendů ovlivňujících organizaci zdravotnické péče. Zvyšující se podíl starších zaměstnanců vyžaduje efektivní strategie age managementu, které zahrnují rovné příležitosti k odbornému vzdělávání, rozvoj dovedností a přizpůsobení pracovních podmínek.

2.4.1 Demografické změny a jejich vliv na pracovní trh v oblasti zdravotnictví

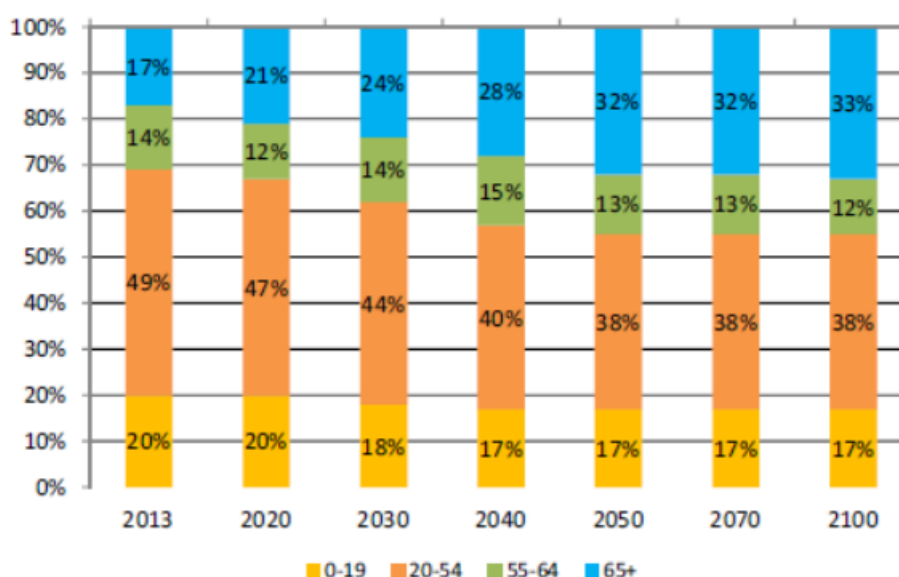
Demografické změny v České republice mají zásadní dopad na pracovní trh ve zdravotnictví. Podle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) dochází k výraznému úbytku obyvatel přirozenou měnou, což je způsobeno dlouhodobým trendem snižující se porodnosti a rostoucí úmrtnosti. Nejhlubší pokles byl zaznamenán v roce 2021, kdy počet zemřelých převýšil počet narozených o 28,1 tisíce osob. V roce 2023 tento trend pokračoval s úbytkem dalších 21 646 osob (ČSÚ, 2025).

Tento demografický vývoj vede ke stárnutí populace, což přináší zvýšenou poptávku po zdravotní péči. Starší lidé vyžadují více zdravotnických služeb, což klade vysoké nároky nejen na kapacity zdravotnického personálu, ale také na infrastrukturu a financování zdravotního systému. Zároveň dochází k poklesu počtu ekonomicky aktivních obyvatel, což může v následujících letech vést ke kritickému nedostatku pracovních sil ve zdravotnictví (MPSV, 2021).

Kromě stárnutí pacientů je však zásadním problémem také stárnutí samotného zdravotnického personálu. Tento trend je patrný zejména u nelékařských profesí, jako jsou všeobecné sestry, radiologičtí asistenti a zdravotničtí záchranáři. Podle analýz Ministerstva zdravotnictví a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR hrozí do deseti let úbytek přibližně 30 % všeobecných sester, což odpovídá zhruba 26 000 úvazkům. Mnoho zdravotníků se totiž již nyní nachází ve věkové kategorii nad 56 let a blíží se odchodu do důchodu (Kut Citores, 2024).

Na význam věkové struktury populace upozorňuje také Štorová (2016, s. 4), která zdůrazňuje nezbytnost vyváženého poměru mezi mladou generací, ekonomicky aktivním obyvatelstvem a seniory. Z jejího grafického zpracování (Obrázek 2), založeného na datech Českého statistického úřadu, vyplývá, že podíl seniorské populace v následujících letech výrazně poroste.

Vliv stárnutí pracovní síly je navíc umocněn probíhající digitalizací zdravotnictví, která přináší nejen nové příležitosti, ale také výzvy v oblasti psychické zátěže a adaptace zaměstnanců. V kontextu digitální transformace byla rovněž popsána rizika spojená se ztrátou motivace způsobenou zahlcením informacemi, konzumním stylem života a nedostatkem osobní angažovanosti. Autoři upozorňují na tzv. digitální únavu, která se může negativně projevit na schopnosti pracovníků adaptovat se na změny a vnímat smysl své práce (Harte, 2016, s. 186–187).



Obrázek 2 Vývoj věkové struktury obyvatelstva České republiky

(Štorová, 2016, s. 4)

Vzhledem k těmto trendům je nezbytné přijmout opatření, která zajistí dostatek kvalifikovaného personálu ve zdravotnictví. Klíčovým faktorem je zlepšení pracovních podmínek a finančního ohodnocení zdravotníků, což pomůže učinit tuto profesi atraktivnější pro mladší generace. Důležité je také efektivně využívat stávající zdravotnický personál například prostřednictvím modernizace procesů a snížení administrativní zátěže. Pokud tato opatření nebudou realizována, nedostatek zdravotnického personálu může vést k poklesu kvality a dostupnosti zdravotní péče v České republice (Kut Citores, 2025).

2.5 Přínosy a limity Age Managementu

V posledních letech je rozvoj organizací úzce spjat s kvalitou jejich lidských zdrojů, zejména s úrovní znalostí a technologických dovedností zaměstnanců. Řízení lidských zdrojů se stává stále důležitějším faktorem konkurenceschopnosti firem a jejich schopnosti adaptovat se na dynamické změny trhu. Strategie v této oblasti se vyvíjejí v reakci na změny na trhu práce, společenské trendy a demografické faktory (Urbancová, 2017, s. 34).

Jedním z klíčových témat současného pracovního trhu je mezigenerační spolupráce a řízení různorodé pracovní síly, což úzce souvisí s konceptem age managementu. Tento přístup pomáhá organizacím efektivně využívat věkovou diverzitu, což vede k lepšímu sladění zkušeností starších pracovníků s inovativním přístupem mladší generace (Urbancová, 2017, s. 34).

Na trhu práce se ve velké míře setkávají tři hlavní generace – X, Y a Z, přičemž v menší míře zde stále působí i generace Baby Boomers. Každá z těchto skupin se vyznačuje odlišným přístupem k pracovnímu životu, což přináší nejen výhody, ale i výzvy související s rozdílnými očekáváními a pracovními styly (Urbancová, 2017, s. 151).

Starší generace zaměstnanců je charakteristická loajalitou vůči zaměstnavateli, preferencí stability a jistoty, přičemž díky dlouholeté praxi disponuje bohatými zkušenostmi. Na druhé straně mladší generace přináší nové perspektivy, inovativní myšlení a vyšší digitální gramotnost. Vzájemná spolupráce těchto skupin umožňuje efektivní propojování tradičních a moderních přístupů k práci, což přispívá k vyšší produktivě a inovacím. Na osvědčených principech lze stavět nové metody a strategie, které reflektují aktuální trendy a potřeby trhu (Urbancová, 2017, s. 104).

Demografické změny však kladou zvláštní výzvy především malým a středním podnikům, které jsou v oblasti řízení lidských zdrojů v méně výhodné pozici oproti velkým korporacím. Aby si dokázaly udržet kvalifikované zaměstnance a zůstaly konkurenceschopné, musí investovat více úsilí do motivace pracovníků, zlepšování pracovního prostředí a nastavování flexibilních pracovních podmínek (Urbancová, 2017, s. 104).

Přestože zaměstnávání starších pracovníků přináší řadu přínosů, jako je odbornost, stabilita a dlouholeté zkušenosti, je nutné počítat i s určitými omezeními. Patří mezi ně například nižší adaptabilita na nové technologie či vyšší požadavky na pracovní prostředí, které mohou ovlivnit efektivitu práce. Organizace proto musí hledat způsoby, jak optimálně využít potenciál všech generací, a vytvořit prostředí podporující spolupráci, inovace a udržitelnost pracovní síly (Urbancová, 2017, s. 151).

3 DIGITALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Digitalizace ve zdravotnictví výrazně mění způsob poskytování zdravotní péče, správu patientských dat a komunikaci mezi zdravotnickými subjekty. Moderní informační a komunikační technologie (ICT) se staly nedílnou součástí zdravotnických systémů, což vede k efektivnější, bezpečnější a dostupnější péči.

3.1 Definice a vymezení pojmu

Digitalizace ve zdravotnictví je proces zavádění moderních informačních a komunikačních technologií s cílem zlepšit dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče. Zahrnuje různé technologie, jako jsou elektronické zdravotní záznamy, e-preskripce, telemedicína nebo využití umělé inteligence a analýzy velkého množství dat (Táborský et al., 2022, s. 20).

Tyto technologie se nepoužívají jen k usnadnění administrativy a řízení zdravotnických zařízení, ale hlavně ke zlepšení samotné péče o pacienty. Digitalizace umožňuje lepší diagnostiku, přesnější léčbu a efektivnější řízení zdravotních informací. Nejde jen o převedení papírové dokumentace do digitální podoby, ale o celkovou proměnu zdravotní péče pomocí moderních nástrojů, jako je prediktivní medicína nebo personalizovaná léčba (Táborský et al., 2022, s. 20).

3.2 Vize rozvoje elektronického zdravotnictví v ČR

V rámci členských států Evropské unie dosahuje nejvyšší míry digitalizace ve zdravotnictví především severní Evropa, konkrétně země jako Švédsko, Dánsko a Finsko. Za technologicky pokročilé jsou rovněž považovány Nizozemsko a Španělsko. Naopak velmi nízká míra digitalizace byla zaznamenána ve státech střední a východní Evropy, například v Bulharsku, Rumunsku nebo na Slovensku (Majcherek et al., 2024).

Česká republika se v tomto kontextu nachází ve fázi postupného rozvoje digitalizace zdravotnictví, přičemž za jeden z klíčových milníků lze označit formulaci vize elektronického zdravotnictví, která se stala výchozím bodem pro tvorbu Národní strategie elektronického zdravotnictví. Tento strategický dokument stanovil rámec pro směřování digitalizačních procesů a definoval priority a cíle v oblasti eHealth (MZČR, 2016).

Iniciativu k formulaci vize převzalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Odborem Národní centrum elektronického zdravotnictví (NCEZ) a dalšími odbornými subjekty, které se podílejí na implementaci eHealth v České republice. Cílem bylo vytvořit

jednotnou koncepci elektronizace zdravotní péče, která přispěje ke zvýšení dostupnosti, kvality, bezpečnosti a efektivity zdravotních služeb. Studie „Připravenost ČR na digitalizaci zdravotnictví“ od KPMG (2022) pak identifikovala klíčové oblasti, které jsou vnímány jako největší příležitosti pro další rozvoj digitalizace eHealth.

Elektronizace zdravotnictví umožní rychlejší sdílení informací, usnadní komunikaci mezi zdravotníky a pacienty a podpoří efektivní rozhodování v rámci celého zdravotnického systému. Jejím přínosem bude nejen modernizace organizace péče, ale také její větší efektivita a lepší dostupnost. Podle studie KPMG (2022, s. 97) ji nejvíce oceňují jiné typy poskytovatelů zdravotních služeb, management nemocnic a zdravotní profesionálové s praxí do 3 let. Možnost rychlého a bezpečného přístupu k datům pacienta napříč zdravotnickými zařízeními může zlepšit diagnostiku, plánování léčby a snížení administrativní zátěže.

Zvláštní význam je v tomto ohledu přikládán zavádění nemocničních informačních systémů (NIS), které přispívají ke zlepšení koordinace a komunikace zdravotní péče. Díky centralizaci klíčových údajů je zajištěn rychlý přístup k informacím o pacientech, personálu, zásobách, financích i dostupném zdravotnickém materiálu. Zavedením NIS je rovněž umožněno efektivnější řízení účetních a kódovacích procesů, což z dlouhodobého hlediska přispívá ke snížení provozních nákladů a zvýšení kvality poskytovaných služeb (Khalifa, 2017).

Pacienti získají rovný a snadný přístup ke zdravotním službám bez ohledu na místo bydliště či ekonomickou situaci. Budou mít k dispozici přesné a aktuální informace o svém zdravotním stavu, léčebných plánech a dostupných možnostech léčby. Digitalizace zajistí také dostatek relevantních informací, které jim pomohou kvalifikovaně rozhodovat o vlastním životním stylu a čerpání zdravotní péče. Jeho zavedení podporují zástupci zařízení zřizovaných ministerstvem, management nemocnic a profesionálové s praxí do 3 let. Plně funkční EZZ by zlepšil kontinuitu péče, umožnil rychlejší přístup k anamnéze pacienta a snížil duplicitní vyšetření (KPMG, 2022, s. 97).

Zdravotničtí profesionálové budou mít rychlý a přesný přístup k informacím o pacientech, což usnadní diagnostiku a léčbu. Elektronické zdravotní záznamy nabídnou komplexní a přehledně uspořádané údaje o zdravotním stavu a historii léčby pacientů. Digitalizace také usnadní týmovou spolupráci mezi poskytovateli zdravotní péče, podpoří klinické rozhodování díky přístupem k odborným datům a diagnostickým nástrojům a umožní lepší využití vzdělávacích materiálů a lékařských poznatků, které přispějí k odbornému růstu (MZČR, 2015).

Administrativní a technické pracovníky elektronizace zdravotnictví podpoří v získávání přehledných a přesných informací o fungování zdravotního systému, což usnadní jeho správu a další rozvoj. Zajistí podmínky pro efektivní řízení a plánování zdravotnických zařízení a institucí. Digitalizace také umožní lepší plánování a alokaci zdrojů v souladu s aktuálními potřebami pacientů i zdravotnických pracovníků (MZČR, 2015).

Elektronické zdravotnictví je zásadním prvkem modernizace a efektivního řízení zdravotní péče v České republice. Digitalizace nejen zlepší přístup k lékařským službám a informacím, ale zároveň posílí bezpečnost patientských dat, zvýší efektivitu provozu zdravotnických zařízení a podpoří rozhodovací procesy zdravotníků (MZČR, 2015).

Akceptování této vize bylo důležitým krokem před vytvořením Soustavy cílů a opatření Národní strategie elektronického zdravotnictví, která definuje konkrétní kroky a mechanismy pro realizaci digitálních zdravotnických služeb (MZČR, 2014).

3.3 Výzvy pro rozvoj elektronického zdravotnictví v ČR

Digitalizace zdravotnictví přináší řadu příležitostí, avšak její implementace v České republice čelí mnoha výzvám. Mezi klíčové překážky patří:

Investice a návratnost financí – Investoři preferují projekty s vysokou návratností a minimálním rizikem, což v případě digitálního zdravotnictví představuje výzvu. Nedostatečné legislativní ukotvení a absence kvalitních příkladů dobré praxe v některých zemích, včetně České republiky, zpomalují zavádění eHealth. Efektivní využití dotačních prostředků není vždy zajištěno, což vede k riziku nehospodárného vynakládání finančních zdrojů (Táborský et al., 2022, s. 56). Podle studie KPMG (2022, s. 99) je nedostatek finančních zdrojů vnímán jako bariéra napříč různými typy poskytovatelů zdravotní péče relativně rovnoměrně. Nejvíce jej pociťují poskytovatelé lůžkové péče, zástupci zařízení zřizovaných městy a obcemi a management nemocnic. Z hlediska délky praxe vnímají nedostatek financí jako překážku především profesionálové s 3–10 lety zkušeností a odborníci s 31–40 lety praxe.

Klinické zkoušky a legislativa – Nové technologie ve zdravotnictví často neprocházejí potřebnými klinickými zkouškami včas, nebo jsou výsledky dostupné až po několika letech, kdy jsou tyto technologie již zastaralé. Tento problém se týká také kybernetické bezpečnosti, která se v dynamickém digitálním prostředí neustále vyvíjí (Táborský et al., 2022, s. 56).

Regulace a právní rámec – Mnohé státní orgány vydávají nekoncepční nebo nejednoznačné předpisy, což vytváří právní nejistotu ohledně používání nových digitálních řešení ve zdravotnictví. Podle studie KPMG (2022, s. 95) je nekoncepční přístup státu k problematice eHealth vnímán jako významná překážka zejména poskytovateli lůžkové péče, zástupci zařízení zřizovaných ministerstvem, privátními lékaři a zdravotnickými profesionály s praxí kratší než tři roky.

Koordinace mezi zainteresovanými stranami – Zdravotnický systém zahrnuje různé aktéry, jako jsou lékaři, pacienti, zdravotní pojišťovny, obchodní společnosti a státní instituce. Hledání konsenzu ohledně zavádění nových technologií je složité a často vede k odkládání implementace inovací (Táborský et al., 2022, s. 56).

Nedostatek metodik pro nové technologie – Lékaři nemají vždy dostatek informací o tom, jak správně předepsat a používat digitální zdravotní technologie. Chybí jednotná metodika nebo jsou legislativní požadavky nejasné a nekompatibilní s praxí (Táborský et al., 2022, s. 56).

Financování digitálních technologií – Mnoho lékařů a zdravotnických zařízení nemá prostředky na zavedení digitálních zdravotních technologií, jejich údržbu a aktualizaci. Pojišťovny často neproplácí digitální zdravotní služby, což brzdí jejich širší využití v systému (Táborský et al., 2022, s. 56).

Nedůvěra a obavy – Podle Táborského (2022, s. 56) se někteří poskytovatelé zdravotní péče a pacienti se obávají zneužití citlivých osobních údajů, nekompatibility systémů a možných výpadků digitálních technologií. Tyto faktory zpomalují proces digitalizace a vyžadují nalezení rovnováhy mezi bezpečností a efektivitou implementace. Podle studie KPMG (2022, s. 99) jsou kybernetické hrozby vnímány jako významnou bariéru především poskytovateli primární a ambulantní péče, zástupci zařízení zřizovaných městy, obcemi a kraji, dále pak privátními lékaři. Z hlediska délky praxe považují kybernetické hrozby za největší překážku profesionálové s 31–40 lety praxe a ti s více než 40 lety zkušeností.

V rámci zavádění digitálních řešení ve zdravotnictví se ukazuje jako klíčová nejen technologická, ale především organizační a personální připravenost. Na příkladu projektu Bea@Home byla zdokumentována nutnost intenzivního školení zdravotnického personálu a úprav pracovních procesů při implementaci elektronického zdravotnického záznamu (EHR), zejména s ohledem na potřeby dlouhodobě ventilovaných pacientů. Taková transformace vyžaduje koordinaci mezi zdravotnickými zařízeními, posilování digitálních kompetencí

zaměstnanců a podporu adaptace, což je v souladu s cíli age managementu zaměřeného na podporu udržitelnosti pracovní schopnosti v kontextu technologických změn (Urbach et al., 2019, s. 345).

Pro úspěšné zavedení digitálního zdravotnictví je nutné řešit tyto překážky systematicky, především v oblasti legislativy, financování a vzdělávání zdravotnického personálu, aby digitální inovace mohly přinést očekávané přínosy v plném rozsahu (Táborský et al., 2022, s. 56).

3.4 Digitální dovednosti zdravotníků a jejich role v procesu digitalizace

Digitalizace zdravotnictví přináší významné změny v poskytování zdravotní péče, které vyžadují nové kompetence u zdravotnického personálu. Zdravotníci se stále více setkávají s digitálními nástroji, jako jsou elektronické zdravotní záznamy (EZZ), ePreskripce, telemedicína nebo analytické systémy pro diagnostiku. Zajištění dostatečné úrovně digitálních dovedností je proto zásadní pro efektivní využití těchto technologií a pro poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče.

Na mezinárodní úrovni byl podobný stav identifikován také ve studii Chereka et al. (2024), která analyzovala úroveň digitální gramotnosti zdravotníků v etiopském zdravotnictví. Výsledky systematického přehledu a metaanalýzy potvrdily, že nízká úroveň digitálních dovedností je úzce spojena s nedostatečným školením, nižším stupněm dosaženého vzdělání, omezeným přístupem k technologiím a negativním postojem k jejich užívání. Zjištěné závěry potvrzují, že rozvoj digitální kompetence zdravotnických pracovníků je podmíněn nejen systémovou podporou, ale také individuálními charakteristikami, které je nutné při zavádění digitalizačních opatření aktivně zohledňovat.

3.4.1 Současný stav digitálních kompetencí zdravotníků v ČR

Studie Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb, z.s. ve spolupráci s KPMG Česká republika s.r.o. identifikovala řadu aspektů souvisejících s aktuálním stavem digitální gramotnosti zdravotnického personálu a jejími dopady na efektivitu digitalizace ve zdravotnictví (KPMG, 2022, s. 31-63).

Jedním ze zásadních zjištění je rozdílná úroveň digitálních dovedností mezi jednotlivými skupinami zdravotníků. Zatímco mladší generace lékařů a sester obvykle zvládá práci s digitálními technologiemi bez větších problémů, starší zdravotníci se často potýkají s obtížemi při přechodu na elektronické systémy. To vede k nejednotné adopci

nových technologií a potenciálním překážkám v efektivním využívání digitálních nástrojů (KPMG, 2022, s. 31-63).

Základním problémem zůstává nedostatek systematického vzdělávání v oblasti eHealth. Stávající programy zaměřené na zvyšování digitálních kompetencí zdravotnického personálu jsou často nesourodé a nepostačující. Studie doporučuje zavedení povinných školení a certifikačních programů, které by pomohly zajistit jednotnou úroveň digitální gramotnosti napříč zdravotnickými profesemi. Zároveň je klíčové, aby zdravotnické fakulty a odborné školy integrovaly výuku práce s digitálními nástroji již do základního vzdělávacího programu (KPMG, 2022, s. 31-63).

Dále se ukazuje, že podpora ze strany managementu zdravotnických zařízení hraje zásadní roli při rozvoji digitálních kompetencí. Vedení nemocnic a klinik by mělo systematicky vytvářet podmínky pro zlepšování digitálních dovedností zaměstnanců prostřednictvím pravidelných školení, mentoringových programů a investic do uživatelsky přívětivých informačních systémů. V tomto ohledu studie zdůrazňuje význam tzv. digitálních mentorů, kteří by mohli pomáhat svým kolegům s osvojením nových technologií (KPMG, 2022, s. 31-63).

Celkově lze konstatovat, že současná úroveň digitálních kompetencí zdravotníků v ČR není dostatečná k plné implementaci eHealth systémů. Nedostatečné vzdělávání, technologická fragmentace a nejednotná podpora digitalizace na úrovni zdravotnických zařízení vytvářejí překážky pro efektivní zavádění inovací ve zdravotní péči. Pro zajištění úspěšné digitalizace je nezbytné zaměřit se na cílené vzdělávání, systémovou podporu a aktivní zapojení všech zainteresovaných stran (KPMG, 2022, s. 31-63).

3.4.2 Výzvy a bariéry v rozvoji digitálních dovedností

Zdravotnický personál čelí několika překážkám, které brání efektivnímu vzdělávání v oblasti digitalizace:

Nedostatek systematického vzdělávání – V současnosti chybí ucelené vzdělávací programy zaměřené na rozvoj digitálních dovedností zdravotníků. Vzdělávání probíhá spíše ad hoc formou školení k jednotlivým digitálním systémům.

Časová náročnost – Lékaři a sestry mají vysokou pracovní zátěž, což omezuje jejich možnosti účastnit se školení.

Odmítání nových technologií – Starší generace zdravotníků mohou vnímat digitalizaci jako zátěž a preferují tradiční způsoby poskytování péče.

Nedostatečná podpora managementu – Mnohá zdravotnická zařízení neinvestují dostatečné prostředky do školení a odborné přípravy personálu v oblasti digitálních technologií (KPMG, 2022, s. 46).

4 SHRNUÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ

V návaznosti na stanovený cíl práce byly v teoretické části systematicky zpracovány odborné poznatky týkající se řízení lidských zdrojů, věkové diverzity a implementace digitálních technologií ve zdravotnictví. Tyto oblasti tvoří klíčové tematické pilíře, z nichž vychází analytická i návrhová část diplomové práce.

Řízení lidských zdrojů je nahlíženo jako strategický nástroj, který napomáhá zvládat změny v organizaci a současně podporuje rozvoj zaměstnanců, jejich motivaci a dlouhodobou pracovní výkonnost. Důraz je kladen na vytváření takového pracovního prostředí, které podporuje etické řízení, profesní růst i adaptabilitu pracovníků v kontextu technologických proměn zdravotnických zařízení.

Koncept age managementu je představen jako moderní a komplexní přístup k řízení věkové diverzity, který umožňuje efektivní zapojení zaměstnanců všech generací do pracovního procesu. Popsán je jeho vývoj v České republice, jednotlivé úrovně opatření i jeho uplatnění v oblasti zdravotnictví. V této souvislosti je věnována pozornost potřebě sladit pracovní podmínky se schopnostmi zaměstnanců v různých fázích profesního života a významu mezigenerační spolupráce.

Zvláštní kapitola je zaměřena na problematiku stárnutí zdravotnického personálu, nedostatku pracovníků a rostoucích požadavků na poskytování péče v důsledku demografického vývoje. Identifikována jsou specifika zdravotnického prostředí, včetně rizika digitální únavy a přetížení, které mohou ohrozit motivaci i schopnost adaptace na změny.

Digitalizace zdravotnictví je prezentována jako hluboká systémová změna, která ovlivňuje každodenní fungování zdravotnických zařízení. Popsány jsou nejen přínosy elektronizace, ale i bariéry, s nimiž se sektor potýká – včetně nedostatečné úrovně digitálních kompetencí personálu, legislativních nejasností nebo technických a organizačních překážek. Zvláštní pozornost je věnována potřebě podpory zaměstnanců v oblasti vzdělávání, zavádění nových systémů a vytváření přívětivého digitálního pracovního prostředí.

Z teoretické části vyplývá, že úspěšná adaptace zdravotnických pracovníků na digitální technologie vyžaduje strategický přístup k řízení lidských zdrojů, respekt k věkové struktuře a individuálním potřebám zaměstnanců. Age management představuje efektivní nástroj k udržení pracovní schopnosti v podmínkách demografických a technologických změn.

Propojení věkové diverzity s rozvojem digitálních dovedností je vnímáno jako klíčový předpoklad pro zvýšení stability, efektivity a udržitelnosti zdravotnické péče v digitální éře.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 PŘEDSTAVENÍ NEMOCNICE

Pro analýzu role age managementu při zvládání procesu digitalizace ve zdravotnictví byla vybrána konkrétní zdravotnická organizace, která již aktivně využívá digitální technologie a současně věnuje pozornost systematickému rozvoji age managementu. Z důvodu ochrany anonymity není název této nemocnice v diplomové práci uveden. V této kapitole je na základě interních podkladů (neuvedeno v seznamu literatury) představena stručná charakteristika zdravotnického zařízení včetně jeho organizační struktury, která slouží jako východisko pro realizaci následné analýzy.

5.1 Základní charakteristika analyzovaného zdravotnického zařízení

Pro analýzu role age managementu při zvládání digitalizace ve zdravotnictví byla vybrána konkrétní zdravotnická organizace v rámci Olomouckého kraje. Toto zdravotnické zařízení bylo založeno v druhé polovině 19. století za účelem poskytování zdravotní péče obyvatelům regionu. V současnosti funguje jako součást rozsáhlé skupiny zdravotnických zařízení provozovaných soukromým poskytovatelem zdravotních služeb, jenž působí ve středoevropském regionu.

Analyzovaná nemocnice poskytuje komplexní ambulantní a lůžkovou zdravotní péči. Disponuje specializovanými odděleními, jako jsou například chirurgie, interní medicína, neurologie, gynekologie a porodnictví, infekční oddělení nebo oftalmologie. Organizace nabízí kromě standardní léčebné péče rovněž diagnostické a preventivní služby. Součástí zdravotnického zařízení jsou specializované ambulance a moderní diagnostická pracoviště, která zabezpečují komplexní vyšetření pacientů.

Z hlediska organizační struktury je nemocnice členěna do několika specializovaných pracovišť a oddělení. Zdravotnické zařízení dále zabezpečuje nepřetržitou dostupnost akutní péče prostřednictvím pohotovostních služeb. Konkrétně nemocnice poskytuje lékařskou pohotovostní službu pro děti, dorost i dospělé pacienty. Součástí nemocnice je rovněž lékárna, která zajišťuje výdej léků pro hospitalizované pacienty i veřejnost, a tím podporuje komplexnost poskytované zdravotní péče.

Důležitým strategickým cílem této organizace je zajištění vysoce kvalitní a bezpečné péče, ekonomická stabilita a rozvoj inovativních medicínských postupů. Strategie nemocnice se dále orientuje na efektivní řízení lidských zdrojů, stabilizaci zaměstnanců a optimalizaci personálních kapacit, což je klíčové také v kontextu age managementu.

Analyzované zdravotnické zařízení se aktivně zapojuje do vzdělávacích procesů a výuky studentů zdravotnických oborů. Významnou roli zastává rovněž v oblasti výzkumu a inovací. Nemocnice se účastní několika projektů, z čehož některé jsou zaměřeny na kybernetickou bezpečnost a rozvoj elektronizace zdravotnictví, jejichž realizace je podporována z dotačních titulů Evropské unie.

Nemocnice průběžně investuje do modernizace svých pracovišť a vybavení. V roce 2023 bylo zprovozněno například nové pracoviště magnetické rezonance a ambulance paliativní medicíny. Byla rovněž dokončena výstavba parkovacích ploch.

Podle údajů z výroční zprávy za rok 2023 lze konstatovat, že nemocnice klade důraz na elektronizaci zdravotnické dokumentace a posilování kybernetické bezpečnosti. Dále se účastní programů a projektů zaměřených na vzdělávání a rozvoj zdravotnického personálu, zejména s využitím dotačních titulů, například projektu „Rezidenční místa“ Ministerstva zdravotnictví ČR nebo programu „POVEZ II“ Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. V rámci uvedeného programu bylo realizováno vzdělávání zaměstnanců zaměřené na ochranu měkkých cílů, konkrétně školení nazvané „Postupy k deeskalaci konfliktu“. Zaměstnanci zdravotnického zařízení rovněž pravidelně absolvují školení v oblastech bezpečnosti práce, požární ochrany, kardiopulmonální resuscitace, prevence nozokomiálních nákaz a dalších interních předpisů souvisejících s provozní činností organizace.

Z dostupných dat zdravotnického zařízení vyplývá, že organizace poskytuje péči ve vysokém rozsahu jak v ambulantní, tak v lůžkové sféře. V průběhu roku 2024 bylo provedeno celkem 39 554 ambulantních ošetření. Ve sledovaném pololetí téhož roku bylo v zařízení hospitalizováno 4 273 pacientů, s celkovým počtem 23 571 ošetrovacích dnů. Operační činnost dosáhla objemu 1 453 výkonů, z nichž v 48 případech došlo k výskytu nemocniční nákazy (HAI), což představuje 3,3 % všech výkonů. Tyto ukazatele dokládají nejen vysokou zátěž zdravotnického personálu, ale také další vyznám digitalizace např. řízené prevence, které mohou přispět k přesnějšímu sledování a řízení kvality péče.

S ohledem na požadovanou anonymitu není konkrétní název zdravotnické organizace ani její přesná lokalizace v práci uvedena. Všechny uvedené údaje vycházejí z interních zdrojů a veřejně dostupné výroční zprávy za rok 2023.

5.2 Organizační struktura analyzovaného zdravotnického zařízení

Analyzované zdravotnické zařízení je začleněno do širší organizační struktury zdravotnické skupiny (Obrázek 3), která provozuje nemocnice v několika regionech České republiky. Nejvyššími řídicími orgány této skupiny jsou valná hromada a dozorčí rada, jejichž rolí je určování strategického směřování, kontrola hospodaření a dohled nad dodržováním příslušných právních a interních předpisů. Řízení nemocnice na regionální úrovni zajišťuje představenstvo, které sestává z předsedy, místopředsedy a dalších členů, přičemž jeden z členů představenstva je přímo odpovědný za řízení tohoto konkrétního zdravotnického zařízení.

Každodenní operativní řízení nemocnice má na starosti předseda představenstva, kterému jsou podřízeny další manažerské pozice a vedoucí pracovníci. K rozhodnému datu zaměstnává organizace celkem 502 zaměstnanců, z toho 101 lékařů, 199 všeobecných sester, porodních asistentek a dětských sester, dále 58 pracovníků z řad zdravotních laborantů, nutričních terapeutů a radiologických asistentů a 84 sanitářů a ošetřovatelů. Tato personální základna zajišťuje provoz lůžkové, ambulantní i diagnostické péče a odpovídá provoznímu rozsahu organizace.

Zdravotnické zařízení je členěno na několik hlavních odborných úseků, které se zaměřují na poskytování komplexní zdravotní péče. Základními součástmi jsou lůžková oddělení, mezi něž patří například anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) s jednotkou intenzivní péče (JIP) chirurgických oborů, jednodenní péče na lůžku (JPL), chirurgicko-traumatologické oddělení, novorozenecké oddělení, gynekologicko-porodnické oddělení, interní oddělení, léčebna dlouhodobě nemocných, neurologické oddělení a ortopedické oddělení. Tato lůžková oddělení jsou řízena primáři jednotlivých klinických oborů, kteří odpovídají za odborné vedení a kvalitu poskytované péče. Nad primáři jednotlivých oddělení stojí náměstek pro léčebnou péči, jenž zabezpečuje koordinaci a metodické vedení odborné medicínské činnosti.

Ambulantní péče nemocnice je zajišťována specializovanými ambulancemi, které pokrývají široké spektrum odborností. Jedná se například o gastroenterologickou ambulanci, gynekologickou ambulanci, onkologickou ambulanci, kožní ambulanci, nefrologickou ambulanci, nutriční ambulanci, dětskou ambulanci, plicní ambulanci, oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny, praktického lékaře pro dospělé, psychiatrickou ambulanci, Sport

Clinic, poradnu pro žilní vstupy, prenatální poradnu. Důležitou součástí ambulantní péče je také zdravotně sociální pracovník.

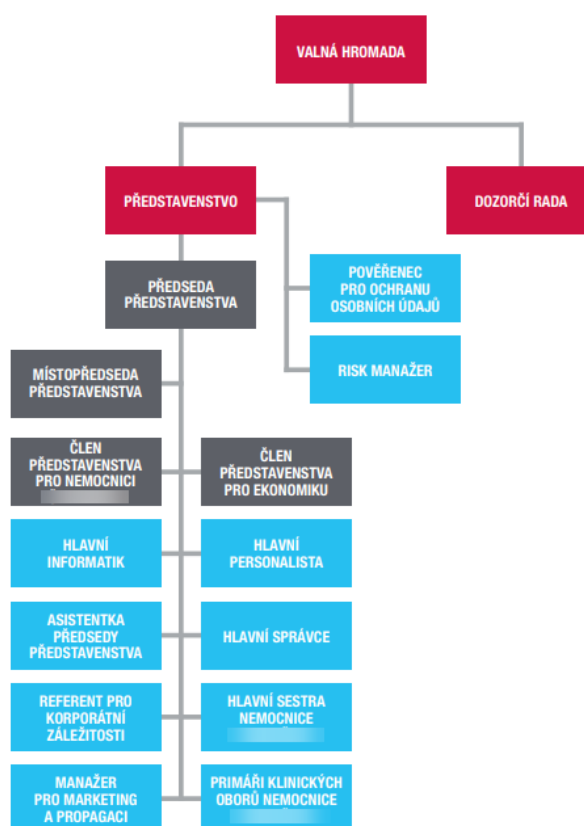
Komplementární služby poskytují zejména oddělení laboratorní medicíny a radiodiagnostické oddělení, která zajišťují potřebnou diagnostickou podporu lůžkovým i ambulantním oddělením. Součástí zdravotnického zařízení jsou také operační sály a oddělení centrální sterilizace.

Úsek ošetrovatelské péče je řízen hlavní sestrou, která koordinuje a metodicky vede vrchní sestry jednotlivých oddělení. Vrchním sestrám jsou dále podřízeny staniční sestry, jež přímo řídí nelékařský zdravotnický personál. Hlavní sestra úzce spolupracuje s manažerem kvality, který jí je odborným partnerem a zabezpečuje dodržování standardů kvality péče, bezpečnosti a interních předpisů.

Administrativní a podpůrné útvary nemocnice jsou zastoupeny několika odděleními, která zajišťují nezbytné provozní a správní funkce. K těmto útvarům patří zejména ekonomické oddělení, oddělení pro styk se zdravotními pojišťovnami, personální oddělení a oddělení informačních technologií, které sehraje klíčovou roli v procesu digitalizace zdravotnických a provozních agend. IT oddělení je odpovědné nejen za správu nemocničního informačního systému a provoz technické infrastruktury, ale rovněž se podílí na implementaci nových digitálních nástrojů a systémových aktualizací. Nedílnou součástí jeho činnosti je i metodická a technická podpora zaměstnancům, a to zejména při zavádění nových technologií. Oddělení se aktivně účastní školení a instruktáže zaměstnanců, zajišťuje tvorbu metodických pokynů a podílí se na vzdělávání pracovníků napříč věkovými kategoriemi, což přispívá k lepší adaptaci na digitální změny a snižování technologických bariér ve všech profesních skupinách.

Nedílnou součástí organizační struktury jsou také oddělení kvality, epidemiologická sestra, manažer marketingu a propagace, risk manažer, pověřenec pro ochranu osobních údajů a technicko-provozní úsek řízený hlavním správcem.

Celková organizační struktura nemocnice je nastavena s cílem zajistit efektivní koordinaci všech činností, optimální řízení lidských zdrojů a poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče. Struktura také odpovídá strategickým požadavkům a cílům skupiny zdravotnických zařízení, do které nemocnice patří. Veškeré údaje v této kapitole jsou prezentovány s důrazem na anonymitu nemocnice a vycházejí z interních dokumentů a veřejně dostupných informací analyzovaného zařízení.



Obrázek 3 Organizační struktura managementu analyzované nemocnice

(zdroj: vlastní)

5.3 Věkové složení zaměstnanců analyzovaného zdravotnického zařízení

Analyzované zdravotnické zařízení zaměstnává k rozhodnému datu celkem 502 zaměstnanců v přepočteném evidenčním počtu. Tito pracovníci působí v různých profesních kategoriích, zejména jako lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotní laboranti, fyzioterapeuti, sanitáři, pracovníci THP (technickohospodářský pracovník) a dělníci. Věkové složení těchto zaměstnanců představuje důležitý ukazatel v oblasti strategického řízení lidských zdrojů, a to jak z pohledu plánování nástupnictví, tak v souvislosti s implementací opatření v rámci age managementu. Přepočtené údaje k rozhodnému datu ukazují, že zařízení zaměstnává pracovníky napříč všemi věkovými skupinami, přičemž dominantní podíl zaměstnanců se nachází ve věkovém rozpětí od 25 do 54 let.

Z hlediska profesní struktury je patrné, že mezi lékaři převažují zaměstnanci ve věku 25–39 let, přičemž výrazný podíl je zaznamenán i ve skupině 40–49 let. V kategorii

všeobecných sester, porodních asistentek a dětských sester se nejvyšší zastoupení přesouvá směrem ke starším věkovým kategoriím, především do rozpětí 45–59 let, kde se koncentruje většina přepočtených pracovních úvazků. Podobný trend je pozorován i u sanitářů a ošetřovatelů, kteří rovněž výrazně převažují ve středním a vyšším věku. U zdravotních laborantů, nutričních terapeutů a radiologických asistentů je struktura věkově rozložená, přičemž významné zastoupení mají pracovníci ve věku 25–34 let a 55–59 let.

Nižší věkové skupiny (do 24 let) jsou v rámci zařízení zastoupeny spíše okrajově, především u laborantů a sanitářů. Nejmladší věková kategorie (do 19 let) je téměř nulová, což je vzhledem ke kvalifikačním nárokům a nástupní době po ukončení studia očekávatelné.

Významná část zaměstnanců v klíčových profesních skupinách spadá do věku nad 55 let, což je z hlediska personální stability a provozního zabezpečení rizikové. Tato skutečnost byla zmíněna také respondentkou č. 2, která v rámci rozhovoru odkazovala na interní SWOT analýzu provedenou zdravotnickým zařízením. V této analýze byla věková struktura zdravotnického personálu identifikována jako slabá stránka organizace. Zvýšený podíl zaměstnanců v předdůchodovém a důchodovém věku vyvolává potřebu systematické přípravy nových pracovníků, jejich včasného zapracování a zajištění mezigeneračního přenosu znalostí.

Vzhledem k dostupnosti dat je věkové rozložení zaměstnanců v následující tabulce uvedeno v přepočteném evidenčním počtu (FTE). Tato forma nezohledňuje počet fyzických osob, nýbrž součet pracovních úvazků, viz uvedená data v Tabulce 1. Pro účely této práce je však nutné mít na paměti, že age management se vztahuje ke konkrétním pracovníkům. Interpretace údajů tedy vychází z přepočtu, který přibližuje věkovou skladbu reálného personálu, nikoli přesného počtu jednotlivců v daném věku.

Tabulka 1 Věková struktura, vlastní zpracování

Věková skupina	Lékaři	Sestry	Laboranti	Fyzioterapeuti	Sanitáři
do 19 let	0	0	0,29	0	2
20–24 let	0	3,74	12,26	0	2,23

Věková skupina	Lékaři	Sestry	Laboranti	Fyzioterapeuti	Sanitáři
25–29 let	17,32	14,96	4,7	1,6	1
30–34 let	15,51	9,3	8,15	1,15	1,3
35–39 let	12,25	21,02	4,33	0,5	5
40–44 let	9,69	23,31	5,25	1,88	12,7
45–49 let	10,39	29,59	2,4	3	16,73
50–54 let	4,16	28,35	1,35	1	17,5
55–59 let	9,81	26,76	6	0	11,69
60 a více	6,17	17,79	2,2	4	7

(zdroj: vlastní)

Výrazné zastoupení starších zaměstnanců v některých profesních skupinách poukazuje na nutnost přizpůsobovat vzdělávací strategie, technologické změny a zavádění nových systémů tak, aby byly akceptovatelné a funkční napříč generacemi. Vhodně nastavená opatření age managementu tak mohou napomoci jak udržení zkušených pracovníků v systému, tak jejich aktivnímu zapojení do digitální transformace organizace.

5.4 Informační a komunikační technologie v analyzovaném zdravotnickém zařízení

V této kapitole budou představeny informační a komunikační technologie využívané na úrovni zdravotnického personálu analyzovaného zdravotnického zařízení. Popsány budou primárně systémy a aplikace, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče a komunikací mezi zdravotníky. Nebudou tedy zahrnuty ekonomické, účetní či jiné administrativní systémy, které nejsou předmětem této práce.

Klíčovou roli ve zdravotnickém provozu zastává nemocniční informační systém (NIS), jehož hlavním cílem je podpora bezpečnosti pacientů, zajištění efektivní správy zdravotnické dokumentace a zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Systém je využíván primárně na pracovních stanicích (PC), přičemž jeho vybrané části jsou dostupné také formou mobilní aplikace prostřednictvím tabletů. Mobilní aplikace umožňuje zdravotníkům flexibilní přístup k patientským datům a jejich rychlé zaznamenávání přímo v místě poskytované péče.

Nemocniční informační systém je pravidelně aktualizován v předem stanovených intervalech, konkrétně jednou za dva měsíce. Proces aktualizace systému zabezpečuje externí společnost, která je současně členem stejného holdingového uskupení jako analyzované zařízení. Veškeré provedené změny jsou podrobně dokumentovány ve změnové dokumentaci, která je dostupná jak správcům informačních technologií ve zdravotnickém zařízení, tak i ostatním zaměstnancům. K informačnímu systému je rovněž vytvořen podrobný uživatelský manuál, který mají zaměstnanci k dispozici a mohou ho využívat při každodenním výkonu své práce. Smluvní vztahy a konkrétní podmínky aktualizace informačního systému mezi nemocnicí a externí společností jsou pravidelně a transparentně dokumentovány ve výroční zprávě celé zdravotnické skupiny.

Součástí informačního systému je rovněž radiologický systém PACS (Picture Archiving and Communication System), který zajišťuje elektronickou správu a archivaci obrazové dokumentace pacientů. Tento systém je plně integrován s NIS, a jeho používání zahrnuje také přístup přes mobilní aplikace, což výrazně urychluje proces diagnostiky a umožňuje okamžitou dostupnost snímků pro ošetřující personál napříč nemocnicí.

Nemocnice aktivně podporuje elektronickou komunikaci mezi zdravotníky prostřednictvím firemních e-mailových adres. Dalším využívaným komunikačním nástrojem je interní informační portál SKIPO, který slouží k publikaci a zpřístupnění interních směrnic, pracovních postupů a dalších důležitých metodických dokumentů.

Důležitým aspektem digitalizace zdravotní péče v tomto zařízení je možnost online objednávání pacientů na vyšetření či konzultace. Tento proces však klade vyšší nároky na znalosti zdravotnického personálu, který se musí orientovat nejen v ovládání systému, ale také částečně v konfiguraci objednávkového modulu.

V analyzovaném zdravotnickém zařízení se již standardně využívá elektronická evidence zdravotnických prostředků vyšších tříd (zejména třídy IIb a III) pomocí systému

unikátní identifikace zdravotnických prostředků (UDI). Data o použitých prostředcích jsou automaticky přenášena do zdravotnické dokumentace pacienta v NIS, což výrazně usnadňuje sledovatelnost, kontrolu a bezpečnost při jejich použití.

V oblasti telemedicíny je zdravotnické zařízení zatím ve fázi počáteční implementace, přičemž telemedicínské prvky jsou zastoupeny například používáním glykemických senzorů u pacientů s diabetem. Tato technologie umožňuje kontinuální vzdálený monitoring pacientů, a tím zlepšuje kvalitu poskytované péče a zvyšuje bezpečnost pacientů.

Pro podporu modernizace klinických výkonů nemocnice využívá rovněž technologie virtuální reality. Brýle pro virtuální realitu nacházejí praktické uplatnění zejména při výkonech, jako jsou odběry krve u dětských pacientů nebo v rámci rehabilitačních procedur, kde jejich použití přispívá ke snížení stresu a nepříjemných pocitů pacientů.

Vzdělávání zdravotnického personálu probíhá nejen formou klasických osobních školení, ale také prostřednictvím elektronických nástrojů, jako jsou e-learningové kurzy nebo online školení na platformě Microsoft Teams. Licenci k této platformě vlastní všichni vedoucí pracovníci, kteří mohou pružně plánovat a organizovat interní školení svých týmů.

Součástí celkové strategie využívání informačních technologií v nemocnici je rovněž dodržování vysokých standardů kybernetické bezpečnosti. Mezi zavedená opatření patří pravidelná řízená změna přístupových hesel zaměstnanců, což minimalizuje riziko neoprávněného přístupu k citlivým údajům pacientů a dalších zdravotnických informací.

Informace prezentované v této kapitole jsou uvedeny s důrazem na zachování anonymity zdravotnického zařízení a vycházejí z interních zdrojů a veřejně dostupných materiálů.

6 ANALYTICKÁ ČÁST

Analytická část je členěna do dvou vzájemně provázaných celků, které využívají kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod. První část tvoří dotazníkové šetření, jehož cílem je zmapovat zkušenosti a postoje zdravotnického personálu k využívání digitálních technologií ve vybrané zdravotnické organizaci. Získaná data poskytují přehled o míře využívání konkrétních digitálních nástrojů, uživatelské přívětivosti, dopadech digitalizace na pracovní zátěž a vnímané podpoře ze strany zaměstnavatele. Zvláštní důraz je kladen na souvislost s věkem respondentů, čímž je reflektována role age managementu při zavádění digitálních inovací.

Druhá část analytické kapitoly vychází z individuálních polostrukturovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky organizace. Rozhovory byly zaměřeny na strategii rozvoje lidských zdrojů v kontextu digitalizace, konkrétní nástroje a procesy implementace nemocničního informačního systému, a na přímé zkušenosti s adaptací zaměstnanců různého věku. Výsledky rozhovorů umožňují doplnit statistická zjištění o kontextuální vlně a přispívají k hlubšímu pochopení motivací, bariér i podpůrných opatření v praxi. Kombinací obou metod je možné vytvořit ucelený obraz o podmínkách, potřebách a příležitostech spojených s efektivní adaptací na digitalizační procesy v rámci zdravotnického provozu.

6.1 Rozhovor

Rozhovory byly realizovány formou polostrukturovaných rozhovorů (Příloha I) se dvěma respondentkami z vedení vybrané zdravotnické organizace, které poskytují relevantní vlně do strategického i operativního řízení procesů spojených s adaptací zaměstnanců na digitalizaci.

Obě respondentky byly předem seznámeny s cílem výzkumu i tématem diplomové práce a se způsobem záznamu rozhovoru. Z důvodu jejich preference nebyl pořízen zvukový záznam, rozhovory byly dokumentovány prostřednictvím ručních zápisků. Tyto zápisy byly následně převedeny do strukturovaného přepisu (Příloha II), který byl oběma respondentkami schválen.

Rozhovory tematicky vycházely ze čtyř výzkumných oblastí, které odpovídají struktuře dotazníkového šetření: věková a profesní struktura zdravotnického personálu, využívání digitálních technologií ve zdravotnické praxi, dopady digitalizace na pracovní výkon a zátěž a podpora adaptace s důrazem na prvky age managementu.

Přepisy polostrukturovaných rozhovorů byly analyzovány pomocí třífázového procesu kódování. Nejprve bylo provedeno otevřené kódování, při kterém byly texty opakovaně čteny a jednotlivé významové úseky označeny volnými kódy. Tento postup umožnil identifikovat široké spektrum témat souvisejících s věkovou a profesní strukturou zaměstnanců, využíváním digitálních nástrojů, dopady digitalizace a podporou adaptace zaměstnanců. Následně byly kódy seskupeny do širších tematických kategorií v rámci axiální analýzy a hledány mezi nimi vztahy. V závěrečné fázi – selektivní analýze – byly jednotlivé kategorie propojeny do centrálního tématu, které odráží hlavní zjištění výzkumu. Kódování umožnilo identifikaci opakujících se témat a souvislostí, které doplňují kvantitativní šetření.

Každý rozhovor trval přibližně 50 minut. Přepisy rozhovorů jsou uvedeny v anonymizované podobě v Příloze II této práce.

6.1.1 Řízení nelékařského personálu v kontextu adaptace na digitalizaci

Jedna z respondentek zastává vedoucí pozici v oblasti řízení nelékařského zdravotnického personálu v daném zdravotnickém zařízení, který tvoří podstatnou část cílové skupiny výzkumu. V rámci své agendy zodpovídá za koordinaci a rozvržení personálu, nastavování pracovních standardů, metodické vedení jednotlivých oddělení a kontrolu kvality poskytované ošetrovatelské péče. Zároveň se aktivně podílí na organizaci a hodnocení adaptačních plánů nových zaměstnanců, plánování a realizaci školení, a v neposlední řadě i na zavádění nových pracovních procesů spojených s digitalizací. Díky této komplexní roli má respondentka dlouhodobý a systematický vhled do každodenní praxe nelékařského personálu, včetně jejich přístupu k digitálním technologiím a procesu adaptace na nové systémy. Vzhledem k její zkušenosti a rozsahu kompetencí má detailní přehled o tom, jak různé věkové skupiny zvládají změny spojené s digitalizací, což úzce souvisí s tématem age managementu ve zdravotnictví. Její pohled tak poskytuje cenné informace pro pochopení reálné situace na pracovišti i pro návrh cílených podpůrných opatření.

Respondentka zdůrazňuje, že svou současnou vedoucí funkci zastává od roku 2017, přičemž předtím nasbírala mnoho let zkušeností přímo v provozu. Tyto zkušenosti jí umožnily získat detailní přehled o věkové struktuře personálu. Uvádí, že nelékařský zdravotnický personál je převážně tvořen staršími zaměstnanci, což představuje dvojsečný meč. Na jedné straně bohaté zkušenosti těchto pracovníků přispívají k odbornosti a stabilitě provozu, avšak zároveň je patrný problém s nedostatkem mladších kolegů a vyšší fluktuací.

Respondentka varuje, že pokud se současný trend nezmění, bude nástup nových pracovníků nedostatečný k nahrazení odchodu zkušených zaměstnanců, což může vést k výrazným provozním komplikacím.

Podle respondentky hrají digitální nástroje klíčovou roli v každodenní praxi. Mezi nejdůležitější patří nemocniční informační systém, mobilní aplikace pro práci přímo u lůžka a další nástroje, jako jsou systémy pro elektronickou dokumentaci a PACS pro správu obrazové dokumentace. Respondentka upozorňuje, že většina těchto nástrojů se stala součástí denní rutiny, nicméně začátky jejich implementace byly spojené s určitými potížemi. Uvádí například situaci, kdy na některém oddělení byl zaveden systém virtuální reality, avšak jeho potenciál nebyl zcela využit, protože personál čelil překážkám spojeným s adaptací na novou technologii. Tyto zkušenosti poukazují na nutnost nejen technické implementace, ale také na důležitost dostatečného školení a podpory při zavádění digitálních řešení.

Respondentka potvrzuje, že digitalizace v počátečních fázích přinesla zvýšení pracovní zátěže, neboť personál musel osvojit nové systémy a změnit své pracovní návyky. Přesto s časem a nabytím zkušeností přináší digitalizace celkově úlevu a zvýšení efektivity. Uvádí, že elektronizace umožňuje rychlejší sdílení informací, lepší organizaci dokumentace a strukturovanější administrativu, což přispívá ke kvalitnější péči. Nicméně upozorňuje na komplikace, jako jsou technické problémy, výpadky systému či nedostatečné pokrytí sítě, které v krátkodobém horizontu mohou negativně ovlivnit pracovní výkon.

V oblasti podpory adaptace respondentka klade důraz na individuální přístup ke každému zaměstnanci. Podle jejích zkušeností je zásadní zavedení mentoringu, kdy mladší „tahoun“ – zaměstnanec s vyšší technickou gramotností – pomáhá starším kolegům překonat bariéry spojené s digitalizací. Takový přístup, doplněný o školení přizpůsobená specifickým potřebám různých věkových skupin (například zjednodušený jazyk výkladu, vizuální materiály a interaktivní demonstrace), významně usnadňuje proces adaptace. Respondentka také zdůrazňuje, že systémová podpora a pravidelná aktualizace znalostí jsou klíčovými faktory, které pomáhají zmírnit odpor ke změnám a přispívají ke zvýšení celkové efektivity zavádění nových digitálních technologií.

Celkově respondentka č. 1 prezentuje komplexní obraz řízení nelékařského personálu v kontextu digitalizace, kde se prolínají otázky demografie, využívání technologií, změny v pracovním zatížení a strategie podpory adaptace prostřednictvím age managementu. Její zkušenosti a názory poskytují cenný základ pro formulaci doporučení, která mohou vést ke

zlepšení adaptačních procesů a efektivní implementaci digitálních inovací ve zdravotnických zařízeních.

6.1.2 Personální pohled na age management v digitálním prostředí

Druhá z respondentek působí ve vedoucí funkci v oblasti řízení lidských zdrojů. V rámci své pracovní agendy se věnuje personálnímu plánování, náboru zaměstnanců, adaptačním procesům a vzdělávání napříč organizací. Má přehled o věkovém složení týmů a zajišťuje rovné příležitosti v oblasti rozvoje kompetencí. Podílí se na tvorbě vzdělávací strategie organizace, včetně školení zaměřených na digitální dovednosti. Má detailní znalost jak formálních přístupů, tak i neformálních praktik, které slouží k podpoře zaměstnanců různého věku při zavádění nových systémů. Její výpověď přináší strategický pohled na možnosti a limity uplatnění prvků age managementu v personální politice organizace.

Respondentka uvádí, že věkové složení zaměstnanců je systematicky sledováno a analyzováno v rámci interního plánování. Tyto informace slouží jako důležitý podklad pro tvorbu podnikatelského plánu, zejména s ohledem na očekávané odchody do důchodu. Na základě pravidelné analýzy věkové struktury byly například upraveny mzdové tabulky pro zaměstnance s délkou praxe nad 40 let. Tato systematická analýza umožňuje organizaci nejen předcházet personálním deficitům, ale také efektivně plánovat rozvoj a vzdělávání zaměstnanců, což je zvláště důležité v kontextu stárnoucí pracovní síly.

Respondentka dále popisuje, že ve zdravotnické organizaci jsou implementovány různé digitální systémy, jejichž cílem je zvýšit efektivitu a kvalitu poskytované péče. Klíčovým nástrojem je nemocniční informační systém IKIS, doplněný o systém DOCTIS, který podporuje elektronizaci zdravotnické dokumentace. Digitalizace zahrnuje také moderní zobrazovací metody s možností vzdáleného popisu snímků a digitalizaci laboratorních nálezů, především v oblasti patologie. V této oblasti respondentka podtrhuje, že adaptace na digitální technologie není pouze o implementaci nových systémů, ale také o schopnosti personálu tyto systémy plně využít – což vyžaduje průběžné školení a technickou podporu. Z pohledu respondentky se digitalizace projevuje nejen v technické implementaci, ale i v reorganizaci administrativních a personálních procesů. Digitalizace rozšiřuje své působení i mimo přímou zdravotní péči, například prostřednictvím aplikací na benefity, elektronických výplatních pásek či digitálních výkazů práce vedených v Excelu. V personální oblasti jsou postupně zaváděny digitální procesy, jako je evidence pracovnělékařských prohlídek a plánování pracovních fondů pomocí portálu VEMA. Tyto změny mají na zaměstnance dvojí

dopad: na jedné straně představují příležitost ke zvýšení efektivity a zlepšení přístupu k informacím, na druhé straně však vyžadují, aby si personál osvojil nové pracovní návyky, což může v krátkodobém horizontu zvyšovat pracovní zátěž.

Podle respondentky je pro úspěšnou adaptaci zaměstnanců na digitalizaci klíčové, aby byly zavedeny formy školení a podpory přizpůsobené specifickým potřebám různých věkových skupin. Při nástupu nových zaměstnanců se provádí prezenční školení, doplněné o pravidelná on-line školení, která umožňují opakování a upevnění nově nabytých znalostí. V oblasti podpory adaptace je kladen důraz na mentoring – individuální přístup, kdy zkušenější kolegové či specializovaní odborníci z IT oddělení pomáhají těm, kteří mají s digitálními systémy obtíže. Respondentka rovněž potvrzuje, že age management je v organizaci vnímán jako přínosný nástroj, který může přispět ke snížení generačních rozdílů. Zvláště u starších zaměstnanců je důležité, aby měli dostatek času na seznámení se s novými systémy a aby školení byla vedena tak, aby vyhovovala jejich tempu učení a specifickým potřebám.

Z výpovědi respondentky č. 2 vyplývá, že systematický přístup k sledování věkové struktury a profesionálních zkušeností spolu s cíleným využíváním digitálních nástrojů je zásadní pro úspěšnou adaptaci na digitalizaci. Snížení generačních bariér prostřednictvím individuálně přizpůsobených školení a mentoringu představuje klíčový prvek age managementu, který umožňuje efektivně integrovat nové technologie do pracovních procesů. Tyto poznatky podtrhují nutnost, aby personální strategie zdravotnických organizací reflektovala nejen technické aspekty digitalizace, ale také specifika věkové diverzity, čímž se zajistí dlouhodobá udržitelnost a zvýšení kvality poskytované péče.

6.1.3 Vyhodnocení individuálních rozhovorů

Na základě výzkumných cílů a struktury dotazníkového šetření jsou individuální rozhovory analyzovány prostřednictvím tematické analýzy, která vychází ze čtyř klíčových oblastí:

Věková a profesní struktura zdravotnického personálu – respondentka č. 1, která působí ve vedoucí pozici v oblasti řízení nelékařského personálu, zdůrazňuje dlouholetou praxi (od roku 2017 a předchozí přímá praxe), která jí umožňuje detailně poznat věkovou strukturu svého týmu. Její výpověď jasně ukazuje, že většina personálu je tvořena staršími zaměstnanci, což vytváří problém s nedostatkem mladých pracovníků a předpokládá budoucí personální deficit při odchodech do důchodu. Respondentka č. 2 popisuje, jak je v organizaci pravidelně sledováno věkové složení zaměstnanců a využívá se to při tvorbě

strategických podkladů – například při tvorbě podnikatelského plánu. Uvádí, že na základě těchto dat dochází k úpravám, jako je rozšíření mzdových tabulek pro zaměstnance s délkou praxe nad 40 let, a informace o věku se rovněž využívají při plánování rozvoje a vzdělávání. Obě respondentky reflektují důležitost sledování věkové struktury, ale jejich perspektivy se doplňují – zatímco respondentka č. 1 upozorňuje na hrozbu personálního deficitu u staršího kolektivu a nutnost přilákat mladší pracovníky, respondentka č. 2 zdůrazňuje, jak systematické monitorování věkových dat slouží k strategickému plánování rozvoje zaměstnanců a přizpůsobení mzdové politiky.

Využívání digitálních technologií ve zdravotnické praxi – respondentka č. 1 se zmiňuje o digitalizaci jako o klíčovém nástroji pro zefektivnění zdravotnické praxe. Ve svém vyjádření podtrhuje, že zavedení nových technologií, ačkoli je prospěšné, vyžaduje adaptaci personálu, přičemž mladší kolegové se s nimi adaptují rychleji než starší. Respondentka č. 2 detailně popisuje implementaci nemocničního informačního systému (IKIS) a systému Doctis, včetně digitalizace zdravotnické dokumentace a využití vzdáleného popisu snímků. Její odpovědi rovněž ukazují, že digitální připravenost je rozdílná napříč věkovými skupinami – mladší generace se adaptuje snadněji, zatímco starší zaměstnanci stále preferují tradiční metody. Obě výpovědi potvrzují, že moderní digitální technologie jsou nedílnou součástí zdravotnické praxe. Klíčovým poznatkem je, že úspěšnost implementace nových systémů závisí na schopnosti personálu je plně osvojit, což se výrazně liší napříč generacemi. Přitom respondentka č. 2 poskytuje konkrétní příklady používaných systémů a metod digitalizace, čímž doplňuje obecnější strategický pohled respondentky č. 1.

Dopady digitalizace na pracovní výkon a zátěž – ve svém vyjádření respondentka č. 1 uvádí, že implementace nových technologií způsobuje zvýšení pracovní zátěže v počátečních fázích, kdy se personál musí učit nové postupy a systémy. Toto období adaptace je doprovázeno nutností osvojit si nové návyky, což může krátkodobě zatížit pracovní procesy. Respondentka č. 2 zdůrazňuje, že digitalizace se dotýká nejen přímé péče, ale také administrativních a personálních procesů. Uvádí příklady, jako je elektronická evidence benefitů, výplatních pásek nebo výkazů práce v Excelu. Zatímco tyto změny zvyšují pracovní zátěž při adaptaci, postupně se projevují pozitivní efekty ve formě strukturovanější a efektivnější administrativy. Obě respondentky identifikují počáteční zvýšení pracovní zátěže jako dopad digitalizace. Na jedné straně je to způsobeno nutností osvojit si nové technologie, na druhé pak dochází k reorganizaci pracovních procesů, která dlouhodobě vede

ke zvýšení efektivity a zlepšení kvality poskytované péče. Přesto je potřeba brát v úvahu technické bariéry a počáteční obtíže, které vyžadují další podpůrná opatření.

Podpora adaptace a uplatnění prvků age managementu – respondentka č. 1 klade důraz na význam mentoringu, zejména prostřednictvím zavedení tzv. „tahouna“ – mladšího pracovníka, který pomáhá starším kolegům překonat technické bariéry. Uvádí, že individuální přístup a pravidelná školení jsou zásadní pro úspěšnou adaptaci na nové technologie. Respondentka č. 2 popisuje, že v organizaci probíhá prezenční školení při nástupu nových zaměstnanců, doplněné o pravidelná on-line školení, která umožňují opakování a upevnění znalostí. Zároveň je zmíněno, že přizpůsobení školení konkrétním věkovým skupinám závisí na rozhodnutí vedoucích pracovníků. Tato strategie je vnímána jako klíčová pro zmírnění generačních rozdílů a efektivní integraci nových digitálních technologií. Obě respondentky souhlasí, že klíčovým prvkem podporujícím adaptaci na digitalizaci je age management. Zavedení přizpůsobených školení a mentoringových programů představuje strategii, která pomáhá zmírnit obavy starších zaměstnanců a usnadňuje adaptaci na nové technologie. Individuální podpora, flexibilní přístup ke školením a možnost opakování jsou identifikovány jako klíčové faktory, které mohou přispět k úspěšné implementaci digitalizace.

6.2 Dotazníkové šetření

V rámci kvantitativní části výzkumu je realizováno dotazníkové šetření (Příloha III), jehož účelem je zmapovat zkušenosti zdravotnického personálu s digitálními technologiemi, identifikovat překážky při jejich využívání a zjistit míru podpory poskytovanou zaměstnavatelem při adaptaci na nové systémy. Cílovou skupinu tvoří lékařský a nelékařský zdravotnický personál, který ve své každodenní praxi pracuje s digitálními technologiemi – zejména nemocničním informačním systémem, elektronickou dokumentací a mobilními aplikace.

Mezi hlavní cíle dotazníkového šetření byla zařazena identifikace role age managementu při adaptaci zdravotnického personálu na proces digitalizace ve vybrané zdravotnické organizaci. V návaznosti na tento cíl byly formulovány následující výzkumné otázky:

- Jaký vliv má věk zdravotnického personálu na adaptaci k digitálním technologiím?

- Jak zdravotnický personál vnímá dopady digitalizace na pracovní zátěž v závislosti na věku?
- Jak zdravotnický personál hodnotí podporu zaměstnavatele při zavádění nových technologií?
- Jaká opatření v rámci age managementu by mohla zlepšit adaptaci zaměstnanců na digitální technologie?

6.2.1 Realizace sběru dat

Pro realizaci kvantitativního výzkumu bylo vytvořeno dotazníkové šetření složené celkem ze 17 otázek, z toho: 11 otázek uzavřených (s výběrem jedné či více možností), 5 otázek polouzavřených (s možností doplnění vlastního názoru), 1 otázka otevřená (umožňující volné vyjádření zkušeností).

Před spuštěním ostrého sběru dat bylo ve dnech 3.–7. 3. 2025 provedeno pilotní šetření na vzorku 15 respondentů. Na základě jejich zpětné vazby došlo k úpravám dotazníku, konkrétně k prohození otázek č. 2 a č. 5, aby byla zajištěna lepší logická návaznost.

Distribuce dotazníkového šetření probíhala od 24. 3. 2025 do 6. 4. 2025, prostřednictvím platformy Microsoft Forms, která je standardně využívána v rámci interní komunikace skupiny. Odkaz na dotazník byl respondentům dostupný na interním prohlížeči SKIPO. Ve stanoveném časovém intervalu vyplnilo dotazník celkem 118 respondentů.

Z hlediska struktury dotazníkového šetření byli respondenti v úvodu seznámeni s účelem výzkumu, způsobem vyplnění a přibližnou časovou náročností, přičemž jim bylo na závěr poděkováno za spolupráci. Celé šetření probíhalo anonymně prostřednictvím elektronické platformy Microsoft Forms. Byla zaručena ochrana osobních údajů a všech poskytnutých informací před jakýmkoli zneužitím.

Dotazník byl rozdělen do čtyř tematických oblastí, které vycházejí z výzkumných cílů a byly stanoveny také jako rámec pro následné rozhovory. První část se zaměřila na demografickou charakteristiku a profesní zkušenosti respondentů (otázky č. 1–6). Druhá oblast se týkala využívání digitálních nástrojů ve zdravotnické praxi (otázky č. 7–9). Třetí část se věnovala dopadům digitalizace na pracovní proces (otázky č. 10–13) a závěrečná část se zaměřila na podporu adaptace a prvky age managementu (otázky č. 14–17). V závěrečné části dotazníku respondenti odesláním potvrdili svůj souhlas se zpracováním poskytnutých údajů pro účely zpracování této diplomové práce.

6.2.2 Analýza dotazníkového šetření

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 118 respondentů. Z tohoto počtu bylo 94 žen a 24 mužů, což odpovídá výrazné převaze žen, která je v souladu s profesní strukturou zdravotnického personálu. Co se týče věkového rozložení, nejvíce respondentů spadá do skupiny 41–50 let (34 osob) a 51–60 let (32 osob). Dále následovali respondenti ve věku 31–40 let (23 osob), do 30 let (18 osob) a nad 60 let (11 osob). Věkové zastoupení ukazuje, že většina respondentů je ve středním až vyšším středním věku.

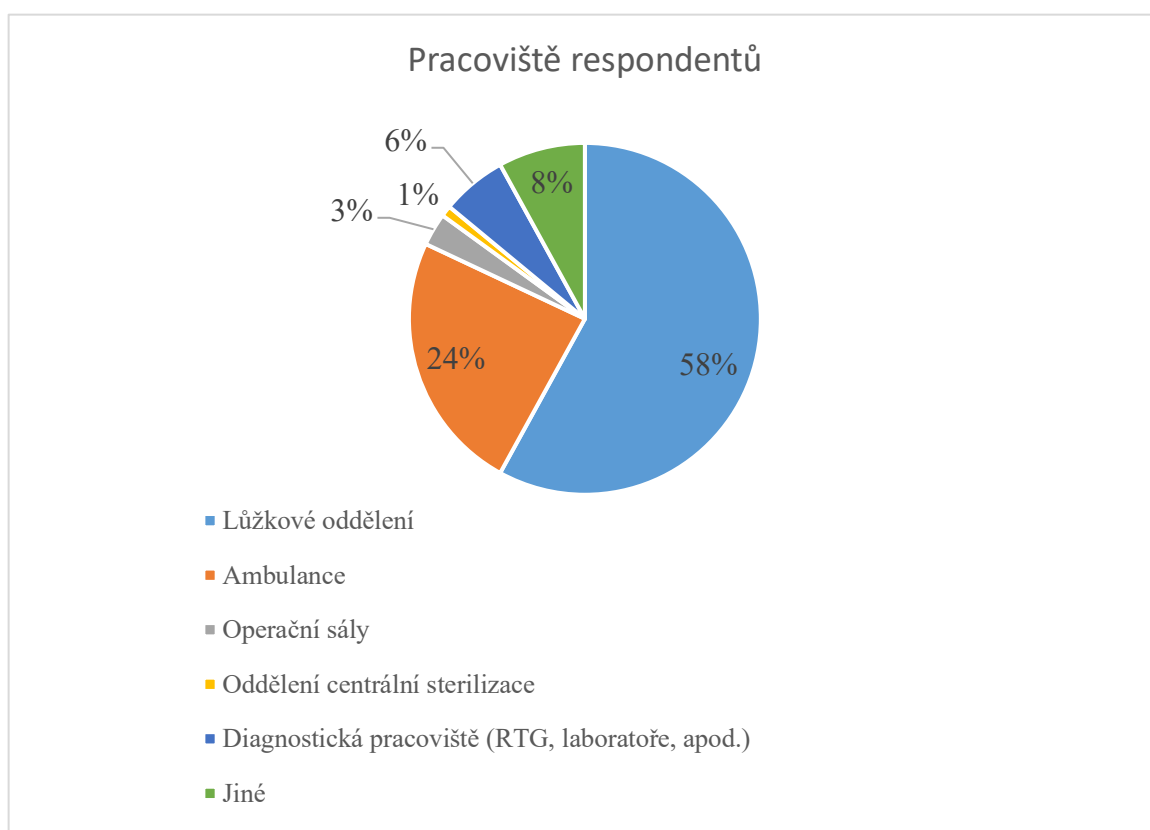
Po identifikačních otázkách, doplňuje otázka č. 3, která zkoumá odpovědi z hlediska základního členění pracovního zařazení. Největší skupinu tvoří respondenti z ošetrovatelského personálu, kam spadají všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotničtí asistenti. Tato skupina představuje výraznou většinu všech odpovědí. Vysoké zastoupení má rovněž lékařský personál, který tvoří druhou nejčastěji zastoupenou profesní skupinu. Mezi další pracovní zařazení patří diagnosticko-technický personál, rehabilitační a terapeutický personál a jednotlivé specifické pozice označené v odpovědi jako „jiné“, například administrativní nebo vedoucí pracovníci.

Na otázku č. 4, která se zaměřuje na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, odpovídali účastníci z různých vzdělanostních úrovní. Nejčastěji uváděným stupněm vzdělání bylo vysokoškolské magisterské vzdělání, které představuje nejvyšší dokončenou kvalifikaci u významné části respondentů. Následuje vysokoškolské bakalářské vzdělání, které je typické zejména pro nelékařské zdravotnické profese. Střední odborné vzdělání s maturitou, nejčastěji ve formě zdravotnické školy, uvedlo rovněž velké množství respondentů, což poukazuje na zastoupení praktických zdravotnických profesí v přímé péči. Vyšší odborné vzdělání ve formě diplomovaného specialisty (DiS.) bylo také významně zastoupeno. Vysokoškolské doktorské vzdělání (Ph.D.) mezi respondenty nebylo vůbec zastoupeno. V souhrnu lze říci, že většina dotazovaných dosáhla terciárního vzdělání, což potvrzuje vysokou odbornou úroveň personálu zapojeného do výzkumu.

Výzkumná otázka č. 5 se zaměřuje na délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Největší skupinu tvoří zaměstnanci s praxí více než 20 let, kteří představují více než polovinu všech respondentů. Tito pracovníci zpravidla disponují rozsáhlými zkušenostmi v klinické praxi i organizačním prostředí zdravotnických zařízení. Významné zastoupení má také skupina respondentů s 11–20 lety praxe, která doplňuje celkový obraz o převaze zkušenějších pracovníků ve výzkumném vzorku. Mladší generaci pracovníků zastupují respondenti s praxí méně než 5 let a 5–10 let, jejichž zastoupení je ve srovnání s výše

uvedenými kategoriemi nižší. Tyto skupiny jsou však důležité z hlediska pohledu na adaptaci nováčků v digitálním prostředí zdravotnických systémů.

Výzkumná otázka č. 6 zjišťuje, na jakém typu pracoviště respondenti převážně působí (Obrázek 4). Nejčastěji uváděným místem výkonu práce bylo lůžkové oddělení, kde pracuje více než polovina respondentů. Tento výsledek potvrzuje silné zastoupení pracovníků z přímé ošetrovatelské péče, zejména všeobecných a praktických sester. Druhou nejčastější skupinou jsou zaměstnanci působící na ambulantních pracovištích, jejichž podíl rovněž tvoří významnou část zúčastněných.



Obrázek 4 Převažující pracoviště respondentů

(zdroj: vlastní)

Otázka zaměřená na využívání digitálních nástrojů ukázala, že nejčastěji používaným systémem je nemocniční informační systém (NIS), který využívá drtivá většina respondentů. Významnou roli sehrává také interní elektronická komunikace prostřednictvím nemocničního chatu nebo e-mailu, a dále vzdělávací online platformy a objednávkové systémy pro pacienty. Poměrně rozšířené je rovněž využívání elektronické evidence zdravotnických prostředků. Tyto nástroje jsou nejčastěji využívány na ambulantních pracovištích, kde se objevuje nejširší spektrum digitálních technologií. Naopak pracoviště

jako ARO, diagnostická pracoviště nebo administrativa uvádějí užší rozsah využívaných nástrojů, i když přítomnost základního nemocničního systému je plošná.

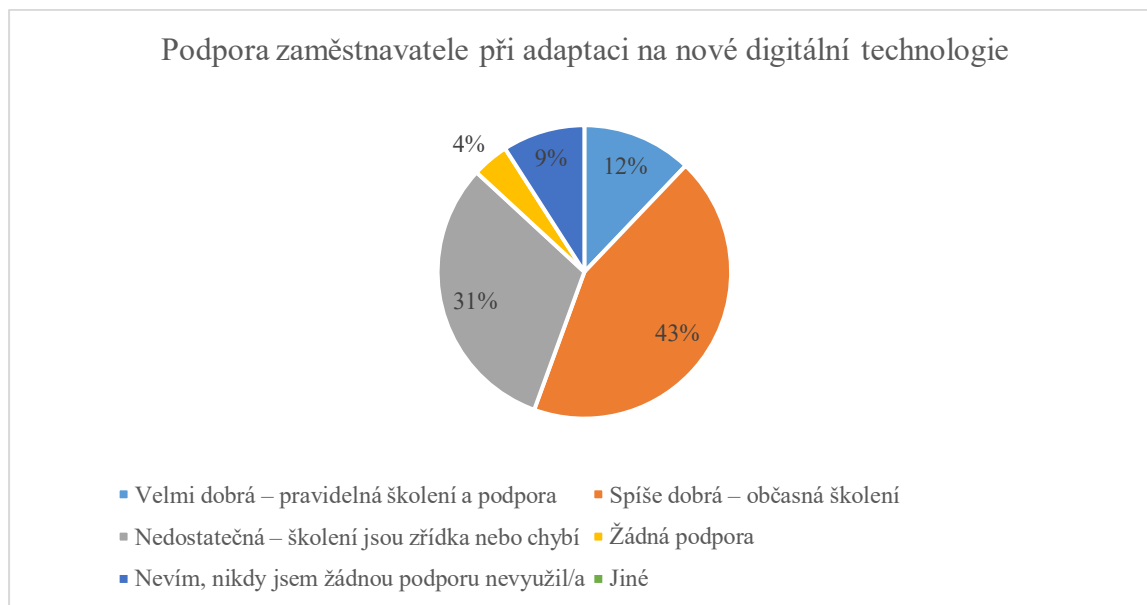
Frekvence práce s digitálními technologiemi byla zjišťována prostřednictvím otázky č. 8, jejímž cílem bylo ověřit, jak často zdravotnický personál využívá software, aplikace, elektronickou dokumentaci a nemocniční informační systémy ve své každodenní praxi. Většina respondentů uvedla, že s digitálními nástroji pracuje denně, což potvrzuje jejich pevné zakotvení v rutinní činnosti napříč zdravotnickými profesemi. Možnost „několikrát týdně“ se objevovala především u respondentů pracujících na lůžkových odděleních, což pravděpodobně souvisí s organizací práce v nepřetržitém provozu a rozvržením směn. Možnosti „jen občas“ a „prakticky nikdy“ nebyly zvoleny žádným z respondentů, což dokládá, že digitalizace je běžnou a stabilní součástí pracovních procesů ve zdravotnické organizaci.

Výzkumná otázka č. 9 se zaměřuje na subjektivní hodnocení uživatelské přívětivosti digitálních nástrojů, které zdravotnický personál využívá při své práci. Nejčastější odpovědí bylo, že systémy jsou přehledné, ale s občasnými problémy, což poukazuje na obecně zvládnutelné ovládání, avšak s častými technickými nebo funkčními obtížemi. Pouze menší část respondentů hodnotila digitální nástroje jako velmi intuitivní a snadné, což naznačuje, že uživatelsky příjemné rozhraní není vnímáno jako samozřejmost. Naopak více než desetina dotázaných označila nástroje za velmi komplikované, což může souviset s neintuitivním designem nebo nedostatečným zaškolením. Možnost „jiné“ byla uvedena pouze výjimečně. Hodnocení uživatelské přívětivosti se zároveň liší podle věkové skupiny respondentů. Zatímco mladší pracovníci (zejména ve věku do 40 let) a část skupiny 41–50 let častěji označovali digitální nástroje za intuitivní a snadné, u respondentů ve věku nad 50 let převažovalo hodnocení jako velmi komplikované. Ve věkové skupině nad 60 let se navíc neobjevilo žádné pozitivní hodnocení přívětivosti. Tento vývoj potvrzuje, že vnímání složitosti digitálních nástrojů úzce souvisí s věkem, a podtrhuje potřebu věkově diferencovaného přístupu při zavádění technologií ve zdravotnické praxi.

V rámci výzkumné otázky č. 10 bylo cílem zjistit, jak zaměstnanci vnímají dopad digitalizace na svou pracovní zátěž. Převládající odpovědí bylo, že digitalizace práci spíše usnadnila, což naznačuje, že většina respondentů vnímá technologie jako přínosné z hlediska organizace a efektivity práce. Část dotazovaných uvedla, že jim digitalizace práci výrazně usnadnila, avšak nelze přehlédnout ani odpovědi, které zmiňují zvýšení zátěže – ať už mírné, nebo výrazné. Analýza odpovědí ukazuje souvislost mezi tím, jak zaměstnanci vnímají

uživatelskou přívětivost digitálních nástrojů, a tím, jak hodnotí jejich dopad na pracovní zátěž. Respondenti, kteří označili digitální nástroje za velmi komplikované, častěji uváděli, že jim digitalizace spíše zvýšila pracovní zátěž, případně nevnímali žádné zlepšení. Naopak ti, kteří hodnotili systémy jako velmi intuitivní a snadné, většinou uvedli, že jim technologie práci výrazně nebo spíše usnadnily. U skupiny, která nástroje označila jako přehledné, ale s občasnými problémy, převažovalo sice pozitivní hodnocení, nicméně část respondentů zde rovněž poukazovala na zvýšení zátěže. Výsledky tedy naznačují, že uživatelská přívětivost systémů má přímý vliv na to, zda je digitalizace vnímána jako přínosná, nebo zatěžující.

Výzkumná otázka č. 11 se zaměřuje na vnímání úrovně podpory ze strany zaměstnavatele při adaptaci na nové digitální nástroje (Obrázek 5). Nejčastější odpovědí bylo, že podpora je spíše dobrá, přičemž respondenti uváděli zejména občasná školení nebo poradenství v rámci pracoviště. Významná část respondentů označila podporu za nedostatečnou, zejména z důvodu chybějících nebo nepravidelných školení, a menší část uvedla, že žádná podpora není k dispozici. Přibližně desetina respondentů odpověděla, že podporu nikdy nevyužila nebo neví, jaká forma je dostupná, což může odrážet nejen absenci informací, ale také rozdíly v iniciativě jednotlivých zaměstnanců či jejich nadřízených. Celkově lze konstatovat, že podpora zaměstnanců při zavádění digitálních technologií není vnímána jako plošně nastavená a jednotná, ale spíše jako nerovnoměrná a příležitostná, což může negativně ovlivnit úspěšnost adaptace, zejména u méně zkušených nebo starších pracovníků.



Obrázek 5 Podpora zaměstnavatele při adaptaci na nové digitální technologie

(zdroj: vlastní)

Porovnání odpovědí na výzkumnou otázku č. 11, která se týká podpory zaměstnavatele při adaptaci na digitální nástroje, s odpověďmi na otázku č. 9 o uživatelské přívětivosti, ukazuje zajímavé souvislosti. Respondenti, kteří uvedli, že podpora ze strany zaměstnavatele je velmi dobrá (např. díky pravidelným školením), hodnotili digitální nástroje častěji jako intuitivní a snadné k použití. Naopak ti, kteří označili podporu za nedostatečnou nebo žádnou, častěji vnímali systémy jako komplikované, případně poukazovali na jejich nízkou přehlednost. Zajímavý je i postoj respondentů, kteří uvedli, že neví, jaká podpora je dostupná, nebo ji nikdy nevyužili – ti většinou vnímali nástroje jako přehledné, ale s problémy, což může souviset s tím, že zvládají běžnou práci v systému, ale při složitějších úkonech postrádají jasnou oporu.

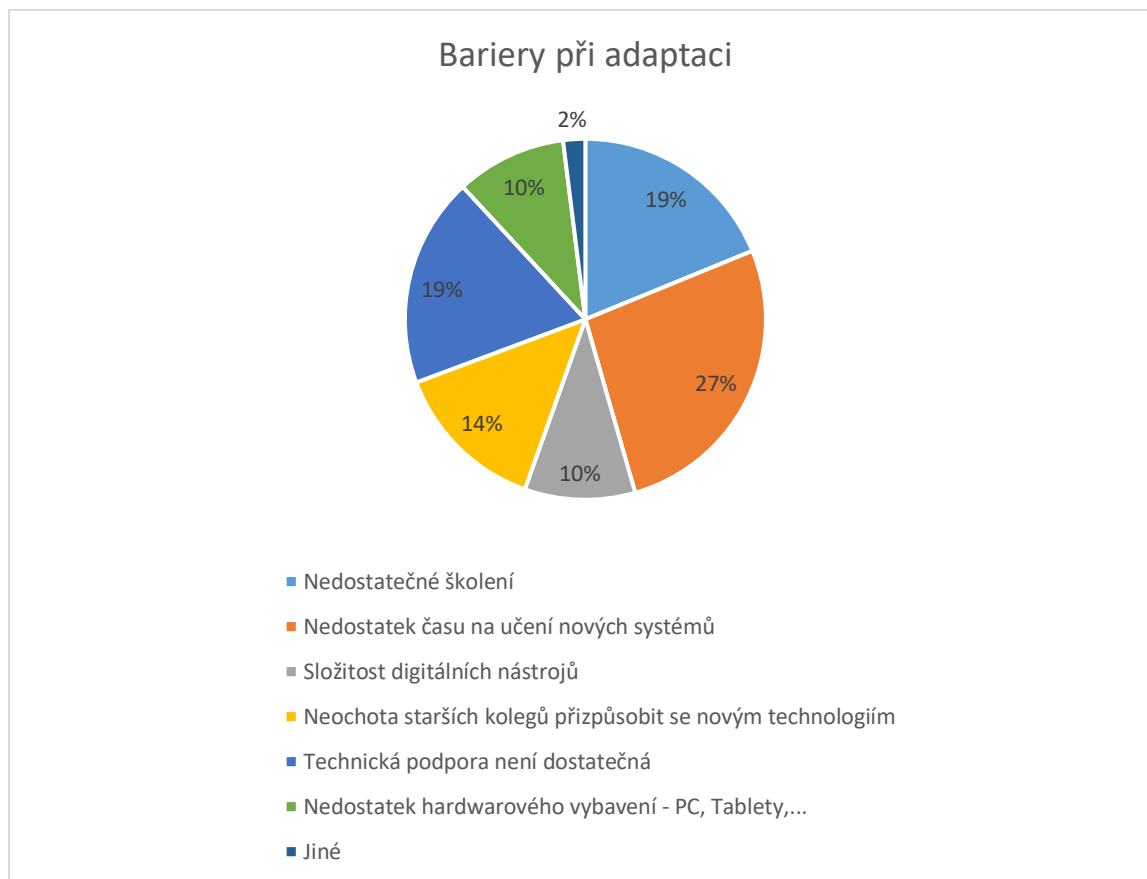
Postoje respondentů k novým technologiím se převážně nesou v duchu snahy o přizpůsobení. Nejvíce účastníků uvedlo, že se snaží nové nástroje zvládat, i když je to pro ně někdy náročné. Významná část respondentů je v tomto ohledu aktivní a otevřená učení, což naznačuje pozitivní přístup k digitálním inovacím. Menší skupina používá technologie pouze z nutnosti a s nejistotou, zatímco zcela odmítavý postoj se objevil jen výjimečně. Z odpovědí vyplývá, že většina pracovníků je vůči digitalizaci nakloněná, ale potřebuje podporu, zejména při zavádění složitějších systémů.

Výzkumná otázka č. 13 zjišťovala, zda respondenti vnímají rozdíly v adaptaci na digitalizaci mezi různými věkovými skupinami. Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo, že

mladší kolegové zvládají digitalizaci lépe, což potvrzuje vnímaný mezigenerační rozdíl v přístupu k technologiím. Významná část respondentů však uvedla, že úspěšnost adaptace záleží spíše na individuálním přístupu než na samotném věku, čímž zdůraznili význam motivace, předchozích zkušeností a osobních postojů.

Porovnání odpovědí na výzkumnou otázku č. 13 s věkovými skupinami respondentů ukazuje, že vnímání rozdílů v adaptaci na digitalizaci skutečně souvisí s věkem samotných pracovníků. Napříč všemi věkovými kategoriemi převažuje názor, že mladší kolegové zvládají digitalizaci lépe. Tento postoj vyjádřili nejčastěji respondenti ve věku 41–50 let a 51–60 let, tedy pracovníci ve středním a vyšším věku, kteří pravděpodobně nejčastěji pozorují rozdíly mezi generacemi. Naopak mladší věkové skupiny, zejména do 30 let, častěji uvádějí, že rozhodujícím faktorem není věk, ale individuální přístup. Tento názor se rovněž objevoval u všech věkových kategorií, a to v poměrně vyrovnaném zastoupení.

Při zavádění digitálních nástrojů do každodenní praxe naráží zdravotnický personál na řadu překážek, jak ukazuje výzkumná otázka č. 14 (Obrázek 6). Nejvíce respondentů upozornilo na nedostatek času na učení nových systémů, což odráží vysoké pracovní nasazení a omezené možnosti věnovat se rozvoji digitálních kompetencí v rámci pracovní doby. Dalšími často zmiňovanými bariérami byly nedostatečné školení a chybějící technická podpora, tedy faktory související s podporou zaměstnavatele a organizačním zajištěním adaptace. Respondenti rovněž upozorňovali na neochotu části starších kolegů přizpůsobit se novým technologiím, což může souviset s nejistotou či nízkou digitální sebedůvěrou. V odpovědích se dále objevovala složitost digitálních nástrojů a nedostatečné technické vybavení, které limituje jejich praktické využití. Možnost „jiné“ byla zvolena jen výjimečně a většinou konkretizovala již uvedené obtíže. Celkově z odpovědí vyplývá, že klíčové bariéry při adaptaci nejsou způsobeny neochotou personálu, ale především chybějícími podmínkami pro jejich zvládnutí.



Obrázek 6 Hlavní bariéry při adaptaci na digitalizaci

(zdroj: vlastní)

Při osvojování digitálních nástrojů záleží nejen na obsahu, ale i na formě, jakou je školení realizováno – právě na tuto oblast cílila výzkumná otázka č. 15. Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že zdravotnický personál nejvíce ocení praktické workshopy, které umožňují aktivní zapojení, nácvik reálných situací a bezprostřední podporu při učení. Velký zájem byl rovněž o individuální školení s mentorem, které nabízí prostor pro osobní přístup, přizpůsobení tempa a řešení konkrétních potíží. Naopak online kurzy byly vnímány jako vhodný doplněk, ale nikoli jako primární vzdělávací metoda. Jen výjimečně byly zmíněny manuály a písemné návody, které zřejmě nevyhovují charakteru práce v klinickém provozu. Minimální zájem o formální dokumentaci a pasivní přístupy potvrzuje, že zdravotnický personál preferuje názorné, srozumitelné a prakticky využitelné vzdělávání, ideálně s možností přímé interakce a podpory.

Při porovnání preferovaných forem školení s věkovými skupinami respondentů se ukazuje, že věk výrazně ovlivňuje volbu vhodného typu vzdělávání. Praktické workshopy byly preferovány napříč všemi věkovými kategoriemi, nejčastěji však u respondentů ve věku

51–60 let, následovaných skupinami 31–50 let. Tento výsledek potvrzuje, že interaktivní a názorné formy školení jsou obzvlášť vhodné pro zaměstnance se střední a vyšší délkou praxe. Individuální školení s mentorem preferovali nejčastěji pracovníci ve věku 41–50 let a nad 60 let, což může souviset s potřebou osobnějšího a trpělivého přístupu při osvojování nových technologií. Zatímco online kurzy byly nejvíce preferovány nejmladší věkovou skupinou do 30 let, starší pracovníci o tento formát projeví minimální zájem, což odráží generační rozdíly v přístupu k distančním formám vzdělávání.

Výsledky výzkumné otázky č. 16 navazují na předchozí zjištění z otázky č. 15, která se týkala preferované formy školení. Zatímco v předchozí otázce respondenti vyjadřovali, jaký typ vzdělávání by jim nejvíce vyhovoval, v této části se zaměřili na to, jak by mohl zaměstnavatel konkrétně zlepšit podporu při adaptaci na digitální technologie. Nejčastěji navrhovaným opatřením bylo zvýšení počtu školení a praktických tréninků, což potvrzuje vysokou poptávku po názorném, opakovaném a srozumitelném zaškolení. Dále respondenti volali po individuálním přístupu, který by umožnil přizpůsobit podporu věku, zkušenostem i osobním potřebám zaměstnanců. Mezi další zmiňované návrhy patřilo zjednodušení digitálních nástrojů a posílení technické podpory, což souvisí s bariérami identifikovanými v předchozích otázkách.

Poslední otevřená otázka byla zaměřena na získání konkrétních zkušeností a podnětů respondentů týkajících se omezujících faktorů při práci s digitálními technologiemi. Odpovědi byly pestré, avšak opakovaly se v několika výrazných tematických okruzích. Nejčastěji respondenti zmiňovali pomalý a nestabilní provoz nemocničního informačního systému, včetně častých výpadků, zpomalování systému po aktualizacích a špatné kompatibility s jinými systémy. Problém představovalo také nestabilní nebo slabé připojení k internetu či wifi, které negativně ovlivňuje rychlost a spolehlivost práce. Další významnou oblastí byla technická nedostatečnost – respondenti uváděli nedostatek funkčního vybavení, jako je málo počítačů či nefunkční tablety, což vede ke ztíženému přístupu k systému, zejména na vytížených odděleních. Mnozí také upozorňovali na zastaralé technologie a nízkou výpočetní kapacitu zařízení, které nezvládají běžný provoz. Opakovaně se objevovaly připomínky k chybějícímu nebo nedostatečnému proškolení, často ve spojení s výtkou, že nové funkce nebo změny v systému jsou zaváděny bez předchozího oznámení či zaškolení. Řada zaměstnanců také zmiňovala, že nemá prostor na zaučení během pracovní doby, případně že se učí za pochodu, bez podpory. Dalšími opakujícími se tématy byly nepřehlednost systému, zdvojené zadávání údajů, časté změny přihlašovacích údajů nebo

omezený přístup k návodům a postupům. Někteří respondenti vyjádřili i obavu z chyb při práci v ostrém provozu, která je způsobena nedostatkem tréninkového prostředí.

Podrobné vyhodnocení dotazníkového šetření je uvedeno jako Příloha IV.

6.3 Zhodnocení analytické části

Na základě analýzy získaných primárních dat bylo možné identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují úspěšnost adaptace zdravotnického personálu na proces digitalizace, a to zejména ve vztahu k věku zaměstnanců, míře pracovní zátěže, úrovni podpory ze strany zaměstnavatele a možnostem zlepšení v rámci age managementu.

Z provedené analýzy dotazníkového šetření a individuálních rozhovorů vyplynulo několik zásadních zjištění, která souvisejí s rolí age managementu při zavádění digitálních technologií ve zdravotnictví. Na základě těchto poznatků bylo možné odpovědět na výzkumné otázky stanovené na začátku výzkumného šetření, které se zaměřovaly na vliv věku na adaptaci k digitálním technologiím, vnímání pracovního zatížení, úroveň podpory ze strany zaměstnavatele a na možnosti zlepšení adaptačního procesu prostřednictvím cílených opatření age managementu.

Z hlediska věku hraje v procesu adaptace na digitální technologie významnou roli. Většina respondentů se domnívá, že mladší kolegové zvládají digitální technologie lépe, zatímco starší zaměstnanci častěji nahlašují obtíže při učení a adaptaci. Tento trend potvrzují i individuální rozhovory, kde respondentky poukazují na to, že rozdíly v digitální připravenosti jsou patrné nejen mezi jednotlivci, ale i mezi věkovými skupinami. Respondentka č. 1 například uvádí, že zavádění digitálních nástrojů v týmu se opakovaně potýká s odporem nebo nejistotou ze strany starších kolegů, což zpomaluje implementaci. Respondentka č. 2 naopak upozorňuje, že systematické sledování věkového složení a z něj vyplývající přizpůsobení vzdělávání přináší pozitivní výsledky.

Ve vztahu k dopadům digitalizace na pracovní zátěž bylo zjištěno, že respondenti, kteří hodnotili systémy jako velmi komplikované, častěji uváděli zvýšenou zátěž. Tito respondenti většinou patří ke starším věkovým skupinám. Naopak mladší uživatelé častěji hodnotili systémy jako intuitivní a uživatelsky přívětivé a zmiňovali, že jim digitalizace práci spíše usnadnila. Respondentka č. 1 v rozhovoru upozorňuje, že zavádění nových systémů je pro většinu zaměstnanců na začátku zatěžující, ale u mladších kolegů dochází k rychlejší adaptaci a následnému zefektivnění práce. Naproti tomu respondentka č. 2 připomíná, že

sice je digitalizace vnímána jako zátěž zpočátku, avšak její dopad je dlouhodobě pozitivní díky větší přehlednosti a lepší organizaci práce, zejména v administrativních procesech.

Co se týče úrovně podpory poskytované zaměstnavatelem při adaptaci na nové digitální technologie, většina respondentů ji hodnotila jako spíše dobrou, ale nikoliv systematickou. Část respondentů však uváděla nedostatečnou nebo zcela chybějící podporu, což má přímý vliv na vnímání obtížnosti systémů. Tam, kde byla podpora hodnocena jako velmi dobrá (např. pravidelná školení), respondenti systémy častěji vnímali jako intuitivní a snazší k použití. Tento závěr se shoduje s výpovědí respondentky č. 2, která poukazuje na výhody kombinace prezenčních a online školení, která usnadňují adaptaci. Respondentka č. 1 pak zdůrazňuje důležitost mentoringu a přímé pomoci v praxi, což zvyšuje jistotu starších pracovníků a motivuje mladší kolegy k podpoře týmu.

Respondenti zároveň navrhovali konkrétní opatření, která by mohla zlepšit adaptaci zaměstnanců na digitální technologie. Nejčastěji byla zmiňována potřeba zvýšení počtu praktických školení a tréninků, důraz na individuální přístup, mentoring a zohlednění věkových zvláštností. Zároveň bylo identifikováno mnoho bariér, které adaptaci komplikují – včetně technických obtíží, pomalých nebo nestabilních systémů, nedostatku technické podpory a zastaralého vybavení. Otevřené odpovědi ukázaly frustraci ze častých výpadků systémů, nedostatku školení, neinformovanosti o změnách a nedostatečné podpory v ostrém provozu. Významně se zde projevuje doporučení respondentky č. 1 zavádět systém tahounů – mladších zaměstnanců, kteří poskytují oporu starším kolegům přímo při výkonu práce. Tato forma neformálního mentoringu se podle jejich zkušeností ukazuje jako velmi účinná. Respondentka č. 2 zdůrazňuje potřebu standardizovaného školení při nástupu a průběžného vzdělávání přizpůsobeného potřebám různých generací.

Z analýzy dat tak vyplývá, že digitalizace je pevnou součástí zdravotnické praxe, ale její účinná implementace vyžaduje diferencovaný přístup, který zohlední věk, zkušenosti a individuální potřeby zaměstnanců. Age management tak představuje klíčový nástroj pro podporu adaptace a udržitelného rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví v době digitální transformace. Výsledky výzkumu potvrzují, že bez cílené podpory a promyšlených vzdělávacích strategií nelze zajistit rovnoměrnou a efektivní adaptaci napříč celou pracovní populací zdravotnické organizace.

7 IMPLEMENTACE AGE MANAGEMENTU PŘI ZVLÁDÁNÍ DIGITALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Projektová část práce se zaměřuje na návrh konkrétní intervence podporující age management ve vybrané zdravotnické organizaci v souvislosti s adaptací zaměstnanců na digitalizaci. Východiskem pro návrh projektu byla zjištění z teoretické a analytické části práce, která poukázala na rozdílnou úroveň digitálních dovedností napříč věkovými skupinami zdravotnického personálu a na nedostatečné systémové nástroje podpory při zavádění nových technologií.

Cílem projektu je vytvořit implementačně a personálně realistický návrh, který přispěje k efektivnější adaptaci zaměstnanců různého věku na změny související s digitalizací pracovního prostředí, posílení kompetencí pracovníků a snížení možných bariér při využívání nových digitálních nástrojů.

7.1 Popis projektu

Projekt je navržen jako cílená intervence, která reaguje na zjištěné rozdíly v úrovni digitálních kompetencí napříč věkovými skupinami zaměstnanců zdravotnické organizace. Byla identifikována potřeba systematické podpory adaptace pracovníků na nové technologie v souladu s principy age managementu. Projekt se zaměřuje na zlepšení přístupnosti digitálních nástrojů, posílení kompetencí zaměstnanců v oblasti ICT a vytvoření příznivého prostředí pro mezigenerační spolupráci.

7.1.1 Kontext a východiska projektu

Digitalizace v současnosti významně ovlivňuje pracovní procesy ve zdravotnictví, což klade vysoké nároky na digitální adaptabilitu zdravotnického personálu. Z teoretické části práce vyplývá, že cílená aplikace age managementu může efektivně podpořit zaměstnance různého věku při zvládání digitálních změn. To je obzvláště relevantní v prostředí, kde věková diverzita a generační rozdíly hrají významnou roli.

Podle výsledků dotazníkového šetření provedeného v analyzované zdravotnické organizaci bylo identifikováno, že zaměstnanci starší 45 let vykazují nižší důvěru ve své digitální dovednosti a větší obavy z používání nových technologií. Respondenti z této věkové skupiny častěji preferují tradiční metody práce, například papírovou dokumentaci. Personální manažerka v rozhovoru dále uvedla, že starší zaměstnanci obvykle potřebují více času na zvládnutí nových systémů a projevují obavy ze zavádění digitálních technologií.

Výrazná část zaměstnanců všech věkových kategorií potvrdila, že systematické a individuálně zaměřené školení v organizaci chybí nebo je nedostatečné.

Rozhovory s hlavní sestrou a personální manažerkou tuto skutečnost dále potvrdily a rozšířily o klíčové poznatky z praxe. Personální manažerka uvedla, že věková struktura zaměstnanců je pravidelně sledována a je považována za klíčový ukazatel při plánování rozvoje zaměstnanců a vzdělávacích aktivit. Z rozhovoru vyplynulo, že nejčastějšími bariérami v adaptaci na nové technologie jsou pomalejší tempo osvojování nových znalostí a obavy starších pracovníků z chyb. Obě respondentky také potvrdily, že mladší zaměstnanci se novým technologiím přizpůsobují snáze a rychleji, přičemž starší zaměstnanci vyžadují individuálnější přístup, větší časovou dotaci a opakované školení.

Z hlediska personální politiky organizace bylo zjištěno, že age management jako systematický přístup doposud není aplikován, nicméně existují dílčí snahy o jeho uplatnění. Hlavní sestra zmínila, že v rámci adaptace personálu nově vznikla pozice mentorky, která se zaměřuje na podporu starších zaměstnanců při zavádění digitálních systémů. Tento krok je pozitivně hodnocen a vnímán jako významná podpora adaptace.

Na základě těchto zjištění byla definována potřeba systematické a na věkové specifika citlivé intervence, která by pomohla snížit bariéry a efektivněji připravila zaměstnance všech věkových skupin, zejména těch starších, na úspěšnou integraci digitálních nástrojů do každodenní zdravotnické praxe.

7.1.2 Cílová skupina projektu

Projekt je zaměřen na všechny zdravotnické pracovníky, kteří v rámci své každodenní praxe přicházejí do kontaktu s digitálními nástroji a systémy. Digitalizace zdravotnictví se týká všech profesních i věkových skupin, přičemž způsob práce s technologiemi i vzdělávací potřeby se mezi jednotlivými skupinami liší. Z tohoto důvodu je v projektu kladen důraz na individuální přístup k různým věkovým kategoriím a přizpůsobení forem školení a podpory specifickým potřebám zaměstnanců.

Zvláštní pozornost je věnována skupině zaměstnanců ve věku nad 45 let, u nichž byla identifikována nižší úroveň digitálních dovedností a vyšší míra nejistoty při používání nových technologií. Zároveň však projekt reflektuje skutečnost, že i mladší pracovníci potřebují systematické vzdělávání a podporu, zejména v případech zavádění komplexních systémů, které nejsou součástí běžné uživatelské zkušenosti.

Sekundární cílovou skupinu tvoří vedoucí pracovníci a školitelé, kteří hrají klíčovou roli v procesu adaptace a motivace zaměstnanců. Jejich schopnost poskytovat podporu, využívat vhodné metody vedení a vytvářet pozitivní pracovní klima je zásadní pro úspěšnou realizaci age managementu i digitální transformace.

Diferencovaná podpora reflektující potřeby jednotlivých věkových skupin umožní efektivní zapojení všech pracovníků do digitalizačních procesů a podpoří mezigenerační spolupráci jako jeden z pilířů age managementu.

7.2 Projektový tým

Realizace projektu je podmíněna mezioborovou spoluprací a koordinací činností napříč jednotlivými útvary zdravotnické organizace. Z toho důvodu byl navržen projektový tým, jehož úkolem je zajištění efektivního plánování, implementace a vyhodnocování jednotlivých projektových aktivit. Projektový tým je tvořen interními pracovníky zdravotnické organizace a odborníky ze společnosti působící ve stejném holdingovém uskupení. Role a odpovědnosti jednotlivých členů týmu byly přesně vymezeny. Důraz byl kladen na sdílení odborných znalostí, mezioborovou spolupráci a flexibilní přístup při řešení vznikajících situací.

Odborné a koordinační vedení projektu je svěřeno implementačnímu specialistovi, který zastává zároveň pozici vedoucího IT oddělení. V rámci projektu dochází k rozšíření jeho kompetencí o oblast metodického řízení, dohledu nad odbornou kvalitou výstupů a koordinace veškerých projektových aktivit. Implementační specialista je zodpovědný rovněž za plánování školení, komunikaci s vedením nemocnice i s externími partnery a za zajištění sběru zpětné vazby od zaměstnanců. Jeho postavení zajišťuje propojení strategických cílů projektu s každodenní praxí a napomáhá efektivní implementaci jednotlivých opatření.

Za plánování vzdělávacích aktivit, sledování kapacitních možností a návaznost na personální politiku organizace odpovídá zástupce personálního oddělení. Jeho úloha spočívá v úzké spolupráci s implementačním specialistou a v podpoře evaluace dopadů vzdělávání.

Zastoupení klinické praxe zajišťuje vedoucí pracovník z řad zdravotnického personálu, který zprostředkovává komunikaci mezi projektovým týmem a jednotlivými odbornými pracovišti. Jeho role je zaměřena na implementaci navržených aktivit v provozu a zpětné předávání praktických podnětů k dalšímu rozvoji.

Individuální podpora zaměstnanců při zavádění nových digitálních nástrojů je poskytována mentorkou, která je v rámci svého úvazku delegována z pozice všeobecné sestry pracující na ranní směně. Tato role zahrnuje nejen podporu v přímém provozu, ale také vedení peer learningu, posilování důvěry v nové technologie a pomoc zaměstnancům při překonávání případných obav. Mentorka úzce spolupracuje s implementačním specialistou, vedoucími pracovníky a IT specialistou, aby bylo dosaženo konzistentní podpory v oblasti technického poradenství a praktické aplikace změn.

Technické zajištění školení a řešení souvisejících problémů je v gesci IT specialisty. Jeho hlavní odpovědností je udržení funkčnosti technického vybavení, systémů a softwarových nástrojů využívaných při školení a běžném provozu. Spolupráce s implementačním specialistou a externím odborníkem přispívá k technické připravenosti organizace a podpoře při zavádění nových řešení.

Podpora v oblasti specializovaného školení a implementace nemocničního informačního systému je zajišťována externím odborníkem ze společnosti v rámci holdingu. Jeho role je konzultační a technická, se zaměřením na realizaci aktivit spojených s digitalizací a jejich uvedení do každodenní praxe. Součinnost je udržována s koordinátorem projektu a IT specialistou.

Vzhledem ke strategickému významu projektu v oblasti digitální transformace a rozvoje lidských zdrojů je do projektového týmu zapojeno rovněž vedení zdravotnické organizace. Úlohou vedení je poskytování strategického dohledu, schvalování klíčových rozhodnutí a vytváření podmínek pro udržitelnost navržených opatření v rámci dlouhodobého rozvoje. Tato role napomáhá sladění projektových aktivit s celkovou vizí organizace a institucionálním ukotvením navržených změn.

7.3 Klíčové činnosti

Realizace projektu je rozdělena do několika klíčových etap, které zohledňují jak strategické, tak provozní aspekty zavádění digitálních technologií a aplikace age managementu ve zdravotnickém prostředí. Hlavním cílem je dosáhnout dlouhodobého a udržitelného zlepšení digitálních kompetencí zaměstnanců, přičemž je kladen důraz na mezioborovou spolupráci, ekonomickou efektivitu a kontinuitu projektových aktivit. Jednotlivé kroky se navzájem doplňují a vytvářejí komplexní rámec pro úspěšnou transformaci zdravotnické organizace.

- **Předdefinování a schválení záměru projektu** – formulace projektových cílů, strategické ukotvení, vymezení očekávaných přínosů, projednání s vedením nemocnice.
- **Zajištění finančních zdrojů a rozpočtu** – vyčíslení nákladů na školení, mentoring a technické zázemí, hledání interních či externích prostředků, schválení rozpočtu vedením nemocnice.
- **Seznámení zaměstnanců a motivační kampaň** – představení záměru projektu, vymezení cílů a přínosů pro jednotlivé kategorie zaměstnanců, vytvoření pozitivního vnímání změn.
- **Analýza digitálních dovedností a potřeb** – zmapování úrovně znalostí a dovedností, identifikace nejčastějších bariér a doporučení pro rozvržení školicích aktivit.
- **Návrh strukturovaného vzdělávacího programu** – tvorba obsahu školení a workshopů s ohledem na věkovou diverzitu, stanovení metod a forem výuky, harmonogram.
- **Realizace školení a praktických workshopů** – plánování termínů, zajištění prostor, vedení prezenční i online výuky ve spolupráci s externími odborníky.
- **Zajištění technického zázemí** – dostupnost vhodného hardware a software, příprava nemocničního informačního systému, koordinace s IT specialistou a externím partnerem.
- **Zavedení mentoringu a peer learningu** – vytvoření prostoru pro vzájemné učení a podporu napříč věkovými skupinami, posílení spolupráce mezi zaměstnanci.
- **Průběžná evaluace a sledování zpětné vazby** – vyhodnocování průběhu školení, analýza zpětné vazby od zaměstnanců, identifikace oblastí pro okamžité úpravy.
- **Aktualizace vzdělávacích aktivit** – průběžné přizpůsobování obsahu a forem školení na základě nových poznatků, reflexe věkových a profesních potřeb.

- **Systematická dokumentace a sdílení dobré praxe** – zápisy z jednání, reporty o průběhu školení, tvorba manuálů a metodik, sdílení úspěšných postupů mezi odděleními.
- **Závěrečné vyhodnocení a integrace výstupů** – komplexní hodnocení dosažených cílů, doporučení pro dlouhodobou udržitelnost, začlenění principů age managementu do personální strategie a každodenní praxe.

7.4 Matice odpovědnosti

Pro úspěšnou realizaci projektu je nezbytné jednoznačně vymezit role a odpovědnosti jednotlivých členů projektového týmu. K tomuto účelu slouží podle Hromka (2025) tzv. RACI matice, která představuje standardní nástroj projektového řízení pro přehledné rozdělení kompetencí. Její využití je vhodné zejména v projektech s více zapojenými aktéry a různorodými profesními rolmi, jak je tomu i v tomto případě. RACI je zkratka označující čtyři základní typy rolí:

- **Responsible (zodpovědný za realizaci)** – osoba, která vykonává konkrétní činnost či úkol,
- **Accountable (odpovědný za výsledek)** – osoba, která nese hlavní odpovědnost za splnění daného úkolu,
- **Consulted (konzultovaný)** – osoba, která je v průběhu činnosti zapojena do konzultací, poskytuje expertní stanovisko,
- **Informed (informovaný)** – osoba, která je o průběhu činnosti či výsledcích informována, ale přímo se na činnosti nepodílí (Hromek, 2025, s. 163).

RACI matice k tomuto projektu jasně vymezuje role a odpovědnosti jednotlivých účastníků při realizaci navržených aktivit. Byla podrobně zpracována a vzhledem ke své rozsáhlosti je vložena v Příloha V.

Jedním z nezbytných předpokladů efektivní realizace projektu je zajištění kvalitní a transparentní komunikace napříč celým projektovým týmem. V rámci navrženého řešení je kladen důraz na systematický přenos informací mezi zapojenými stranami, a to jak během přípravné fáze, tak v průběhu implementace jednotlivých aktivit.

7.5 Časová harmonogram projektu

Časový harmonogram navrženého projektu zlepšení age managementu ve vybrané zdravotnické organizaci slouží k přehlednému rozvržení jednotlivých aktivit v čase. Na základě stanovených cílů a výzkumných zjištění byly definovány klíčové fáze projektu, jejichž realizace podporuje adaptaci zaměstnanců na digitalizační změny. Harmonogram zohledňuje návaznost činností, časovou náročnost i logickou strukturu projektu od fáze příprav až po závěrečné vyhodnocení. V Tabulce 2 je znázorněno časové rozvržení aktivit včetně zahájení, ukončení a odhadované délky jejich trvání v týdnech.

Tabulka 2 Časový harmonogram projektu, vlastní zpracování

Fáze projektu	Aktivita	Období	Délka (týdny)
Iniciační fáze	Předdefinování a schválení záměru projektu	6.–31. 1. 2025	1 měsíc
Iniciační fáze	Zajištění financí a technického	13. 1. – 15. 2. 2025	1 měsíc
Plánovací fáze	Představení projektu	3. 2. – 7. 4. 2025	1 týden
Plánovací fáze	Analýza dovedností	3. 2. – 14. 4. 2025	2,5 měsíce
Plánovací fáze	Návrh a schválení vzdělávacího programu	15.–30. 4. 2025	2 týdny
Realizační fáze	Realizace školení	5. 5. – 31. 10. 2025	6 měsíců
Realizační fáze	Zavedení mentoringu	5. 5. – 31. 10. 2025	6 měsíců
Realizační fáze	Průběžná evaluace a aktualizace	5. 5. – 31. 10. 2025	6 měsíců

Fáze projektu	Aktivita	Období	Délka (týdny)
Evaluační fáze	Závěrečné vyhodnocení projektu	3.–30. 11. 2025	1 měsíc

(zdroj: vlastní)

7.5.1 Iniciační fáze

V této etapě je nejprve vymezen samotný záměr projektu, který reflektuje aktuální potřeby zdravotnické organizace v oblasti adaptace zaměstnanců na probíhající digitalizační změny, se zohledněním principů age managementu. Jsou stanoveny hlavní cíle projektu, jež zahrnují zvýšení digitálních kompetencí napříč věkovým spektrem zaměstnanců, podporu mezigenerační spolupráce a snížení technologických bariér u skupin s nižší digitální gramotností.

Zároveň dochází ke strategickému ukotvení projektu v rámci dlouhodobých cílů nemocnice – zejména v oblasti zvyšování kvality péče, efektivního řízení lidských zdrojů a modernizace interních procesů. Očekávané přínosy projektu jsou specifikovány nejen na úrovni jednotlivců (např. zvýšení pracovní spokojenosti a sebedůvěry), ale také z hlediska organizačního rozvoje (např. vyšší efektivita práce, nižší chybovost, lepší využívání informačních systémů).

Součástí iniciační fáze je rovněž projednání návrhu projektu s vedením nemocnice. Klíčovým výstupem této aktivity je souhlas s realizací a závazek podpory ze strany managementu. Tento krok je nezbytný pro zajištění legitimacy celého procesu a pro následné alokování lidských i finančních zdrojů. Na základě rozhodnutí vedení je projekt oficiálně zařazen mezi rozvojové priority organizace.

Jedním z nejdůležitějších kroků v rámci této fáze je sestavení projektového týmu. Tento tým zahrnuje zástupce klíčových oddělení – managementu, personálního úseku, IT oddělení, odborného zdravotnického personálu a případně i externí konzultanty. Každému členovi jsou definovány konkrétní kompetence a odpovědnosti, které jsou následně zaznamenány do matice odpovědnosti. Ústřední roli zaujímá projektová manažerka, jež koordinuje průběh příprav a zajišťuje propojení odborných, technických a organizačních složek projektu.

Zároveň je v této fázi provedeno předběžné vyčíslení nákladů, které zahrnuje odhad výdajů na školení, mentoring, technické zajištění výuky a personální kapacity. V rámci zajištění finančního krytí je zahájeno vyhledávání interních nebo externích zdrojů financování – např. z rozpočtu organizace, dotačních programů nebo veřejných grantů. Následně je sestaven předběžný rozpočet, který je předložen ke schválení vedení nemocnice.

Výstupem iniciační fáze je schválený projektový záměr, sestavený projektový tým a rámcový rozpočet, na jejichž základě může být projekt dále rozpracován v rámci plánovací fáze. Úspěšné zvládnutí iniciační fáze je nezbytné pro zajištění podpory, důvěry a závazku všech klíčových aktérů napříč organizací.

7.5.2 Plánovací fáze

Plánovací fáze představuje klíčovou etapu celého projektu, v níž dochází k detailnímu rozpracování aktivit, vymezení rolí jednotlivých členů týmu a vytvoření organizační a technické základny pro následnou realizaci. V úvodu této fáze je provedeno seznámení zaměstnanců s projektem, jeho záměrem, očekávanými cíli a přínosy. Tato činnost je doprovázena motivační kampaní, jejímž cílem je vyvolat pozitivní přístup k plánovaným změnám a vytvořit prostředí otevřené spolupráci. Následuje analýza digitálních dovedností a potřeb zaměstnanců, která slouží k identifikaci aktuální úrovně znalostí a dovedností v oblasti digitálních technologií, nejčastějších bariér v adaptaci a preferovaných stylů učení. Analýza je provedena kombinací dotazníkového šetření a individuálních rozhovorů, což umožňuje zohlednit věkovou a profesní diverzitu respondentů.

Na základě výstupů z této analýzy je přistoupeno k návrhu strukturovaného vzdělávacího programu, který obsahuje konkrétní obsahová témata školení, formy výuky (např. prezenční workshopy, e-learningové moduly, interaktivní semináře) a metodické přístupy reflektující potřeby různých věkových skupin. Součástí návrhu je také harmonogram vzdělávacích aktivit, který respektuje provozní potřeby jednotlivých oddělení a pracovní vytiženost zaměstnanců. Paralelně s tvorbou programu probíhá také zajištění technického zázemí, zahrnující ověření dostupnosti odpovídajícího hardwaru a softwaru, přípravu nemocničního informačního systému a technickou koordinaci s IT specialistou a případným externím partnerem.

7.5.3 Realizační fáze

V první fázi realizace je zahájena implementace vzdělávacího programu, jenž byl připraven během plánovacího období. Školení probíhají ve více formách, aby bylo možné přizpůsobit výuku různým preferencím a časovým možnostem zaměstnanců. Využívány jsou prezenční workshopy, praktické semináře, e-learningové moduly a případně i hybridní výuka. Při plánování termínů školení je zohledňována směnnost a provoz jednotlivých pracovišť, zejména lůžkových oddělení, ambulancí a operačních sálů. Pro školení jsou vyčleněny vhodné prostory, vybavené potřebným technickým zázemím, včetně připojení k nemocničnímu informačnímu systému.

V rámci projektu je zaváděn systém interního mentoringu a peer learningu, který slouží jako podpora adaptace na digitální prostředí a zároveň jako nástroj mezigenerační spolupráce. Podpora zaměstnanců v přímém provozu je zajišťována interní mentorkou, která je delegována z pozice všeobecné sestry a působí na vybraném oddělení v rámci svého úvazku. Jejím úkolem je průběžně poskytovat pomoc při používání nových technologií, podporovat kolegy při osvojování digitálních nástrojů a vytvářet bezpečné prostředí pro sdílení otázek a nejistot spojených s technologickými změnami.

Součástí mentoringu je také organizace peer learningu, který je koncipován jako forma výměny zkušeností mezi zaměstnanci. Podpora je realizována prostřednictvím neformálních setkání, pracovních diskusí a sdílení příkladů dobré praxe v rámci jednotlivých oddělení. Důraz je kladen na přirozenou spolupráci, budování důvěry a posilování kompetencí zaměstnanců napříč věkovými skupinami.

Dalším důležitým prvkem realizační fáze je zajištění dostupného technického zázemí. Ve spolupráci s IT oddělením a externími partnery je průběžně ověřována funkčnost používaného hardwaru a softwaru, včetně compatibility s nemocničním informačním systémem. V případě potřeby dochází k technické asistenci přímo na pracovištích.

Po celou dobu realizace je kladen důraz na průběžnou evaluaci. Pomocí krátkých dotazníků, zpětnovazebních formulářů a osobních rozhovorů je pravidelně monitorována spokojenost účastníků, relevance obsahu školení a efektivita výukových metod. Výstupy z evaluace jsou ihned analyzovány a zapracovávány do dalších běhů školení. Tento agilní přístup umožňuje pružně reagovat na potřeby zaměstnanců, a tím zvyšovat kvalitu celého procesu.

Neoddělitelnou součástí fáze je také průběžná aktualizace vzdělávacích aktivit, která zajišťuje, že obsah a forma výuky zůstávají relevantní i v kontextu nově identifikovaných potřeb. Tento postup je nezbytný zejména v rychle se měnícím digitálním prostředí, které vyžaduje adaptabilitu a flexibilitu v přístupu ke vzdělávání.

V neposlední řadě je zajištěna systematická dokumentace všech probíhajících činností. Každá fáze školení, mentoringu a evaluace je zaznamenávána ve formě zápisů, zpráv a doporučení. Tato dokumentace slouží jednak pro účely řízení projektu, jednak jako základ pro následnou fázi sdílení dobré praxe napříč odděleními zdravotnické organizace. Díky této systematizaci je možné udržet vysokou míru transparentnosti a připravenosti na případný audit nebo evaluaci externím subjektem.

7.5.4 Evaluační fáze

V této fázi je věnována pozornost jak formativní evaluaci (během realizace), tak sumativnímu zhodnocení po ukončení hlavních aktivit. Proces evaluace je postaven na sběru kvantitativních i kvalitativních dat a je zaměřen na několik úrovní – individuální, týmovou i organizační.

Základním nástrojem evaluace je systematické sledování zpětné vazby od účastníků vzdělávacích aktivit. Zpětná vazba je získávána prostřednictvím strukturovaných dotazníků, krátkých hodnoticích formulářů, řízených skupinových diskusí a individuálních rozhovorů. Hodnoceny jsou zejména obsahová relevance školení, přínos jednotlivých forem výuky, srozumitelnost předávaných informací, technické zázemí a celková užitečnost pro každodenní pracovní činnosti. Zvláštní pozornost je věnována vnímání přístupu k age managementu – tedy zda školení dostatečně zohledňovalo potřeby různých věkových skupin.

Součástí evaluační fáze je rovněž analýza účasti na školeních a mentoringových aktivitách, identifikace překážek (např. časová náročnost, technické problémy) a posouzení míry aktivního zapojení zaměstnanců. Tato data slouží k rozpoznání vzorců chování a potenciálních bariér, které by mohly snižovat efektivitu implementovaných opatření. Na základě těchto zjištění je navržena úprava vzdělávacích postupů, případně doplnění podpůrných mechanismů (např. individuální konzultace, technická pomoc na pracovišti).

Dále je v rámci evaluace provedeno zhodnocení dosažení projektových cílů, přičemž jsou porovnávány vstupní a výstupní údaje – např. míra digitální gramotnosti, schopnost samostatně pracovat s informačním systémem, nebo ochota podílet se na interním školení

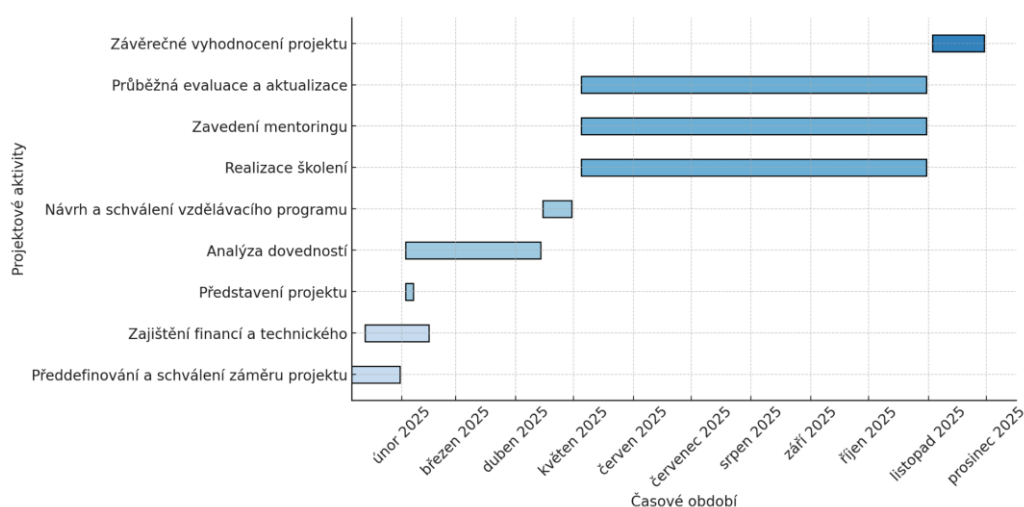
kolegů. Tyto indikátory jsou vyhodnoceny nejen prostřednictvím sebehodnocení zaměstnanců, ale také na základě pozorování a zpětné vazby nadřízených.

Nezbytnou součástí evaluační fáze je vytvoření závěrečné evaluační zprávy, která shrnuje výsledky projektu, identifikuje klíčové oblasti úspěchu a zároveň poukazuje na nedostatky či oblasti s potenciálem pro další rozvoj. Tato zpráva obsahuje také návrh doporučení pro udržitelnost a další rozšiřování projektu v rámci organizace.

Výstupy z evaluace slouží jako základ pro aktualizaci vzdělávacích materiálů a sdílení dobré praxe mezi jednotlivými odděleními. Evaluační fáze tím uzavírá životní cyklus projektu a poskytuje zpětnou vazbu vedení nemocnice o skutečném dopadu realizovaných aktivit na personální rozvoj a digitalizační adaptaci zaměstnanců.

7.5.5 Ganttův diagram

Za účelem efektivního řízení projektu byl sestaven harmonogram, který zohledňuje jednotlivé fáze projektového cyklu – iniciační, plánovací, realizační a evaluační. Ganttův diagram (Obrázek 7) znázorňuje časové rozložení klíčových aktivit projektu, jejich návaznost a délku trvání v týdnech. Každá aktivita je vizualizována v přehledné časové ose, přičemž barevné odlišení jednotlivých úseků reflektuje příslušnost k dané fázi projektu. Diagram tak slouží jako nástroj pro kontrolu průběhu implementace a pro koordinaci činností mezi jednotlivými členy projektového týmu. Díky harmonogramu může být sledován souběžný průběh aktivit, jako je realizace školení, mentoringu a evaluace, což je z pohledu plánování a celkové efektivity projektu považováno za zásadní.



Obrázek 7 Ganttův diagram

(zdroj: vlastní)

7.6 Nákladová analýza projektu

Nákladovou analýzou byly identifikovány veškeré výdaje spojené s realizací projektu podpory age managementu v procesu digitalizace ve vybrané zdravotnické organizaci. V rámci této kapitoly je představen systematický přehled nákladů dle jednotlivých fází projektu. Uvedené částky mají orientační charakter a vycházejí z dostupných tržních cen a předpokladů formulovaných v analytické části práce. Veškeré náklady jsou uváděny v českých korunách včetně DPH.

7.6.1 Náklady iniciační fáze

V iniciační fázi jsou identifikovány náklady související s formulací projektového záměru, projednáním s vedením zdravotnické organizace a přípravou organizační struktury. Koordinace projektu je zajišťována pracovníky v rámci jejich standardní pracovní náplně. Personální náklady proto nejsou v této fázi samostatně rozpočtovány.

Do rozpočtu je zahrnuta konzultace s externím školitelem, která se týká návrhu vzdělávací struktury a doporučení vhodných forem výuky s ohledem na věkovou diverzitu zaměstnanců. Jedná se o jednorázovou poradenskou službu v rozsahu šesti hodin. Výše nákladů na tuto položku se pohybuje v rozmezí 8 000 až 10 000 Kč včetně DPH.

Dále jsou zohledněny administrativní a provozní výdaje, které zahrnují tisk a vazbu podkladů, kancelářský materiál, přípravu prezentací a drobné občerstvení při jednáních. Tyto náklady jsou odhadovány v rozmezí 4 000 až 6 000 Kč včetně DPH.

Celkové náklady v iniciační fázi se tak pohybují přibližně mezi 12 000 až 16 000 Kč včetně DPH. Přehled konkrétních položek je uveden v Tabulce 3.

Tabulka 3 Náklady iniciační fáze

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Konzultace s externím školitelem	8 000	10 000	9 000
Administrativní a provozní výdaje	4 000	6 000	5 000

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Celkové náklady iniciační fáze	12 000	16 000	14 000

(zdroj: vlastní)

7.6.2 Náklady plánovací fáze

Plánovací fáze zahrnuje přípravu analytických podkladů, návrh struktury vzdělávacího programu, přípravu mentorů a zajištění technické infrastruktury. V této etapě dochází k identifikaci vzdělávacích potřeb, stanovení metodických přístupů a přípravě komunikační podpory pro cílové skupiny.

Činnosti plánovací fáze jsou realizovány pracovníky zdravotnické organizace v rámci jejich běžné pracovní náplně. Jedná se o úkoly, které spadají do oblasti jejich kompetencí a odpovídají aktuálním prioritám organizace v oblasti řízení lidských zdrojů a rozvoje digitálních kompetencí. Z tohoto důvodu nejsou náklady na pracovní čas interních zaměstnanců do rozpočtu samostatně zahrnovány.

Analýza digitálních dovedností zaměstnanců je realizována ve spolupráci s externím odborníkem. Do nákladů jsou zahrnuty výdaje na návrh dotazníkové struktury, tvorbu prostředí pro sběr dat a odborné zpracování výstupů. Celková částka této položky se pohybuje v rozmezí 18 000 až 22 000 Kč včetně DPH.

Na základě výstupů analýzy je navržen strukturovaný vzdělávací program. Náklady na konzultaci s externím školitelem, návrh obsahu, metod a harmonogramu školení se pohybují v rozmezí 22 000 až 28 000 Kč včetně DPH.

Součástí plánovací fáze je také odborná příprava interního mentora. Do nákladů jsou zahrnuty výdaje na kurzovné, odborné materiály a certifikaci, a to v rozmezí 16 000 až 20 000 Kč včetně DPH. Dále je pořízen osobní počítač a tablet pro mentora, jejichž náklady se pohybují mezi 16 000 až 20 000 Kč včetně DPH.

Na základě zjištění z analytické části je rozhodnuto o posílení technické infrastruktury, konkrétně rozšíření Wi-Fi pokrytí. Náklady na tuto položku se pohybují v rozmezí 10 000 až 14 000 Kč včetně DPH. Vzhledem k potřebě vyšší dostupnosti mobilních zařízení je

plánováno pořízení čtyř tabletů pro účastníky školení v hodnotě mezi 21 000 až 27 000 Kč včetně DPH.

V rámci plánovací fáze je rovněž realizována interní motivační a informační kampaň, jejíž náklady na grafické zpracování a distribuci se pohybují mezi 4 000 až 6 000 Kč. Administrativní a provozní náklady (tisk podkladů, příprava materiálů, kancelářské potřeby) jsou zohledněny ve stejném rozsahu.

Celkové náklady plánovací fáze se pohybují v rozmezí 111 000 až 143 000 Kč včetně DPH. Přehled jednotlivých položek je uveden v tabulce č. 4.

Tabulka 4 Náklady plánovací fáze

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Analýza digitálních dovedností	18 000	22 000	20 000
Návrh vzdělávacího programu	22 000	28 000	25 000
Příprava interního mentora	16 000	20 000	18 000
Pořízení počítače a tabletu pro mentora	16 000	20 000	18 000
Posílení Wi-Fi infrastruktury	10 000	14 000	12 000
Pořízení tabletů pro účastníky školení (4 ks)	21 000	27 000	24 000
Interní motivační a informační kampaň	4 000	6 000	5 000

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Administrativní a provozní výdaje	4 000	6 000	5 000
Celkové náklady plánovací fáze	111 000	143 000	127 000

(zdroj: vlastní)

7.6.3 Náklady realizační fáze

V této etapě dochází k naplnění stanovených cílů prostřednictvím realizace vzdělávacích aktivit a zavedení systému dlouhodobé podpory zaměstnanců. Všechny aktivity jsou plánovány tak, aby reflektovaly výstupy analytické části práce, včetně věkové struktury personálu, míry digitální gramotnosti a identifikovaných bariér. Klíčovou roli v této fázi sehrává externí dodavatel, interní mentorka, IT specialista a samotní zaměstnanci, kteří jsou aktivními účastníky vzdělávacího procesu a následné implementace změn do každodenní praxe. Školení je členěno do tří samostatných oblastí:

Školení nově nastupujících zaměstnanců – tato forma školení je určena pracovníkům, kteří do organizace nově nastupují. Výuka je realizována interní mentorkou formou prezenčního školení, které se koná vždy druhý pracovní den po nástupu zaměstnance. Průměrně dochází k nástupu tří zaměstnanců měsíčně, zpravidla k prvnímu dni kalendářního měsíce. Obsah školení zahrnuje úvod do nemocničního informačního systému (NIS), orientaci v digitálním prostředí organizace, základy kybernetické bezpečnosti a používání nástrojů jako SharePoint a Microsoft Teams. Náklady této aktivity vycházejí z kalkulace interní časové dotace. Školení trvá pět hodin a je realizováno v rámci pracovní doby mentorky, IT specialisty i zaměstnanců. Při průměrné hodinové mzdě mentorky, činí náklady na jedno školení 1 620 Kč. Nedílnou součástí procesu je rovněž zajištění přístupů a základní technická podpora ze strany IT specialisty. Tato podpora zahrnuje nastavení přístupových údajů, přihlášení do nemocničních systémů a zajištění funkčnosti pracovního zařízení, a to v rozsahu přibližně 1,5 – 3 hodiny. Při průměrné sazbě 295 Kč/hodina odpovídají náklady IT specialisty částce 442,50 – 885 Kč. Průměrná mzda nového

zaměstnance je 283 Kč a na školení stráví 5 hodin. Celkové náklady na jedno školení nových zaměstnanců tak činí 2 345,50 – 3 920 Kč.

Tabulka 5 Školení nově nastupujících zaměstnanců

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Mentorka/1 cyklus	1 620	1 620	1 620
IT specialista /1 cyklus	442,5	885	663,75
Účast zaměstnanců	283	1 415	849
Celkové náklady	2 345,5	3 920	3 132,75

(zdroj: vlastní)

Školení při zavádění nové verze systému nebo digitálního nástroje – v rámci pravidelných aktualizací nemocničního informačního systému je realizováno komplexní školení, jehož cílem je zajistit připravenost interních pracovníků na nové funkcionality a technologické změny. Každý cyklus školení začíná odbornou výukou vedenou externím dodavatelem, jehož odměna byla stanovena paušálně ve výši 3 500 Kč včetně DPH. Školení se účastní klíčové osoby odpovědné za následnou implementaci – IT specialista, implementační specialista a interní mentorka. Účast IT specialisty je kalkulována v rozsahu tří hodin, přičemž při průměrné hodinové mzdě 295 Kč činí náklady 885 Kč. Stejný časový rozsah je předpokládán u implementačního specialisty, jehož průměrná hodinová sazba činí 495 Kč, a tedy celkové náklady na jeho účast dosahují 1 485 Kč. Interní mentorka se školení účastní rovněž po dobu tří hodin. Při mzdové sazbě 324 Kč/hodina představuje tato část nákladů 972 Kč. Po absolvování školení zajišťuje mentorka následnou podporu zaměstnancům v přímém provozu. Tato fáze zahrnuje poskytování individuálních konzultací v celkovém rozsahu 10 až 20 hodin, tvorbu informačního přehledu novinek určeného pro zaměstnance v délce 5 hodin, a rovněž auditní činnost přímo v terénu, která je plánována v rozsahu 8 hodin. Celková časová dotace mentorky se tak pohybuje mezi 26 a 36 hodinami,

v závislosti na provozních potřebách a složitosti zaváděných změn. Při sazbě 324 Kč/hodina odpovídají náklady na tyto aktivity částce 8 424 až 11 664 Kč. Do celkových nákladů školení při zavádění nové verze systému jsou tedy zahrnuty následující položky: školení externím dodavatelem (3 500 Kč), účast IT specialisty (885 Kč), účast implementačního specialisty (1 485 Kč) a časová dotace interní mentorky za celé období (8 424 až 11 664 Kč). Souhrnné náklady tak činí 14 294 až 17 534 Kč včetně DPH, přičemž průměrná hodnota odpovídá částce 15 914 Kč.

Tabulka 6 Náklady na školení při zavádění nové verze

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Školení externím dodavatelem	3 500	3 500	3 500
Účast IT specialisty	885	885	885
Účast implementačního specialisty	1 485	1 485	1 485
Účast interní mentorky	972	972	972
Konzultace mentorky	3 240	6 480	4 860
Zpracování novinek pro zaměstnance	648	1 620	1 134
Auditní činnost v terénu	1 296	2 592	1 944
Celkové náklady	12 026	17 534	14 780

(zdroj: vlastní)

Pravidelné online školení stávajících zaměstnanců – tato forma školení je realizována dvakrát ročně prostřednictvím vzdělávací platformy Moodle, která je běžně využívána i pro další vzdělávací aktivity ve zdravotnickém zařízení. Obsah výukových modulů je

připravován interní mentorkou ve spolupráci s IT specialistou v poměru 50 % na 50 %. Tvorba kurzu probíhá v rámci pracovní doby a nezahrnuje samostatně účtovanou mzdovou složku. Pro účely kalkulace byla odhadnuta časová dotace v rozmezí 40 až 60 hodin, rovnoměrně rozdělená mezi mentorku a IT pracovníka. Při průměrné hodinové sazbě 324 Kč u mentorky a 295 Kč u IT specialisty činí celkové náklady na přípravu obsahu přibližně 12 380 až 18 570 Kč včetně DPH. Po vytvoření kurzu je zajištěna jeho pravidelná správa a aktualizace, která probíhá každých šest měsíců. Tato činnost zahrnuje kontrolu aktuálnosti obsahu, doplnění případných změn v systémech a správu výsledků testů. V rámci každé aktualizace jsou započítány také konzultace s implementačním specialistou v rozsahu 3 – 5 hodin (495 Kč/hod). Celkové náklady na jednu aktualizaci kurzu tak dosahují přibližně 7 475 až 9 475 Kč včetně DPH. Po absolvování školení je každému zaměstnanci vystaven certifikát. Do kalkulace celkových nákladů na školení je rovněž zahrnuta účast zaměstnanců. Při průměrné hodinové mzdě 283 Kč a celkovém počtu 456 zaměstnanců představuje náklad na jedno školení částku v rozmezí 64 548 Kč až 129 096 Kč, v závislosti na skutečné délce účasti, která se pohybuje mezi 30 a 60 minutami.

Tabulka 7 Pravidelné online školení

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Tvorba obsahu školení	12 380	18 570	15 475
Správa a aktualizace kurzu	5 000	7 000	6 000
Konzultace s implementačním specialistou	1 485	2 475	1 980
Účast zaměstnanců na školení	64 548 (30 min/ 456 zaměstnanců)	129 096 (60 min/ 456 zaměstnanců)	96 798
Celkové náklady	83 413	157 141	120 253

(zdroj: vlastní)

Celkové náklady realizační fáze – v rámci realizační fáze projektu byly kalkulovány náklady na tři hlavní typy školení: školení nově nastupujících zaměstnanců, školení při vydání nové verze systému a pravidelné školení stávajících zaměstnanců. Náklady byly rozděleny do tří úrovní – minimální, maximální a průměrné – s ohledem na časovou náročnost, rozsah zapojení interních i externích pracovníků a počet účastníků. Minimální náklady realizační fáze činí 97 784,50 Kč, maximální náklady dosahují až 178 595 Kč a průměrné náklady představují částku 138 165,75 Kč. Přehledné srovnání těchto údajů je uvedeno v tabulce 8.

Tabulka 8 Shrnutí nákladů realizační fáze

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Školení nově nastupujících zaměstnanců	2 345,5	3 920	3 133
Školení při vydání nové verze	12 026	17 534	14 780
Pravidelné školení	83 413	157 141	120 253
Celkové náklady realizační fáze	97 785	178 595	138 166

(zdroj: vlastní)

7.6.4 Náklady evaluační fáze

Evaluační fáze projektu byla koncipována dle principů efektivního projektového řízení ve zdravotnictví a navazovala na cíle vymezené v přípravné a realizační fázi. Jejím účelem bylo nejen ověřit míru dosažení stanovených cílů, ale také identifikovat případné bariéry v procesu adaptace zaměstnanců na digitální technologie, a to s ohledem na věkové rozdíly a principy age managementu. Evaluace byla rozdělena na formativní, probíhající paralelně s

realizací klíčových aktivit, a sumativní, která se uskutečnila po jejich ukončení. Hodnocení bylo provedeno na třech úrovních – individuální, týmové a organizační.

Činnosti v rámci evaluace byly přiřazeny jednotlivým pracovníkům na základě jejich kompetencí vymezených v matici dovedností. Zapojeny byly tři klíčové role – HR manažerka, interní mentorka a implementační specialista.

HR manažerce byla svěřena příprava, realizace a vyhodnocení kvantitativního dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zachytit vnímání přínosu školení, technických aspektů a přístupu k různým věkovým skupinám. Dále byly zpracovány agregované výstupy ve formě přehledových tabulek. Na tuto činnost bylo vynaloženo 10 až 25 hodin práce, což při průměrné mzdové sazbě 324 Kč/hod odpovídá nákladům v rozmezí 3 240 až 8 100 Kč, s průměrnou hodnotou 5 670 Kč.

Interní mentorce bylo přiřazeno zajištění přípravy hodnoticích nástrojů, zejména kvalitativního charakteru (např. krátkých hodnoticích formulářů), facilitace skupinových diskusí, analýza bariér účasti a sdílení výstupů mezi odděleními. Souhrnná časová náročnost těchto činností činila 15 až 35 hodin, což odpovídá nákladům v rozmezí 4 860 až 11 340 Kč, s průměrem 8 100 Kč.

Implementačnímu specialistovi byly svěřeny analytické a expertní úkoly, zahrnující vyhodnocení kvalitativních dat, zpracování závěrečné evaluační zprávy a konzultace s vedením organizace ohledně výstupů a návrhu opatření. Časová náročnost této role se pohybovala v rozmezí 15 až 33 hodin, což při sazbě 495 Kč/hod představovalo náklad 7 425 až 16 335 Kč, s průměrem 11 880 Kč.

Celkové náklady evaluační fáze tak činily 15 525 až 35 775 Kč, s průměrnou hodnotou 25 650 Kč, jak je uvedeno v tabulce č. 9. Takto zpracovaný rozpočet reflektuje skutečné zapojení jednotlivých rolí dle odborné specializace a zajišťuje efektivní řízení fáze hodnocení projektu.

Tabulka 9 Náklady evaluační fáze

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Aktivita implementačního specialisty	7 425	16 335	11 880
Aktivita HR managerky	3 240	8 100	5 670
Aktivita mentorky	4 860	11 340	8 100
Celkové náklady evaluační fáze	15 525	35 775	25 650

(zdroj: vlastní)

7.6.5 Celkové shrnutí nákladů projektu

V rámci této kapitoly byly shrnuty veškeré nákladové položky jednotlivých fází projektu – od iniciační přes plánovací, realizační až po evaluační fázi. Výpočet nákladů byl proveden na základě reálných odhadů časové a finanční náročnosti zapojených aktivit, s přihlédnutím k odborným sazbám jednotlivých pracovníků a k rozsahu využívaných zdrojů. Pro každou fázi byly stanoveny minimální, maximální a průměrné náklady, čímž byl vytvořen prostor pro flexibilitu v plánování, kontrolu rozpočtu a případnou optimalizaci v budoucí replikaci projektu.

V iniciační fázi byly náklady odhadnuty v rozmezí 12 000 až 16 000 Kč, přičemž průměrná hodnota činila 14 000 Kč. Tyto náklady zahrnovaly především konzultace s externím školitelem a administrativní zajištění přípravných aktivit.

V rámci plánovací fáze byly kalkulovány podstatně vyšší náklady, a to v rozsahu 111 000 až 143 000 Kč, s průměrem 127 000 Kč. Tato částka reflektovala nejen analytické a koncepční činnosti, ale také technologické investice, jako bylo pořízení zařízení a posílení infrastruktury. Významnou položku představovala příprava vzdělávacího programu a vybavení pro interního mentora i účastníky školení.

Realizační fáze byla nákladově nejvyšší, a to z důvodu pravidelně se opakujících školení, která zahrnovala školení nově nastupujících pracovníků, školení při vydání nové verze a periodická vzdělávání. V této fázi byly náklady odhadnuty v rozmezí 97 785 až 178 595 Kč, přičemž průměrná hodnota dosáhla 138 166 Kč.

V evaluační fázi byly náklady rozděleny mezi HR manažerku, interní mentorku a implementačního specialistu. Celkové náklady se zde pohybovaly mezi 15 525 a 35 775 Kč, s průměrnou hodnotou 25 650 Kč. Započteny byly veškeré aktivity související s hodnocením dopadu projektu, zpracováním závěrečné zprávy a formulací doporučení pro další rozvoj.

Na základě uvedených údajů lze konstatovat, že celkové náklady na realizaci projektu byly stanoveny v rozmezí 259 940 až 410 707 Kč, přičemž průměrné celkové náklady činily 335 299 Kč (Tabulka 10). Tyto hodnoty byly určeny při respektování metodiky kvalifikační práce, s důrazem na transparentnost, kontrolovatelnost a možnost využití výsledků při plánování obdobných projektů v jiných zdravotnických zařízeních.

Tabulka 10 Celkové shrnutí nákladů projektu

Nákladová položka	Minimální náklady (Kč)	Maximální náklady (Kč)	Průměrné náklady (Kč)
Iniciační fáze	12 000	16 000	14 000
Plánovací fáze	111 000	143 000	127 000
Realizační fáze	97 785	178 595	138 166
Evaluační fáze	15 525	35 775	25 650
Rezerva	23 630	37 337	30 483
Celkové náklady projektu	259 940	410 707	335 299

(zdroj: vlastní)

7.7 Očekávané přínosy

Realizací navrženého projektu se předpokládá posílení klíčových oblastí personálního řízení a rozvoje zaměstnanců ve zdravotnické organizaci. Očekává se, že přínosy budou generovány na více úrovních – individuální, týmové i organizační – a budou mít dlouhodobý dopad na kvalitu adaptace pracovníků na digitální technologie.

Na úrovni jednotlivce má být umožněno systematické zvyšování digitální gramotnosti, posílení samostatnosti při práci s informačními systémy a snížení stresu z technologických změn, a to zejména u pracovníků vyššího věku. Důraz je kladen na respektování principů age managementu, díky čemuž může být podpořeno i delší pracovní setrvání zkušených zaměstnanců, jejichž odchod by pro organizaci znamenal ztrátu cenného know-how.

Na týmové úrovni se očekává zlepšení spolupráce mezi pracovníky různého věku a profesních specializací, lepší sdílení zkušeností prostřednictvím interního mentoringu a zvýšení efektivity v každodenním provozu. Zavedením jednotného školicího systému se má předejít neefektivnímu přenosu informací a zároveň se vytvoří prostor pro cílenou zpětnou vazbu a inovace.

Organizační přínosy projektu spočívají zejména ve standardizaci adaptačního procesu, snížení zátěže na interní IT a helpdesk, vyšším využití stávajících digitálních nástrojů a v dlouhodobé stabilizaci personálu. Předpokládá se, že snížením chybovosti a rutinní zátěže bude možné uvolnit kapacity vedoucích pracovníků i technických týmů pro strategické úkoly a další rozvoj. V důsledku toho může být zvýšena nejen provozní efektivita, ale i konkurenceschopnost zařízení na trhu práce.

Projekt je koncipován jako dlouhodobě udržitelný a přenositelný model rozvoje kompetencí ve zdravotnictví. Díky identifikovaným přínosům lze předpokládat, že investované prostředky se v horizontu několika let vrátí v podobě snížení skrytých nákladů, vyšší stability pracovních týmů a efektivnějšího využívání interních zdrojů.

7.8 Riziková analýza

Přestože může realizace projektu přinést organizaci řadu významných přínosů, je nezbytné před samotným zahájením věnovat pozornost také možným rizikům, která by mohla negativně ovlivnit průběh celého projektového řízení. Při analýze rizik je nejprve třeba tato rizika systematicky identifikovat, posoudit pravděpodobnost jejich výskytu a vyhodnotit potenciální dopad na projekt. Tyto dopady by měly být co nejvíce omezeny vhodnými

preventivními opatřeními (Doležal, 2016). Na základě charakteru projektu a specifík cílové organizace byla identifikována následující klíčová rizika, která mohou ohrozit úspěšné naplnění jeho cílů:

- R1 – Nedostatečné zapojení vedení organizace
- R2 – Rezistence zaměstnanců vůči změnám
- R3 – Nízká míra implementace výstupů do praxe
- R4 – Přetížení/absence interní mentorky
- R5 – Technické selhání vybavení nebo softwaru
- R6 – Nedostatečná technická podpora při školení

Pro posouzení jejich závažnosti bylo přistoupeno k analýze rizik, při níž byla rizika nejen popsána, ale i kvantifikována. Pro účely zpracování analýzy rizik byly definovány úrovně pravděpodobnosti a dopadu, a to jak v kvalitativní, tak i kvantitativní podobě. Kombinací těchto dvou faktorů je možné stanovit výslednou hodnotu rizika. Tato hodnota slouží k určení míry závažnosti daného rizika a umožňuje jeho zařazení do příslušné kategorie. Použitá metodika vychází z doporučení Doležala (2016) a její výsledky jsou dále znázorněny prostřednictvím přehledných tabulek (Tabulka 11, Tabulka 12).

Tabulka 11 Hodnotící škála pravděpodobnosti výskytu a dopadu rizika

Úroveň	Pravděpodobnost výskytu (P)	Dopad (D)
1	Velmi nízká	Zanedbatelný
2	Nízká	Málo významný
3	Střední	Středně významný
4	Vysoká	Vážný
5	Velmi vysoká	Kritický

(zdroj: vlastní)

Tabulka 12 Zhodnocení rizik

Riziko	Pravděpodobnost výskytu (P)	Dopad (D)	Hodnota rizika
R1	4	5	20
R2	3	4	9
R3	3	4	9
R4	3	3	6
R5	2	4	8
R6	2	3	6

(zdroj: vlastní)

Na základě bodového hodnocení pravděpodobnosti a dopadu byla jednotlivým rizikům přiřazena výsledná riziková hodnota, která byla následně vizuálně odlišena pomocí barevného rozlišení dle míry závažnosti. Pro přehledné znázornění byla zpracována matice rizik (Tabulka 13), kde jsou rizika umístěna v souřadnicovém systému podle hodnoty pravděpodobnosti výskytu (osa X) a dopadu na projekt (osa Y).

Z matice vyplývá, že nízká rizika se vyskytují v levém horním kvadrantu, zatímco rizika s vyšší mírou závažnosti jsou situována v pravé dolní části, což odpovídá jejich rostoucímu potenciálnímu dopadu a pravděpodobnosti výskytu. Nejkritičtější bylo vyhodnoceno riziko nedostatečného zapojení vedení organizace (R1), které vykazuje vysokou pravděpodobnost a zároveň velmi vysoký dopad na projekt.

Pro systematické vyhodnocení byla použita čtyřstupňová hodnoticí škála:

- 1–5 bodů: nízké riziko (zelená),
- 6–10 bodů: střední riziko (žlutá),
- 11–15 bodů: vysoké riziko (oranžová),
- 16–25 bodů: kritické riziko (červená).

Tato klasifikace umožňuje vizualizovat rizika nejen podle jejich závažnosti, ale i určit prioritu pro následná opatření v rámci řízení rizik projektu.

Tabulka 13 Matice rizik

Matice rizik	Stupeň	Dopad (D)				
		Zanedbatelný	Málo významný	Středně významný	Vážný	Kritický
Pravděpodobnost výskytu (P)		1	2	3	4	5
Velmi nízká	1	1	2	3	4	5
Nízká	2	2	4	6 (R6)	8 (R5)	10
Střední	3	3	3	6 (R4)	9 (R2, R3)	15
Vysoká	4	4	8	12	16	20 (R1)
Velmi vysoká	5	5	10	15	20	25

(zdroj: vlastní)

Zhodnocení rizik a možnosti jejich řešení

R1 – Nedostatečné zapojení vedení organizace – riziko bylo vyhodnoceno jako kritické, neboť nedostatek podpory ze strany vedení může negativně ovlivnit motivaci zaměstnanců, realizaci výstupů i udržitelnost projektu. Pro jeho snížení je doporučeno, aby byl projekt formálně zaštitěn projektovým sponzorem z řad vedení. Dále by měl být nastaven pravidelný reporting, zapojení vedení do klíčových rozhodnutí a zajištěna komunikace o přínosech projektu.

R2 – Rezistence zaměstnanců vůči změnám – riziko bylo vyhodnoceno jako střední. Negativní postoj ke změnám může snižovat ochotu účastnit se školení a zavádět nové postupy. Doporučuje se využít interní mentoring, otevřenou komunikaci a zapojení zaměstnanců do tvorby obsahu školení.

R3 – Nízká míra implementace výstupů do praxe – toto riziko bylo označeno jako střední, přičemž nevyužití výstupů projektu by mohlo omezit jeho dopad. Navrhuje se začlenění výstupů do vnitřních metodik, přiřazení odpovědných osob a pravidelné sledování míry využívání.

R4 – Přetížení/absence interní mentorky – riziko bylo hodnoceno jako střední. Nedostupnost mentorky může ovlivnit kvalitu podpory i kontinuitu vzdělávání. Doporučuje se plánování kapacit, vytvoření zástupného systému a rovnoměrné rozložení úkolů mezi více osob.

R5 – Technické selhání vybavení nebo softwaru – riziko bylo vyhodnoceno jako střední, protože technické potíže mohou zpomalit nebo znemožnit školení. Doporučuje se pravidelné testování zařízení, zajištění záložní techniky a technická příprava před každým školením.

R6 – Nedostatečná technická podpora při školení – toto riziko bylo rovněž označeno jako střední. Absence IT podpory může snižovat kvalitu a efektivitu výuky. Doporučuje se zajistit dostupnost technické podpory při školeních a připravit návody pro řešení běžných problémů.

7.9 Zhodnocení projektu

Na základě podrobné analýzy, projektového návrhu, harmonogramu, personálního zajištění, nákladové struktury a vyhodnocení rizik lze konstatovat, že navržený projekt představuje realistickou a v podmínkách zdravotnické organizace proveditelnou intervenci na podporu age managementu v kontextu digitalizace.

Projekt byl navržen s ohledem na specifické potřeby zaměstnanců různého věku, přičemž zvláštní důraz byl kladen na podporu starších pracovníků, u nichž byla identifikována nižší důvěra ve vlastní digitální kompetence. Díky kombinaci vzdělávacích aktivit, mentoringu a systematické technické podpory má být umožněno vážné snížení bariér při adaptaci na nové technologie. Významná pozornost byla rovněž věnována mezioborové spolupráci, technickému zázemí a organizační podpoře.

Z hlediska užitku lze předpokládat zlepšení digitální gramotnosti napříč věkovými skupinami, posílení samostatnosti při práci s informačními systémy a snížení stresu spojeného s technologickými změnami. Zavedení systematické podpory formou interního mentoringu má rovněž pozitivně ovlivnit mezigenerační spolupráci a zvýšit efektivitu přenosu znalostí.

Na úrovni organizace se očekává stabilizace personálu, snížení zátěže na IT podpory, větší využití stávajících digitálních systémů a standardizace adaptačních procesů. Organizace tak může získat nejen větší provozní efektivitu, ale i konkurenceschopnost na trhu práce.

Projekt byl koncipován s důrazem na dlouhodobou udržitelnost. Jeho implementaci se předpokládá, že zaměstnanci v důchodovém věku setrvají déle v pracovním procesu, což snižuje tlak na personální obnovu a přenáší know-how na mladší kolegy. Zároveň lze předpokládat snížení počtu požadavků na IT helpdesk, rychlejší adaptaci nových zaměstnanců a lepší schopnost pracovníků samostatně využívat digitální systémy. Tato změna se odrazí v provozní úspoře času i financí.

S ohledem na výši investic, které činí v průměru 335 299 Kč, lze očekávat, že se projekt během několika let navrátí skrze snížení skrytých nákladů, stabilizaci pracovních týmů a efektivnější využití dostupných zdrojů. Projekt lze proto označit za přínosný a investici do budoucí konkurenceschopnosti a odolnosti zdravotnické organizace.

7.10 Doporučení pro zdravotnické zařízení

Na základě provedené analýzy současného stavu a navrženého projektu jsou pro zdravotnickou organizaci formulována doporučení směřující k posílení age managementu v souvislosti s digitalizací pracovního prostředí. Cílem těchto doporučení je vytvořit podmínky pro efektivní adaptaci zaměstnanců různých věkových skupin na nové technologie, zvýšit jejich pracovní jistotu a podpořit dlouhodobou udržitelnost pracovního výkonu.

Prvním doporučením je zavedení cílených vzdělávacích programů zaměřených na rozvoj digitálních kompetencí, které budou přizpůsobeny věku a pracovním rolím zaměstnanců. Výsledky dotazníkového šetření poukázaly na rozdíly v sebehodnocení digitálních dovedností mezi mladšími a staršími pracovníky, což signalizuje potřebu diferenciovaného přístupu. Systematické vzdělávání, které zohlední individuální potřeby

jednotlivců, může výrazně přispět ke zvýšení jejich digitální jistoty a snížení rezistence vůči změnám.

Dalším doporučením je zavedení interního mentoringového systému, který propojí zkušenější zaměstnance s mladšími kolegy v rámci obousměrného předávání znalostí. Tento přístup reflektuje potřebu mezigenerační spolupráce a podpory, která byla identifikována v rámci kvalitativních rozhovorů. Mentoring může významně přispět nejen k rychlejší adaptaci na digitální nástroje, ale také k posílení vzájemného porozumění a sdílení pracovních hodnot napříč generacemi.

V návaznosti na zjištěnou potřebu operativní podpory během práce se systémy je doporučeno posílit roli interní IT podpory, a to zejména v časech zvýšeného provozu na odděleních. Absence technické asistence byla zaměstnanci často vnímána jako stresující faktor a bariéra při práci s nemocničními informačními systémy. Zajištění dostupnosti kvalifikované podpory může významně přispět k plynulosti provozu a snížení chybovosti při práci s digitálními nástroji.

Posledním doporučením je zavedení pravidelného vyhodnocování adaptačních procesů souvisejících s implementací nových technologií. Evaluace efektivity školení, sběr zpětné vazby od zaměstnanců a průběžné sledování jejich potřeb umožní organizaci flexibilně reagovat na vznikající problémy a optimalizovat podpůrné mechanismy. Tím bude zajištěn nejen technický, ale také personální rozměr úspěšné digitalizace.

Uvedená doporučení reflektují hlavní zjištění analytické části práce a zároveň rozvíjejí návrhovou část do podoby praktických opatření, která mohou být v prostředí zdravotnické organizace realizována s ohledem na její provozní, personální i strategické možnosti. Jejich implementace podpoří efektivní řízení lidských zdrojů v době probíhajících technologických změn a napomůže vybudování odolné a spolupracující organizační kultury.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala rolí age managementu při zvládání digitalizace ve zdravotnictví ve vybrané zdravotnické organizaci. Na základě teoretických poznatků, empirické analýzy a projektového návrhu byly zformulovány závěry, které přispívají k hlubšímu porozumění vlivu věkové diverzity na adaptaci zdravotnického personálu na digitální technologie.

Teoretická část práce vymezila základní koncepty age managementu a digitalizace zdravotnictví včetně jejich legislativních, strategických a organizačních aspektů. Zvláštní pozornost byla věnována specifikům věkově diverzifikovaných týmů ve zdravotnickém prostředí a významu systematické podpory pracovní schopnosti v průběhu celého profesního života. Bylo potvrzeno, že řízení věkové diverzity se v současném zdravotnictví stává strategickou nezbytností, zvláště v kontextu rychle se měnících technologických podmínek a stárnutí pracovní síly.

Analytická část na základě kvantitativního dotazníkového šetření a kvalitativních rozhovorů identifikovala rozdíly v digitálních kompetencích napříč generacemi, bariéry adaptace a úroveň institucionální podpory. Bylo zjištěno, že věk zaměstnanců významně ovlivňuje míru nejistoty při zavádění nových digitálních systémů, zatímco úspěšná adaptace závisí na kvalitě interní podpory, formě školení a míře individuálního přístupu. Výzkum potvrdil, že zavedení age managementu může výrazně přispět k vyšší efektivitě a udržitelnosti digitalizačních procesů ve zdravotnictví.

Na základě empirických zjištění byl navržen projekt zaměřený na podporu age managementu v digitálním prostředí, který se opírá o principy projektového řízení ve zdravotnictví. Projekt systematicky reaguje na zjištěné rozdíly v potřebách jednotlivých věkových skupin a nabízí prakticky realizovatelný plán zahrnující vzdělávací aktivity, mentoring, technickou podporu a evaluaci dopadů. Součástí návrhu je také nákladová a riziková analýza, která zajišťuje proveditelnost a efektivitu navržených opatření.

Přínosem práce je vytvoření komplexního rámce pro uplatnění age managementu v podmínkách digitálně transformovaného zdravotnictví. Získané poznatky mohou sloužit jako podklad pro rozhodování vedení zdravotnických zařízení v oblasti personální politiky, vzdělávání a zavádění technologií. Práce tak přispívá nejen k teoretickému rozvoji tématu, ale poskytuje i praktické doporučení využitelné v každodenním provozu zdravotnických organizací.

Závěrem lze konstatovat, že vědomé a systematické řízení věkové diverzity v kombinaci s cílenou podporou digitální gramotnosti představuje klíčový faktor pro úspěšnou a dlouhodobě udržitelnou digitalizaci zdravotnictví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARMSTRONG, Michael a TAYLOR, Stephen, 2017. *Armstrong's handbook of human resource management practice*. New York: Kogan Page. ISBN 978-0-7494-7411-9.

ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů. Nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1407-3.

BEJTKOVSKÝ, Jiří, 2013. *Zaměstnanci věkové kategorie 50+ z pohledu řízení lidských zdrojů*. Žilina: Georg. ISBN 978-80-8154-052-3.

CIMBÁLNÍKOVÁ, Lenka et al., 2012. *Age Management pro práci s cílovou skupinou 50+: metodická příručka*. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR. ISBN 978-80-904531-5-9.

Český statistický úřad, 2023. *Aktuální populační vývoj v kostce*. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>. [cit. 2025-03-20].

DOLEŽAL, Jan a MÁCHAL, Pavel a LACKO, Branislav, 2012. *Projektový management podle IPMA*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Expert. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4275-5.

DOLEŽAL, Jan, 2016. *Projektový management: komplexně, prakticky a podle světových standardů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5620-2.

HARTE, John, 2016. *Successful management in the digital age*. New Brunswick: Transaction Publishers. ISBN 978-1-4128-6324-7.

HORVÁTHOVÁ, Petra et al., 2016. *Řízení lidských zdrojů: nové trendy*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-430-1.

HROMEK, Michal, 2025. *Umění řízení digitálních projektů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-5668-9.

CHEREKA, Alex et. al., 2024. *Evaluating digital literacy of health professionals in Ethiopian health sectors: A systematic review and meta-analysis*. Online. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0300344>. [cit. 2025-03-21].

ILMARINEN, Juhani, 2012. *Podpora aktivního stárnutí na pracovišti. Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci*. Online. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/publications/promoting-active-ageing-workplace>. [cit. 2025-03-03].

KHALIFA, Mohamed, 2017. *Perceived Benefits of Implementing and Using Hospital Information Systems and Electronic Medical Records*. *Stud Health Technol Inform.* vol. 238 s. 165-168. PMID: 28679914.

KPMG, 2022. *Připravenost ČR na digitalizaci zdravotnictví*. Online. Dostupné z: <https://kpmg.com/cz/cs/home/pro-media/tiskove-zpravy/2023/07/cesko-zavadi-digitalizaci-zdravotnictvi.html>. [cit. 2025-04-20].

KUNZ, Vilém, 2012. *Společenská odpovědnost firem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3983-0.

KUT CITORES, Felipe, 2024. *Jak odvrátit hrozbu katastrofálního nedostatku nelékařů?* Online. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/jak-odvratit-hrozbu-katastrofalniho-nedostatku-nelekaru/>. [cit. 2025-01-11].

KUT CITORES, Felipe, 2025. *Hrozba katastrofálního nedostatku nelékařů: MZ představilo řešení*. Online. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/vsechny-clanky/hrozba-katastrofalniho-nedostatku-nelekaru-odvracena-mz-predstavilo-reseni/>. [cit. 2025-03-03].

MAJCHEREK, Dawid et al., 2024. *Opportunities for healthcare digitalization in Europe: Comparative analysis of inequalities in access to medical services*. *Health Policy*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104950>. [cit. 2025-03-15].

MARONE, Francesca a NAVARRA, Maria, 2024. *Age management and intergenerational education in health. Artificial intelligence and virtual*. Online. *Form@re - Open Journal per la formazione in rete*. ISSN 1825-7321. Dostupné z: <https://doi.org/10.36253/form-15987>. [cit. 2025-01-11].

MPSV ČR, 2021. *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2021-2025>. [cit. 2025-03-20].

MPSV ČR, 2023. *Akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období 2023-2025*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/akcni-plan-k-naplneni-strategickeho-ramce-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-na-obdobi-2023-2025>. [cit. 2025-03-20].

MZČR, 2014. *Národní strategie elektronického zdravotnictví*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi/>. [cit. 2025-03-20].

MZČR, 2015. *Vize elektronického zdravotnictví ČR*. Online. Dostupné z: <http://ncez.mzcr.cz/cs/dokumenty/vize-elektronickeho-zdravotnictvi-cr>. [cit. 2025-03-16].

MZČR, 2016. *Národní strategie elektronického zdravotnictví*. Online. Dostupné z: <https://ncez.mzcr.cz/cs/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi>. [cit. 2025-03-20].

NOVOTNÝ, Petr et al., 2014. *Age management: jak rozumět stárnutí a jak na něj reagovat: možnosti uplatnění age managementu v České republice*. Plzeň: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR. ISBN 978-80-904531-7-3.

PILLINGER, Jane, 2008. *Demografické změny na evropském trhu s elektřinou. Příručka k prosazování věkové diverzity a strategií age managementu*. Online. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?mode=dsw&docId=8756&langId=cs>. [cit. 2025-03-20].

RYPICZ, Łukasz et al., 2021. *Factors affecting work ability index among polish nurses working in hospitals – A prospective observational survey*. Online. *Journal of Nursing Management*. ISSN 0966-0429. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.13192>. [cit. 2025-03-11].

ŠTOROVÁ, Ilona et al., 2012. *Zaměstnanec a věk, aneb, Age management na pracovišti*. Šumperk: JENA, Jesenické nakladatelství. ISBN 978-80-87137–35-2.

ŠTOROVÁ, Ilona, 2016. *Age management pro zaměstnavatele se zaměřením na starší pracovníky*. 2. vydání. Praha: Age Management z.s. ISBN 978-80-270-3155-9.

TÁBORSKÝ, Miloš, 2022. *Digitální medicína 2022*. Medicína. Praha: EEZY. ISBN 978-80-908638-8-0.

URBACH, Nils a RÖGLINGER, Maximilian et al., 2019. *Digitalization cases: how organizations rethink their business for the digital age*. Management for Professionals. Cham: Springer. ISBN 978-3-319-95272-7.

URBANCOVÁ, Hana, 2017. *AGE management v organizacích: praktické využití a přínosy*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-772-1.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Úrovně Age Managementu.....	23
Obrázek 2 Vývoj věkové struktury obyvatelstva České republiky.....	25
Obrázek 3 Organizační struktura managementu analyzované nemocnice.....	41
Obrázek 4 Převažující pracoviště respondentů.....	55
Obrázek 5 Podpora zaměstnavatele při adaptaci na nové digitální technologie.....	58
Obrázek 6 Hlavní bariéry při adaptaci na digitalizaci.....	60
Obrázek 7 Ganttův diagram.....	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věková struktura, vlastní zpracování.....	42
Tabulka 2 Časový harmonogram projektu, vlastní zpracování	70
Tabulka 3 Náklady iniciační fáze.....	76
Tabulka 4 Náklady plánovací fáze	78
Tabulka 5 Školení nově nastupujících zaměstnanců.....	80
Tabulka 6 Náklady na školení při zavádění nové verze	81
Tabulka 7 Pravidelné online školení	82
Tabulka 8 Shrnutí nákladů realizační fáze.....	83
Tabulka 9 Náklady evaluační fáze	85
Tabulka 10 Celkové shrnutí nákladů projektu.....	86
Tabulka 11 Hodnotící škála pravděpodobnosti výskytu a dopadu rizika.....	88
Tabulka 12 Zhodnocení rizik.....	89
Tabulka 13 Matice rizik.....	90

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ANOVA Analýzu rozptylu

ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ČR Česká republika

ČSÚ Českého statistického úřadu

DPH Daň z přidané hodnoty

EHR Elektronický zdravotní záznam

EU Evropská unie

EZZ Elektronických zdravotnické záznamy

FIOH Finský institut pracovního zdraví

ICT Informační a komunikační technologie

ILO Mezinárodní organizace práce

IT Informační technologie

JIP Jednotka intenzivní péče

JPL Jednodenní péče na lůžku

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

Mj. Mimo jiné

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

NCEZ Odborem Národní centrum elektronického zdravotnictví

NIS Nemocniční informační systém

NSeZ Národní strategie elektronizace zdravotnictví

OSN Organizace spojených národů

THP Technicko hospodářský pracovník

UDI Unique Device Identification; systém identifikace prostředků

Vč. Včetně

WAI Work Ability Index

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otevřené otázky k individuálním rozhovorům

Příloha P II: Přepis individuálních rozhovorů

Příloha P III: Dotazníkové šetření

Příloha P IV: Vyhodnocení dotazníkového šetření

Příloha P V: RACI matice odpovědnosti

PŘÍLOHA P I: OTEVŘENÉ OTÁZKY K INDIVIDUÁLNÍM ROZHOVORŮM

Respondent č. 1: Řízení nelékařského personálu v kontextu adaptace na digitalizaci

- Jak dlouho působíte ve své současné vedoucí pozici?
- Jak byste popsala věkové složení nelékařského zdravotnického personálu ve vaší organizaci?
- Vnímáte odlišnosti v přístupu k práci nebo spolupráci mezi různými věkovými skupinami?
- Hraje podle vás věk roli v tom, jak se zaměstnanci přizpůsobují novým technologiím a změnám?
- Jaké digitální nástroje považujete za klíčové pro výkon ošetrovatelské profese?
- Jaký je podle vás přístup personálu k těmto nástrojům?
- Pozorujete rozdíly mezi mladšími a staršími kolegyněmi v ochotě a schopnosti tyto nástroje používat?
- Setkáváte se na pracovišti s tím, že si zaměstnanci různých generací navzájem pomáhají nebo si předávají zkušenosti například v oblasti technologií či pracovních postupů?
- Jak digitalizace ovlivnila každodenní pracovní zátěž ošetrovatelského personálu?
- Vnímáte spíše úlevu, nebo zvýšení administrativní zátěže?
- Můžete uvést konkrétní situace, kdy digitalizace komplikovala práci?
- Jaké formy školení nebo podpory při zavádění nových digitálních systémů jsou v organizaci poskytovány?
- Jsou tato školení nebo forma podpory přizpůsobena jednotlivým věkovým skupinám?
- Co by podle vás mohlo nejvíce pomoci starším kolegům při adaptaci na nové technologie?
- Je age management jako pojem nebo přístup nějak využíván na vašem pracovišti? Napadá vás něco, co se u vás dělá jinak pro mladší a starší zaměstnance?

- Narazila jste někdy na situaci, kdy někdo z personálu uvažoval o odchodu, nebo skutečně odešel kvůli obtížím spojeným s digitalizací?

Respondent č. 2: Personální pohled na age management v digitálním prostředí

- Sledujete ve vaší organizaci věkové složení zaměstnanců?
- Věnujete se systematicky analýze věkové struktury v personální oblasti?
- Využíváte informace o věku při plánování rozvoje nebo vzdělávání?
- Jaké digitální systémy a nástroje jsou ve vaší organizaci využívány – zdravotníci?
- Jaká je dle vašeho názoru digitální připravenost různých profesních a věkových skupin?
- Sledujete při zavádění technologií rozdíly v adaptaci mezi generacemi?
- Jaké jsou nejčastější bariéry v adaptaci zaměstnanců na technologie?
- Jak se změnila administrativa a personální procesy v souvislosti s digitalizací?
- Vnímáte, že změny mají dopad na pracovní zatížení zaměstnanců?
- Setkáváte se s obavami nebo odporem k technologiím, zejména u starších pracovníků?
- Jaké formy školení a podpory při zavádění technologií organizace využívá?
- Jsou tato školení přizpůsobena různým věkovým skupinám?
- Vnímáte potřebu uplatnit age management jako nástroj podpory při digitalizaci?
- Jaké konkrétní kroky by podle vás mohly přispět ke zlepšení adaptace starších zaměstnanců?
- Kdo provádí školení digitálních dovedností?
- Jaká forma školení se vám nejvíce osvědčila?

PŘÍLOHA P II: PŘEPIS INDIVIDUÁLNÍCH ROZHOVORŮ

Respondent č. 1: Řízení nelékařského personálu v kontextu adaptace na digitalizaci

Tazatel: Jak dlouho působíte ve své současné vedoucí pozici?

Respondentka: Ve vedoucí funkci pracuji od roku 2017. Předtím jsem působila mnoho let přímo v provozu, takže mám zkušenost jak z běžné ošetrovatelské praxe, tak z pozice řízení nelékařského personálu.

Tazatel: Jak byste popsala věkové složení nelékařského zdravotnického personálu ve vaší organizaci?

Respondentka: Řekla bych, že většinu tvoří profesně starší zaměstnanci. Mladší generace nám výrazně chybí a zároveň se potýkáme s vyšší fluktuací, což přináší další komplikace v provozu. Máme spočítáno, že během několika let odejde do důchodu značná část nelékařského personálu, a vzhledem k dosavadnímu počtu nově nastupujících zaměstnanců nebude možné tuto personální ztrátu jednoduše nahradit. Pokud se nezmění současný trend, stane se tato skutečnost v dohledné době výrazným problémem.

Tazatel: Vnímáte odlišnosti v přístupu k práci nebo spolupráci mezi různými věkovými skupinami?

Respondentka: Rozhodně ano. Starší kolegyně mají spoustu zkušeností, což je samozřejmě přínos, ale zároveň jsou častěji kritické a náchylnější k nespokojenosti. Přijímání změn, zejména těch technických, je pro ně často náročnější než pro mladší generace.

Tazatel: Hraje podle vás věk roli v tom, jak se zaměstnanci přizpůsobují novým technologiím a změnám?

Respondentka: Hraje – a velmi výrazně. Starší zaměstnanci se adaptují pomaleji. V týmu je proto důležité mít tzv. „tahouna“, ideálně mladšího pracovníka, který se technologií nebojí, má chuť zkoušet nové věci a dokáže ostatní motivovat. Bez této dynamiky by byla adaptace na změny mnohem pomalejší.

Tazatel: Jaké digitální nástroje považujete za klíčové pro výkon ošetrovatelské profese?

Respondentka: Mezi nejdůležitější nástroje jednoznačně patří nemocniční informační systém (NIS) a mobilní aplikace, které využíváme například při ošetrování pacienta přímo u lůžka. Dále pak elektronické vedení zdravotnické dokumentace, PACS systém pro práci s obrazovou dokumentací, Portál pacienta nebo náš interní systém SKIPO, kde máme veškeré

předpisy, směrnice, metodické pokyny i aktuální provozní informace. Všechny tyto nástroje tvoří nedílnou součást každodenní práce zdravotnického personálu.

Tazatel: Jaký je podle vás přístup personálu k těmto nástrojům?

Respondentka: Většina z těchto nástrojů se používá na denní bázi a jakmile si je personál takzvaně „osahá“, práce s nimi je bezproblémová. Nejtěžší jsou začátky, což je ale běžné u jakékoli změny. Jako příklad mohu uvést jedno oddělení, kde jsme zavedli technologii virtuální reality. Přestože jde o pokročilý nástroj, zatím se jeho potenciál nevyužívá naplno. Personál má tendenci raději provést výkon manuálně, než aby technologii použil a vše pacientovi vysvětloval – argumentují tím, že manuální přístup je časově rychlejší. Osobně si myslím, že je to spíš otázka zvyku a toho, že neproběhl kompletní proces implementace.

Tazatel: Pozorujete rozdíly mezi mladšími a staršími kolegyněmi v ochotě a schopnosti tyto nástroje používat?

Respondentka: Ano, rozdíly jsou zřetelné. Mladší generace je sdílnější, rychlejší, a spíše ji obtěžuje práce s papírem a tužkou. Naproti tomu starší zaměstnanci právě tyto tradiční formy preferují. Zároveň mají často obavy z práce v ostrém systému – bojí se, že něco špatně odkliknou nebo zapíší, a proto se do toho raději nepouštějí a přenechávají práci kolegyním. To se například týká záznamů ošetřování ran přes mobilní tablet.

Tazatel: Setkáváte se na pracovišti s tím, že si zaměstnanci různých generací navzájem pomáhají nebo si předávají zkušenosti například v oblasti technologií či pracovních postupů?

Respondentka: Ano, sdílení mezi generacemi na pracovišti určitě probíhá. Pokud se v týmu setkají zaměstnanci napříč generacemi, bývá spolupráce přirozená. Pokud je tým více homogenní – například věkově starší – snažíme se nastavit individuální podporu. Nechceme, aby vše stálo jen na vedoucích pracovnících, proto se snažíme vytipovat z provozu tzv. „tahouna“ – člověka, který daný tým podpoří, motivuje a pomůže překonat technické i psychologické bariéry.

Tazatel: Jak digitalizace ovlivnila každodenní pracovní zátěž ošetrovatelského personálu?

Respondentka: Na začátku to pro personál určitě znamenalo vyšší zátěž – bylo nutné se s novým systémem naučit pracovat a osvojit si nové návyky. Obecně ale považují digitalizaci za pozitivní posun. Péče se díky ní stala kvalitnější a komplexnější. Informace se lépe sdílí napříč odděleními, dokumentace může být částečně předvyplněná a data jsou okamžitě dostupná. Na některých pracovištích však narazíme i na nevýhody – například v LDN je

velkou výhodou, že se zápis provede přímo do NIS, což je rychlé a efektivní. Na druhou stranu je ale předávání služby z počítače poněkud méně přehledné než z papírových záznamů.

Tazatel: Vnímáte spíše úlevu, nebo zvýšení administrativní zátěže?

Respondentka: Z dlouhodobého hlediska určitě úlevu. Administrativa je strukturovanější a mnoho údajů se dá vyplnit rychleji než dříve. Po zvládnutí počáteční fáze adaptace je práce v systému efektivnější.

Tazatel: Můžete uvést konkrétní situace, kdy digitalizace komplikovala práci?

Respondentka: Ze začátku jsme bojovali s nízkým pokrytím sítě a nedostatkem technického vybavení – chyběly počítače i tablety. Komplikace nastávají také v případech výpadku NIS, kdy se nelze do systému přihlásit nebo ukládat data. Tyto situace ale máme ošetřené vnitřními postupy a personál je školen na to, jak postupovat. Nejsou to časté případy, ale samozřejmě to práci zpomalí.

Tazatel: Jaké formy školení nebo podpory při zavádění nových digitálních systémů jsou v organizaci poskytovány?

Respondentka: Každý nový zaměstnanec prochází základním školením, které zahrnuje seznámení s nemocničním informačním systémem, firemní e-mailovou komunikací, vnitřním systémem SKIPO a zásadami kybernetické bezpečnosti. Kromě toho jsme nově vytvořili pozici mentorky – jedné z kolegyn, která má přirozené nadšení pro technologie. Tato sestra pomáhá přímo v provozech, kde je to aktuálně potřeba, a poskytuje individuální podporu těm, kteří si s digitalizací zatím nejsou jistí.

Tazatel: Jsou tato školení nebo forma podpory přizpůsobena jednotlivým věkovým skupinám?

Respondentka: Myslím si, že ano. Snažíme se zohlednit různé potřeby zaměstnanců. Například v rámci školení jsme zjednodušili jazyk výkladu, aby nebyl příliš odborný, a doplnili jsme vizuální prvky – obrázky, videa, schémata. Vědomě pracujeme s tím, že ne všichni se učí stejným způsobem nebo stejným tempem.

Tazatel: Co by podle vás mohlo nejvíce pomoci starším kolegům při adaptaci na nové technologie?

Respondentka: Nejvíce by jim pomohl mentoring – konkrétní člověk, na kterého se mohou kdykoliv obrátit, který jim bude oporou, nebude je hodnotit, ale bude mít trpělivost a čas se jim věnovat. Ideálně by to měl být někdo, komu sami důvěřují.

Tazatel: Je age management jako pojem nebo přístup nějak využíván na vašem pracovišti? Napadá vás něco, co se u vás dělá jinak pro mladší a starší zaměstnance?

Respondentka: S age managementem se obecně nepracuje, ale snažíme se starší zaměstnance nezatěžovat pilotními projekty, při zavádění nových postupů jim věnujeme individuální čas, opakované školení. Snahou je vytvářet komfortní prostředí, školení přizpůsobit tempu pracovníka.

Tazatel: Narazila jste někdy na situaci, kdy někdo z personálu uvažoval o odchodu, nebo skutečně odešel kvůli obtížím spojeným s digitalizací?

Respondentka: Ne, s takovou situací jsem se zatím nesetkala.

Respondent č. 2: Personální pohled na age management v digitálním prostředí

Tazatel: Sledujete ve vaší organizaci věkové složení zaměstnanců?

Respondentka: Ano, struktura věkového složení zaměstnanců je jedním z ukazatelů, které pravidelně sledujeme v rámci interního plánování. Tyto informace jsou každoročně součástí podkladů, jež předkládáme vedení společnosti.

Tazatel: Věnujete se systematicky analýze věkové struktury v personální oblasti?

Respondentka: Ano, věková struktura zaměstnanců je v personální oblasti systematicky sledována. Vycházíme z ní například při tvorbě podnikatelského plánu. Slouží jako jeden z podkladů pro plánování počtu zaměstnanců s ohledem na očekávané odchody do důchodu. Na základě této analýzy jsme například rozšířili mzdové tabulky pro zaměstnance s délkou praxe nad 40 let.

Tazatel: Využíváte informace o věku při plánování rozvoje nebo vzdělávání?

Respondentka: Ano, informace o věku zaměstnanců využíváme při plánování rozvoje a vzdělávání – zejména pro cílené zaměření individuálních školení a pracovních postupů, tak aby odpovídaly potřebám jednotlivých věkových skupin.

Tazatel: Jaké digitální systémy a nástroje jsou ve vaší organizaci využívány – zdravotníci?

Respondentka: Ve zdravotnické organizaci používáme různé digitální systémy a nástroje, které podporují efektivitu a kvalitu poskytované péče. Základ tvoří nemocniční informační

system IKIS a systém DOCTIS. V rámci elektronizace zdravotnické dokumentace digitalizujeme zobrazovací metody, včetně možnosti vzdáleného popisu snímků. Podobně digitalizujeme i laboratorní nálezy – například v oblasti patologie, kde se využívá skenování vzorků a jejich následný popis na dálku.

Tazatel: Jaká je dle vašeho názoru digitální připravenost různých profesních a věkových skupin?

Respondentka: Digitální připravenost se liší podle věku i profese. Mladší generace má větší schopnost přizpůsobit se novým systémům, protože jsou v digitálním prostředí více doma. Starší generace často preferuje klasické papírové metody. Na druhou stranu, v krizových situacích, jako jsou výpadky systému, se projevuje jejich zkušenost s tím, jak pracovat i bez technologií. U mladších kolegů už často nehraje roli dosažené vzdělání – úroveň digitálních dovedností se velmi srovnává napříč profesemi.

Tazatel: Sledujete při zavádění technologií rozdíly v adaptaci mezi generacemi?

Respondentka: Ano, ty rozdíly opravdu vnímáme. Mladší generace se většinou adaptuje rychleji, mají k technologiím blíže. Často s nimi vyrostli, takže jim přechod na nový systém nebo nástroj nedělá takové potíže. U starších zaměstnanců je ten proces většinou pomalejší – ale není to pravidlem, existují i výjimky. Obecně však platí, že mladší kolegové si nové technologie osvojují snáze.

Tazatel: Jaké jsou nejčastější bariéry v adaptaci zaměstnanců na technologie?

Respondentka: Nejčastější překážkou je asi pomalejší tempo učení – hlavně u těch, kteří nejsou zvyklí pracovat s elektronickými systémy. Někdy to není ani o tom, že by nechtěli, ale prostě jim to trvá déle, potřebují více času na zažití nového systému. A pokud s ním denně nepracují, je těžší si znalosti udržet. U některých starších zaměstnanců může hrát roli i obava z chyb, nebo strach, že „něco pokazí“, a tak raději zůstávají u osvědčených metod.

Tazatel: Jak se změnila administrativa a personální procesy v souvislosti s digitalizací?

Respondentka: Digitalizace se postupně dotýká i oblastí mimo přímou zdravotní péči. Například máme aplikaci na benefity, přes kterou si zaměstnanci mohou objednávat obědy, máme elektronické výplatní pásky a podobně. V administrativě se čím dál více využívají digitální nástroje – například výkazy práce se vedou v Excelu. V personální oblasti jsme začali zavádět digitální procesy přes portál VEMA, kde se vyplňují plánované pracovní fondy (PPF) nebo vede evidence pracovnělékařských prohlídek.

Tazatel: Vnímáte, že změny mají dopad na pracovní zatížení zaměstnanců?

Respondentka: Ano, určitě. Ty změny se na zatížení projevují – ať už tím, že se zaměstnanci musí učit nové systémy, nebo tím, že se některé činnosti přesouvají přímo na ně.

Tazatel: Setkáváte se s obavami nebo odporem k technologiím, zejména u starších pracovníků?

Respondentka: Myslím si, že do jisté míry ano, ale přesněji by to mohli posoudit vedoucí pracovníci z provozu. Oni jsou s tím v každodenním kontaktu a mají lepší přehled o tom, jak to jejich lidé zvládají nebo co je trápí.

Tazatel: Jaké formy školení a podpory při zavádění technologií organizace využívá?

Respondentka: Při nástupu nového zaměstnance probíhá prezenční školení. Dále máme průběžná povinná online školení, která se opakují. Postupně také zavádíme evidenci přes vnitřní informační systém, což s sebou nese i doprovodná školení.

Tazatel: Jsou tato školení přizpůsobena různým věkovým skupinám?

Respondentka: To záleží na rozhodnutí konkrétního vedoucího. Není to jednotně nastavené, ale pokud vedoucí vidí, že je to potřeba, může školení přizpůsobit.

Tazatel: Vnímáte potřebu uplatnit age management jako nástroj podpory při digitalizaci?

Respondentka: Ano, určitě vnímáme, že by mohl být přínosný.

Tazatel: Jaké konkrétní kroky by podle vás mohly přispět ke zlepšení adaptace starších zaměstnanců?

Respondentka: Určitě školení, která by byla více přizpůsobena různým věkovým kategoriím a jejich úrovni znalostí práce s elektronickými systémy. Pomáhá také, když je možnost školení zopakovat, a hlavně když mají zaměstnanci dostatek času na zaškolení ještě před samotným zavedením nového systému do praxe.

Tazatel: Kdo školení provádí?

Respondentka: Školení vedou jak odborníci z IT oddělení, tak i zkušení zdravotníci z praxe, kteří s daným systémem již pracují.

Tazatel: Jaká forma školení se vám nejvíce osvědčila?

Respondentka: Určitě prezenční. Je důležité, aby si účastníci mohli vše rovnou vyzkoušet – ideálně v demo verzi systému, kde si „nanečisto“ projdou jednotlivé kroky.

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Veronika Škodová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na Fakultě managementu a ekonomiky. Tímto bych vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku k mé diplomové práci "Role age managementu při zvládání digitalizace ve zdravotnictví ve vybrané zdravotnické organizaci"

Cílem je zjistit, jak zdravotnický personál vnímá proces digitalizace a jaké jsou jeho zkušenosti s adaptací na nové technologie a propojení age managementu. Výsledky pomohou identifikovat možné překážky a navrhnout opatření ke zlepšení pracovních podmínek a podpory v rámci digitalizace.

Dotazník je anonymní a slouží výhradně pro účely akademického výzkumu. Vyplnění zabere přibližně 5 minut. Odpovědi vybírejte pomocí označení jedné možnosti u dané otázky, případně více možností, pokud je to uvedeno. Pokud je potřeba, vepisujte vlastní odpověď tam, kde je uvedeno „jiné, uveďte“. Děkuji vám za váš čas a ochotu podělit se o své zkušenosti!

1. Jste žena nebo muž?

- a) žena
- b) muž

2. Do které věkové skupiny patříte?

- a) Do 30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51–60 let
- e) Nad 60 let

3. Jaká je vaše pracovní pozice?

- a) Lékařský personál (lékař, zubní lékař)
- b) Ošetrovatelský personál (všeobecná sestra, praktická sestra, zdravotnický asistent)

- c) Diagnosticko-technický personál (radiologický asistent, zdravotní laborant, biomedicínský technik)
- d) Rehabilitační a terapeutický personál (fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut)

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné vzdělání s maturitou (např. zdravotnická škola)
- b) Vyšší odborné vzdělání (např. diplomovaný specialista – DiS.)
- c) Vysokoškolské bakalářské vzdělání (Bc.)
- d) Vysokoškolské magisterské vzdělání (Mgr., Ing., MUDr., PharmDr.)
- e) Vysokoškolské doktorské vzdělání (Ph.D.)

5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) Méně než 5 let
- b) 5–10 let
- c) 11–20 let
- d) Více než 20 let

6. Kde převážně pracujete?

- a) Lůžkové oddělení
- b) Ambulance
- c) Operační sály
- d) Oddělení centrální sterilizace
- e) Diagnostická pracoviště (RTG, laboratoře, apod.)
- f) Jiné

7. Jaké digitální nástroje pravidelně používáte ve své práci? (možno vybrat více odpovědí)

- a) Nemocniční informační systém (NIS)
- b) Komunikace přes nemocniční chat nebo interní e-mail
- c) Online objednávkový systém pro pacienty

- d) Vzdělávací online platformy nebo e-learning
- e) Elektronická evidence zdravotnických prostředků (např. UDI)
- f) Diagnostické digitální nástroje (např. AI asistence v RTG, ultrazvuk)
- g) Telemedicína (např. online konzultace)
- h) Jiné

8. Jak často pracujete s digitálními technologiemi (tj. softwarem, aplikacemi, elektronickou dokumentací, nemocničními systémy) ve své práci?

- a) Denně
- b) Několikrát týdně
- c) Jen občas
- d) Prakticky nikdy

9. Jak hodnotíte uživatelskou přívětivost těchto digitálních nástrojů?

- a) Velmi intuitivní a snadné
- b) Přehledné, ale s občasnými problémy
- c) Velmi komplikované

10. Jak digitalizace ovlivnila vaši pracovní zátěž?

- a) Výrazně ji usnadnila
- b) Spíše ji usnadnila
- c) Nemá významný vliv
- d) Spíše ji zvýšila
- e) Výrazně ji zvýšila

11. Jaká je úroveň podpory ze strany zaměstnavatele při adaptaci na nové digitální nástroje?

- a) Velmi dobrá – pravidelná školení a podpora
- b) Spíše dobrá – občasná školení
- c) Nedostatečná – školení jsou zřídka nebo chybí
- d) Žádná podpora

- e) Nevím, nikdy jsem žádnou podporu nevyužil/a

12. Jak hodnotíte svůj vlastní přístup k novým technologiím?

- a) Aktivně se zajímám a rád/a se učím nové věci
- b) Snažím se přizpůsobit, ale občas je to náročné
- c) Používám je, když musím, ale nejsem si jistý/á
- d) Preferuji tradiční způsoby práce a nové technologie mi nevyhovují

13. Vnímáte rozdíly v adaptaci na digitalizaci mezi různými věkovými skupinami?

- a) Ano, mladší kolegové zvládají digitalizaci lépe
- b) Ano, ale záleží spíše na individuálním přístupu než na věku
- c) Ne, digitalizace je stejně náročná pro všechny
- d) Nevím / nevnímám rozdíly

14. Jaké hlavní bariéry při adaptaci na digitalizaci vnímáte? (možno vybrat více odpovědí)

- a) Nedostatečné školení
- b) Nedostatek času na učení nových systémů
- c) Složitost digitálních nástrojů
- d) Neochota starších kolegů přizpůsobit se novým technologiím
- e) Technická podpora není dostatečná
- f) Nedostatek hardwarového vybavení - PC, Tablety,...
- g) Jiné

15. Jaká forma školení by vám nejvíce pomohla při osvojování digitálních nástrojů?

- a) Praktické workshopy
- b) Online kurzy
- c) Individuální školení s mentorem
- d) Manuály a písemné návody
- e) Žádná další školení nepotřebuji

f) Jiné

16. Jak by podle vás mohl zaměstnavatel zlepšit podporu zaměstnanců při adaptaci na digitální technologie?

- a) Více školení a praktických tréninků
- b) Individuální přístup ke zaměstnancům
- c) Lepší technická podpora
- d) Zjednodušení používaných digitálních nástrojů
- e) Jiné

17. Popište prosím konkrétní situace nebo problémy, které vás osobně nejvíce omezují při zvládnání nebo používání digitálních technologií na vašem pracovišti.

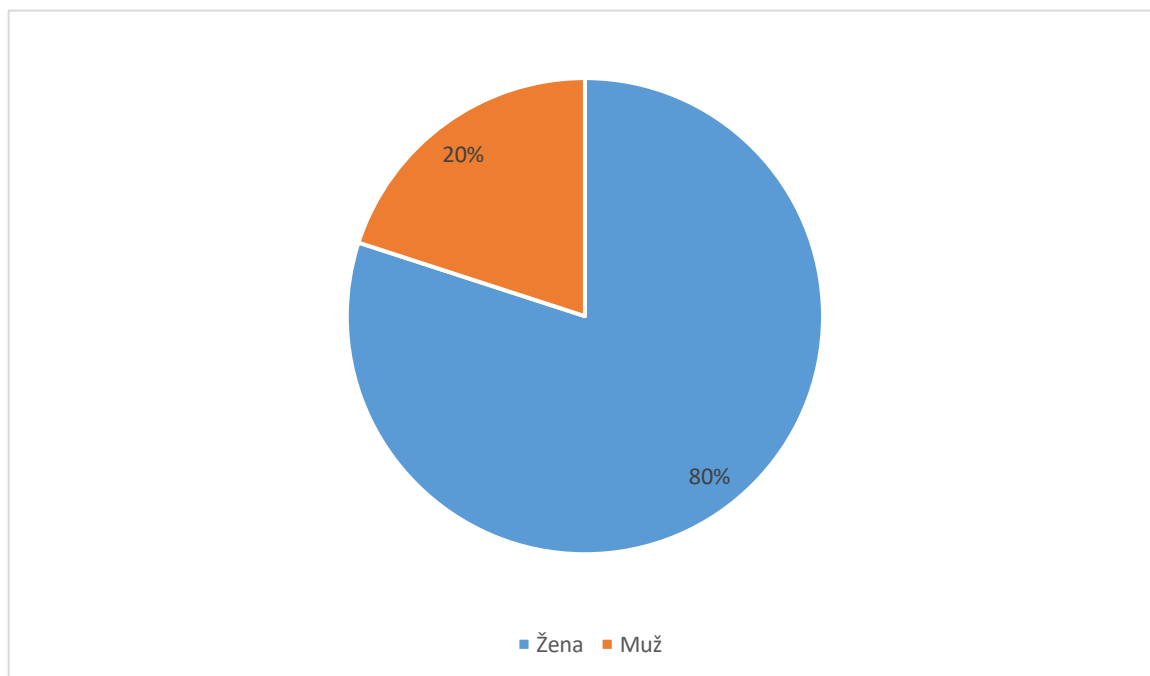
18. Zaškrtnutím níže uvedeného pole potvrzují, že jsem byl/a informován/a o účelu zpracování údajů v rámci diplomové práce a souhlasím se zpracováním poskytnutých údajů pro výzkumné účely této práce. Beru na vědomí, že účast v šetření je dobrovolná a data budou zpracována anonymně.

☐ Souhlasím se zpracováním údajů pro účely diplomové práce.

Autor dotazníku: Bc. Veronika Škodová, MBA, UTB ve Zlíně, Fakulta managementu a ekonomiky

PŘÍLOHA P IV: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

1. Jste žena nebo muž?

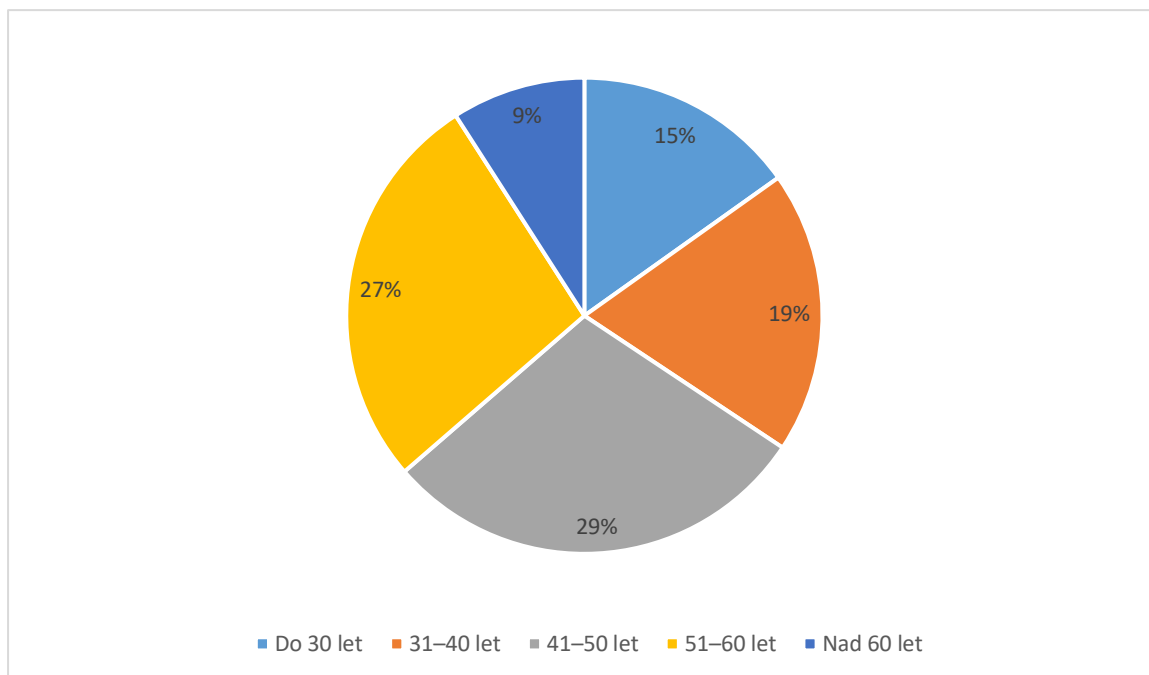


Graf 1 Pohlaví respondentů, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejpočetněji zastoupenou skupinou byly ženy, které tvořily 94 osob (79,7 %), zatímco mužů bylo 24 (20,3 %). Tento poměr odpovídá obecné feminizaci zdravotnických profesí, zejména v oblasti ošetrovatelství.

2. Do které věkové skupiny patříte?

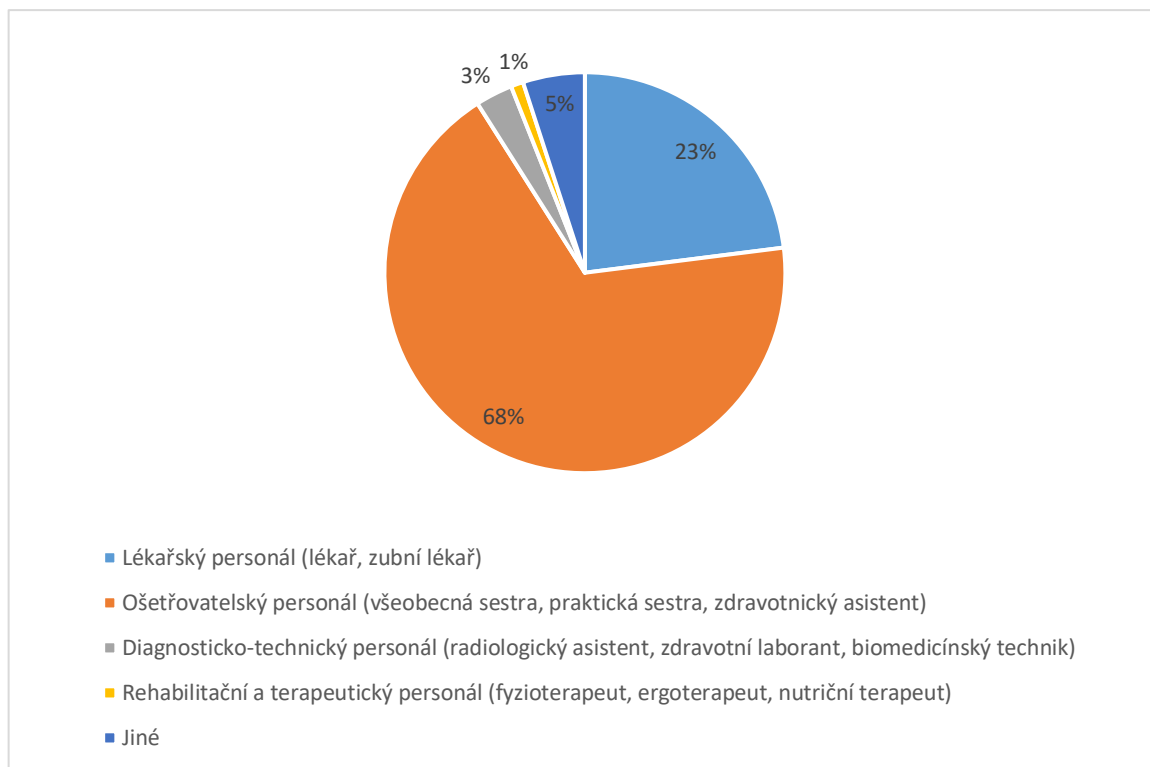


Graf 2 Věk respondentů, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou mezi respondenty byla kategorie 41–50 let, do které spadá 34 osob, což představuje 28,8 % z celkového počtu. Těsně za ní následuje skupina 51–60 let s 32 respondenty, což odpovídá 27,1 %. Věkovou skupinu 31–40 let uvedlo 23 respondentů, tedy 19,5 %, a do 30 let spadá 18 osob, což představuje 15,3 %. Nejmenší zastoupení má věková skupina nad 60 let, kterou označilo 11 respondentů, tedy 9,3 %.

3. Jaká je vaše pracovní pozice?

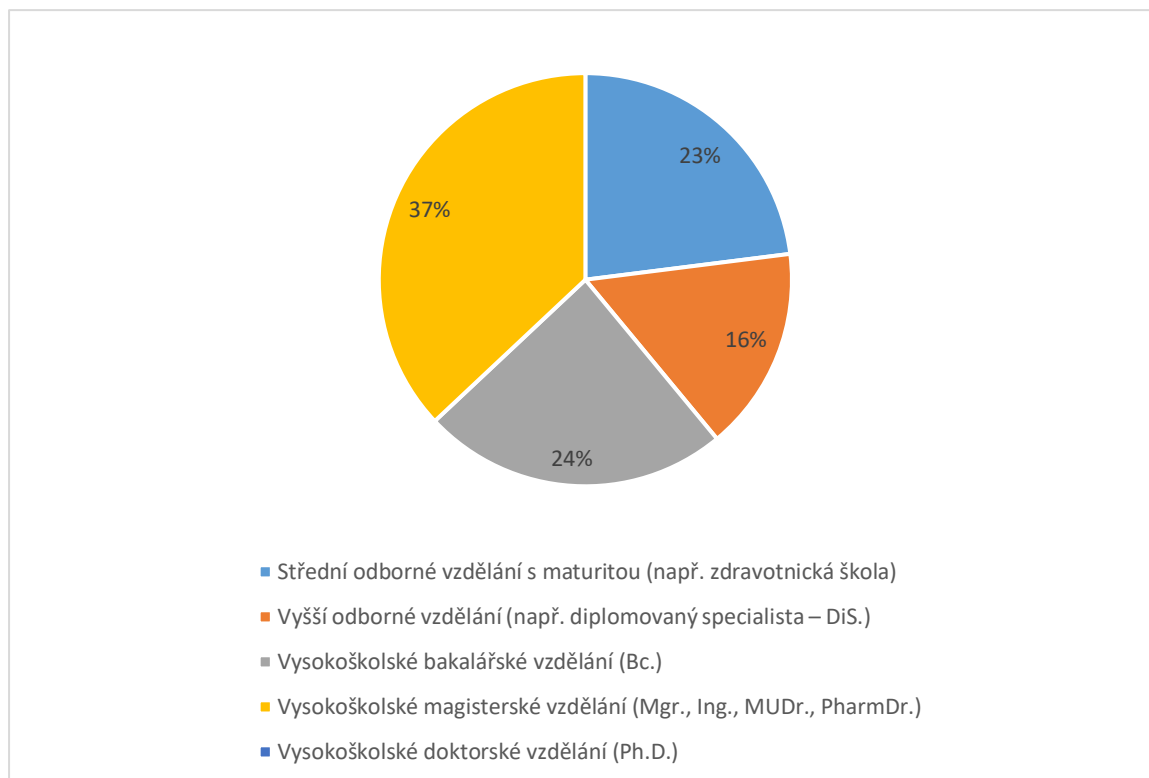


Graf 3 Pracovní pozice respondentů, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Největší zastoupení mezi respondenty má ošetrovatelský personál (všeobecná sestra, praktická sestra, zdravotnický asistent), který tvoří 67,8 % dotázaných, což představuje 80 osob. Druhou nejpočetnější skupinou je lékařský personál (lékař, zubní lékař), který označilo 27 respondentů, tedy 22,9 % z celkového souboru. Diagnosticko-technický personál (radiologický asistent, zdravotní laborant, biomedicínský technik) uvedli 4 respondenti, což odpovídá 3,4 %. Mezi méně zastoupené kategorie patří: THP (technickohospodářský pracovník) – 2 osoby, tedy 1,7 %, rehabilitační a terapeutický personál (fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut) – 1 osoba, tedy 0,8 %, dále staniční sestra, vrchní sestra, ústavní hygienik a administrativní pracovník – každá z těchto profesních pozic byla zastoupena 1 respondentem (tedy vždy 0,8 %).

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

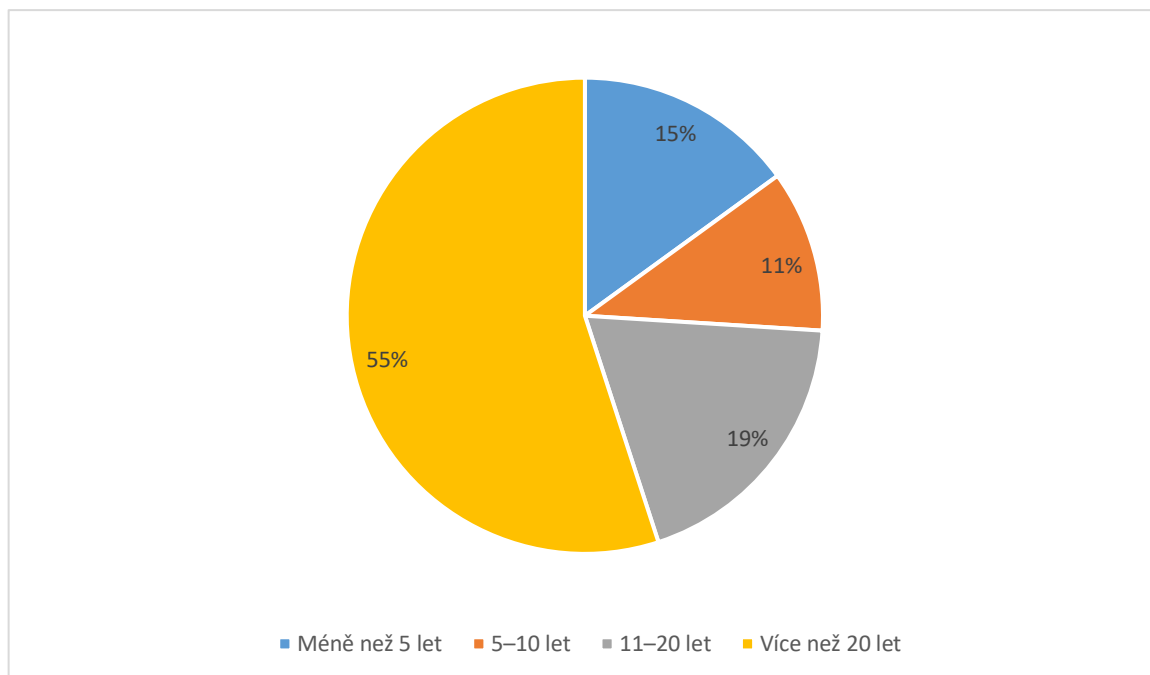


Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejčastěji zastoupeným stupněm vzdělání mezi respondenty je vysokoškolské magisterské vzdělání (např. Mgr., Ing., MUDr., PharmDr.), které uvedlo 45 osob, což představuje 37,2 % z celkového počtu respondentů. Na druhém místě se umístilo vysokoškolské bakalářské vzdělání (Bc.), které má 29 respondentů, tedy 24,0 %. Třetí nejčastější odpovědí bylo střední odborné vzdělání s maturitou (např. zdravotnická škola), které označilo 28 respondentů, což odpovídá 23,1 %. Vyšší odborné vzdělání (např. diplomovaný specialista – DiS.) uvedlo 19 respondentů, tedy 15,7 %. Vysokoškolské doktorské vzdělání (Ph.D.) nebylo mezi respondenty zastoupeno vůbec, tedy 0 %.

5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

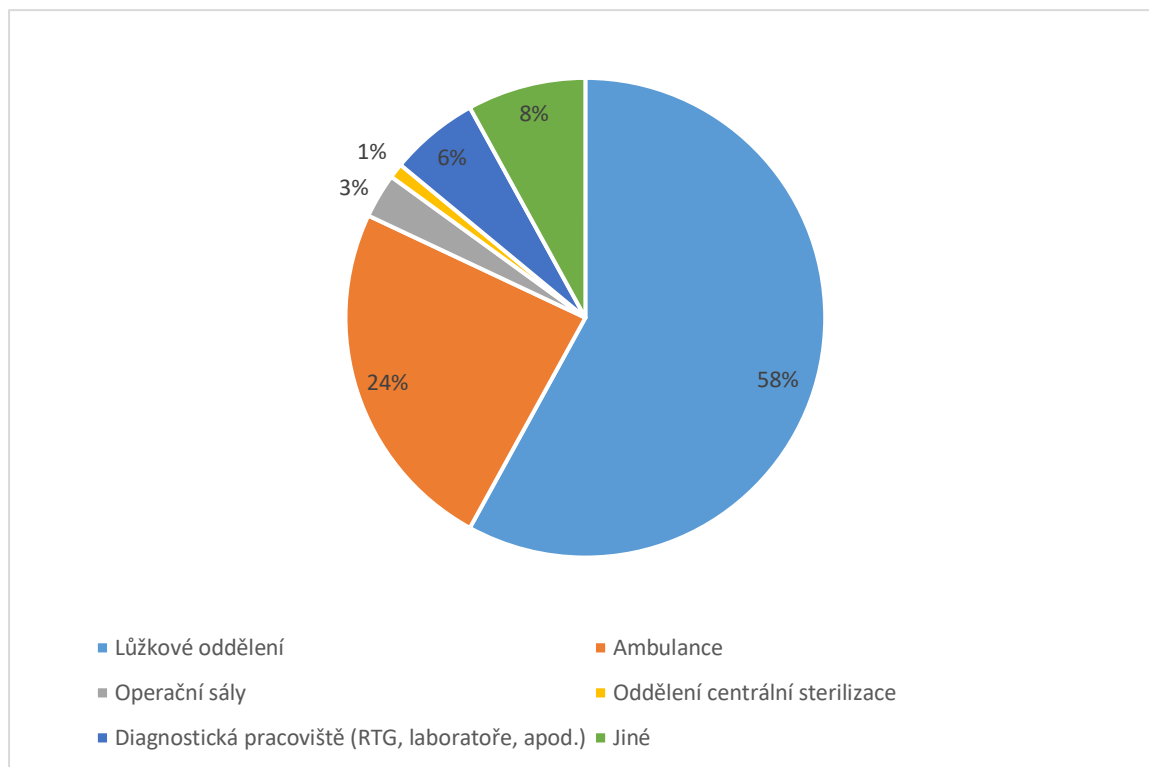


Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví

(zdroj: vlastní)

Největší podíl respondentů, konkrétně 65 osob, uvedl, že ve zdravotnictví pracuje více než 20 let, což představuje 55,6 % z celkového počtu. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří respondenti s praxí 11–20 let, kterých bylo 22, tedy 18,8 %. Zkušenost v délce méně než 5 let uvedlo 18 respondentů, což odpovídá 15,4 %, a 13 osob uvedlo, že ve zdravotnictví pracují 5–10 let, což představuje 11,1 %.

6. Kde převážně pracujete?

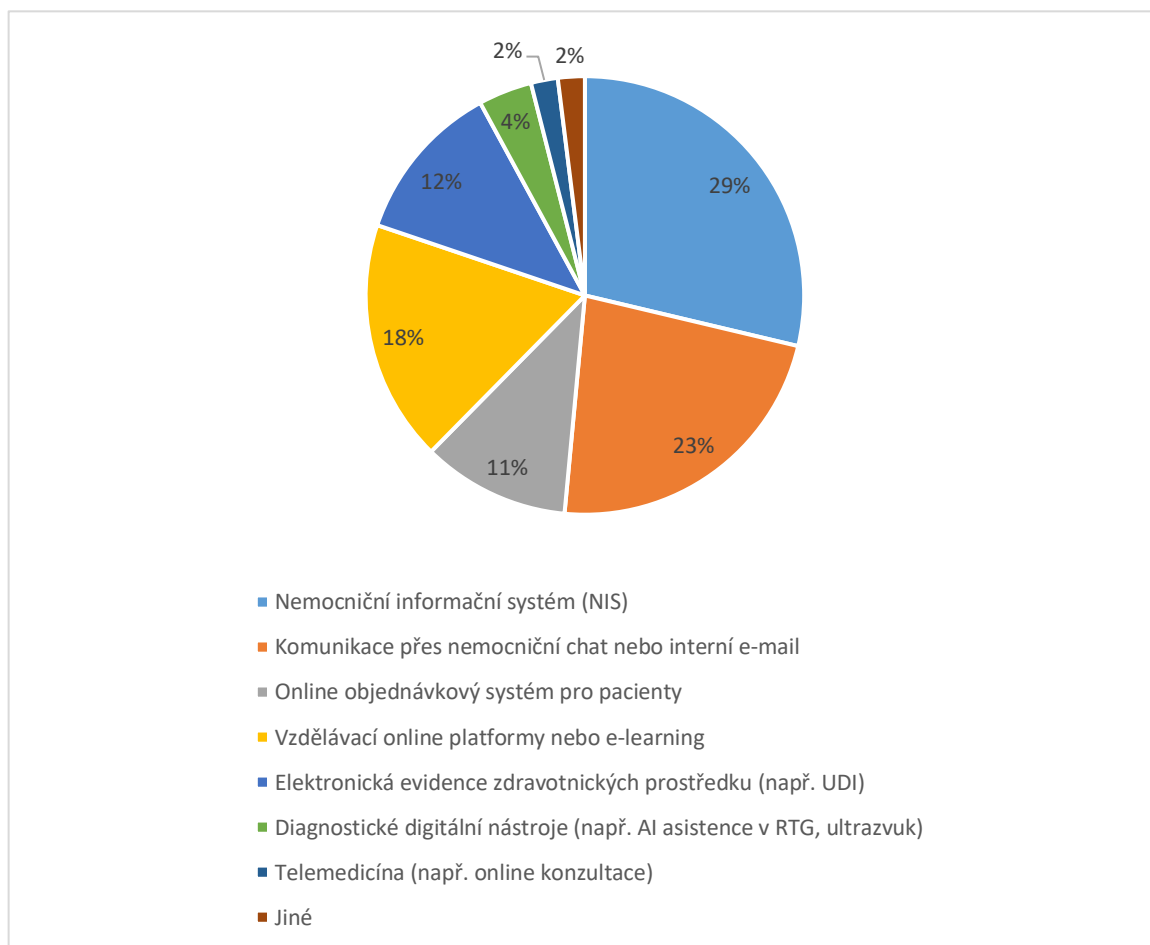


Graf 6 Pracovní prostředí respondentů, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Největší podíl respondentů uvedl, že pracují na lůžkovém oddělení. Tuto možnost označilo 69 osob, což představuje 58,5 % ze všech odpovědí. Na ambulantních pracovištích pracuje 28 respondentů, tedy 23,7 %. Diagnostická pracoviště (např. RTG, laboratoře) uvedlo 7 osob, což odpovídá 5,9 %, a operační sály byly zastoupeny 4 respondenty, tedy 3,4 %. Možnost oddělení centrální sterilizace uvedl 1 respondent, což je 0,8 %. Stejný podíl (0,8 %) představují i další individuálně zadané odpovědi v kategorii „jiné“, jako např. administrativa, ředitelství–management, ARO/JIP, útvar ekonomického ředitele, nebo vrchní sestra.

7. Jaké digitální nástroje pravidelně používáte ve své práci? (možno vybrat více odpovědí)

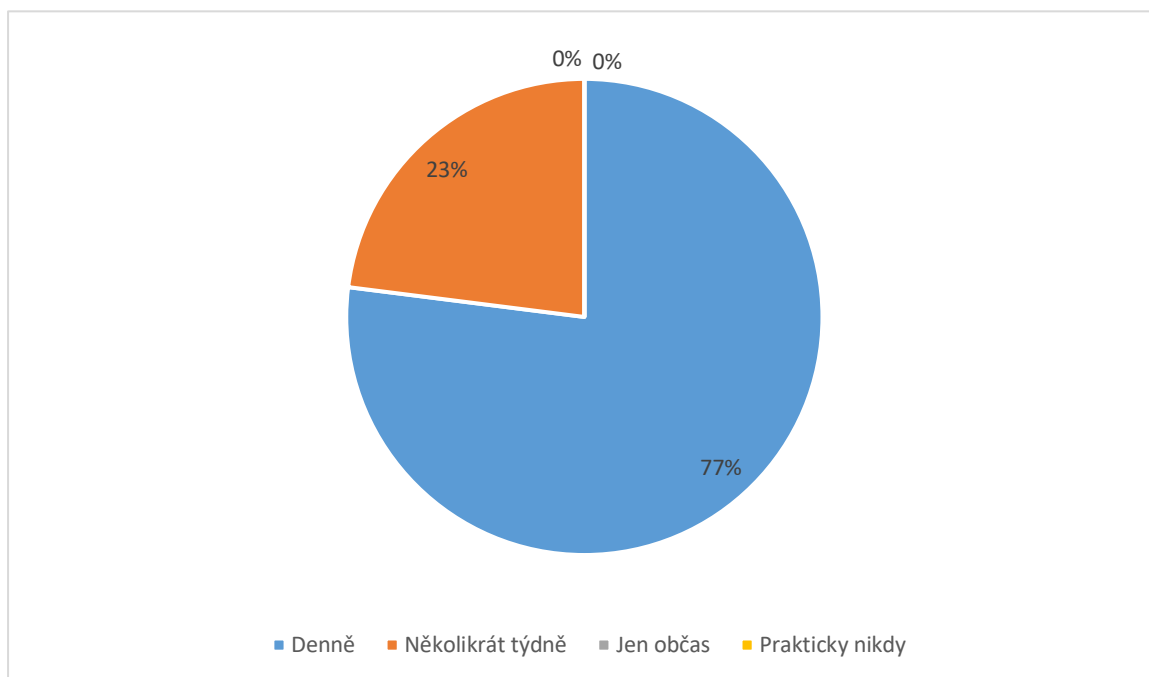


Graf 7 Používané digitální nástroje

(zdroj: vlastní)

Nejčastěji využívaným digitálním nástrojem je nemocniční informační systém (NIS), který označilo 115 respondentů, což představuje 97,5 % všech odpovědí. Druhou nejčastější odpovědí byla komunikace přes nemocniční chat nebo interní e-mail, kterou uvedlo 91 respondentů, tedy 77,1 %. Vzdělávací online platformy nebo e-learning využívá 70 osob, což odpovídá 59,3 %, a elektronickou evidenci zdravotnických prostředků (např. UDI) uvedlo 48 respondentů, tedy 40,7 %. Online objednávkový systém pro pacienty označilo 44 respondentů, tedy 37,3 %. Diagnostické digitální nástroje jako např. umělá inteligence v radiologii používá 14 osob, což je 11,9 %, a telemedicínu (např. online konzultace) uvedlo 8 respondentů, tedy 6,8 %. Možnost jiné označilo 6 respondentů, což odpovídá 5,1 %.

8. Jak často pracujete s digitálními technologiemi (tj. softwarem, aplikacemi, elektronickou dokumentací, nemocničními systémy) ve své práci?

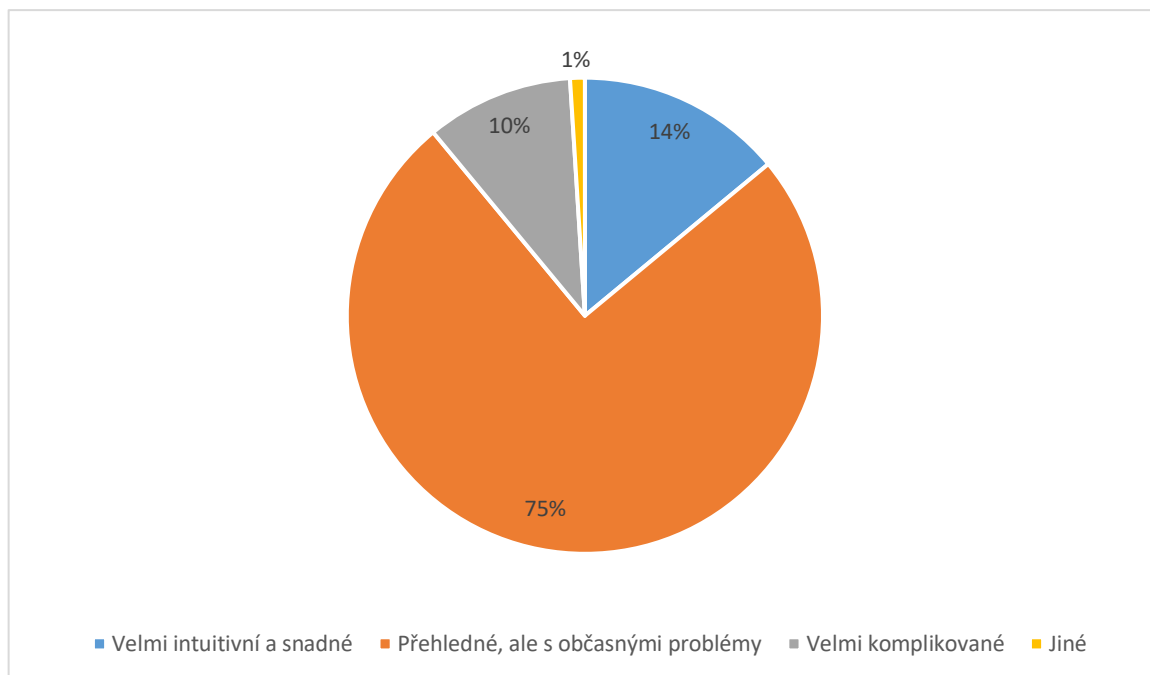


Graf 8 Četnost použití digitálních nástrojů

(zdroj: vlastní)

Většina respondentů, konkrétně 91 osob, uvedla, že s digitálními technologiemi pracuje denně, což představuje 77,1 % ze všech odpovědí. Dalších 27 respondentů uvedlo, že je využívají několikrát týdně, což odpovídá 22,9 %. Možnosti „jen občas“ a „prakticky nikdy“ nezvolil žádný z respondentů, tedy 0 %.

9. Jak hodnotíte uživatelskou přívětivost těchto digitálních nástrojů?

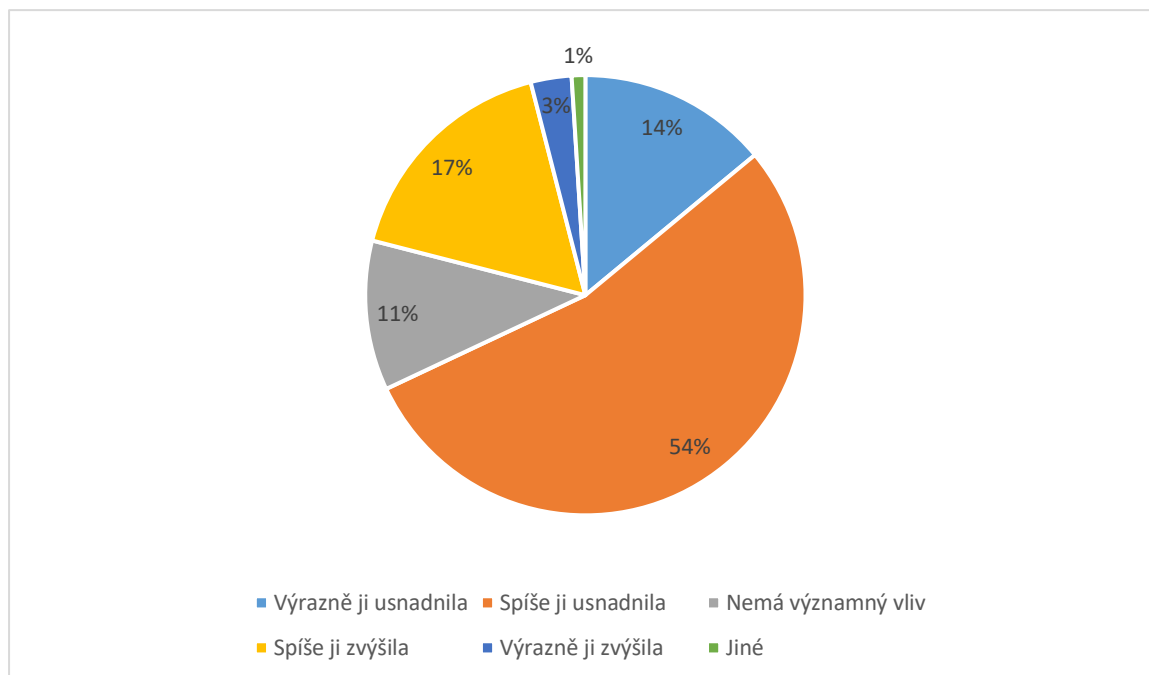


Graf 9 Uživatelská přívětivost digitálních nástrojů

(zdroj: vlastní)

Nejčastější odpovědí na otázku týkající se uživatelské přívětivosti digitálních nástrojů bylo, že jsou přehledné, ale s občasnými problémy. Tuto možnost zvolilo 88 respondentů, což představuje 74,6 % všech odpovědí. Jako velmi intuitivní a snadné označilo digitální nástroje 17 osob, tedy 14,4 %. Možnost velmi komplikované uvedlo 12 respondentů, což odpovídá 10,2 %. Možnost jiné zvolila 1 osoba, tedy 0,8 %.

10. Jak digitalizace ovlivnila vaši pracovní zátěž?

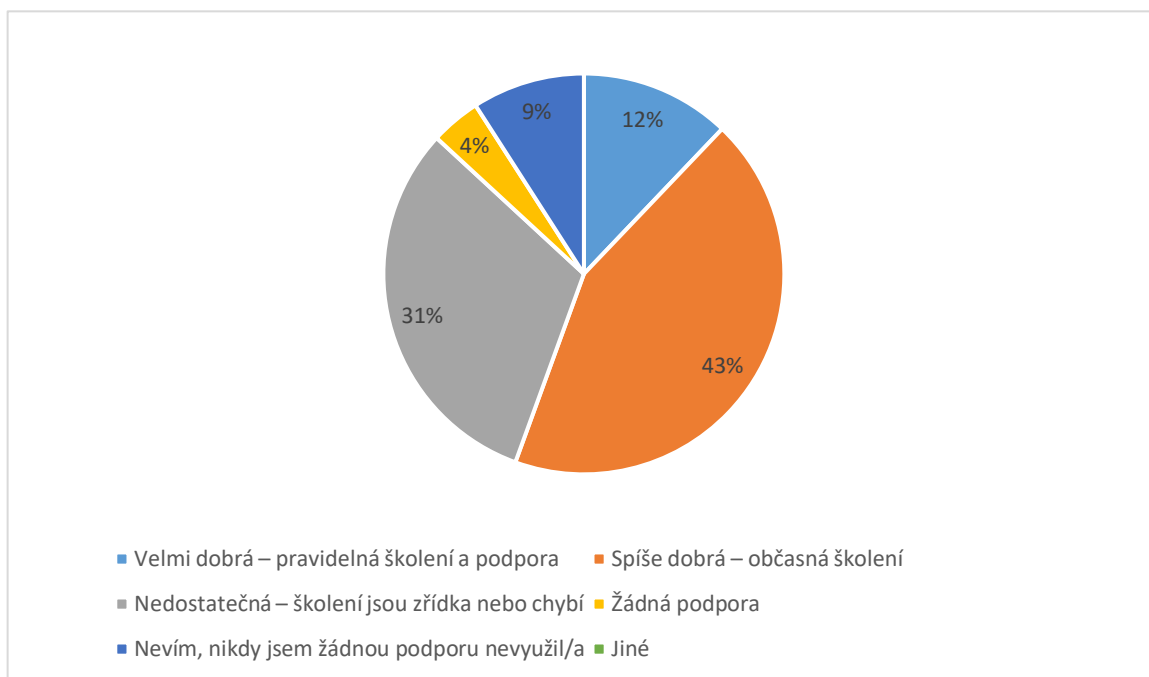


Graf 10 Pracovní zátěž ovlivněná digitalizací

(zdroj: vlastní)

Většina respondentů vnímá dopad digitalizace na pracovní zátěž pozitivně. Možnost „spíše ji usnadnila“ zvolilo 64 osob, což představuje 54,2 % všech odpovědí. Dalších 16 respondentů uvedlo, že digitalizace jejich práci výrazně usnadnila, což odpovídá 13,6 %. Naopak zvýšení pracovní zátěže v důsledku digitalizace vnímá 20 respondentů jako spíše zvýšenou (16,9 %) a 4 osoby jako výrazně zvýšenou, tedy 3,4 %. Možnost „nemá významný vliv“ označilo 13 respondentů, což činí 11,0 %, a 1 osoba uvedla odpověď jiné (0,8 %).

11. Jaká je úroveň podpory ze strany zaměstnavatele při adaptaci na nové digitální nástroje?

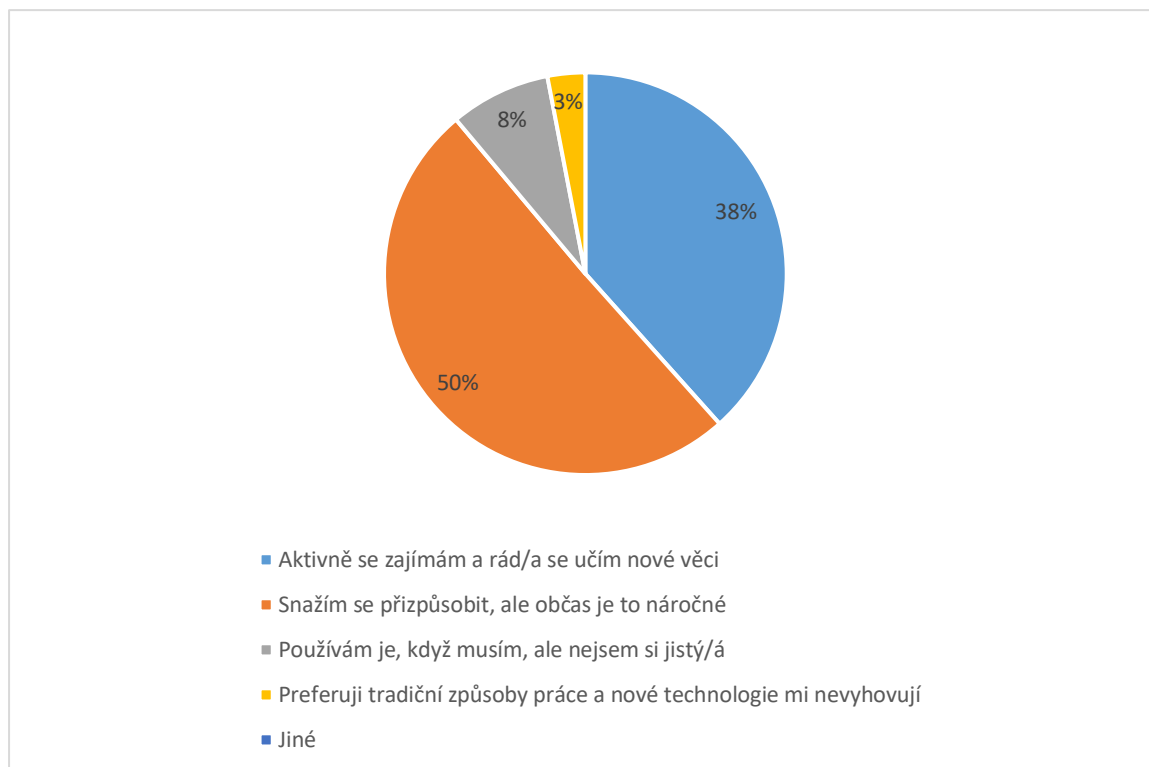


Graf 11 Úroveň podpory při adaptaci na digitální technologie ze strany zaměstnavatele

(zdroj: vlastní)

Nejčastější odpovědí na otázku týkající se úrovně podpory při adaptaci na digitální nástroje bylo, že je spíše dobrá – občasná školení, kterou označilo 51 respondentů, což představuje 43,2 % všech odpovědí. Jako nedostatečnou hodnotilo podporu ze strany zaměstnavatele 37 osob, tedy 31,4 %, a velmi dobrou – s pravidelným školením a podporou uvedlo 14 respondentů, což činí 11,9 %. Možnost žádná podpora zvolilo 5 osob, tedy 4,2 %, a 11 respondentů uvedlo, že nevědí, nebo nikdy žádnou podporu nevyužili, což odpovídá 9,3 %.

12. Jak hodnotíte svůj vlastní přístup k novým technologiím?

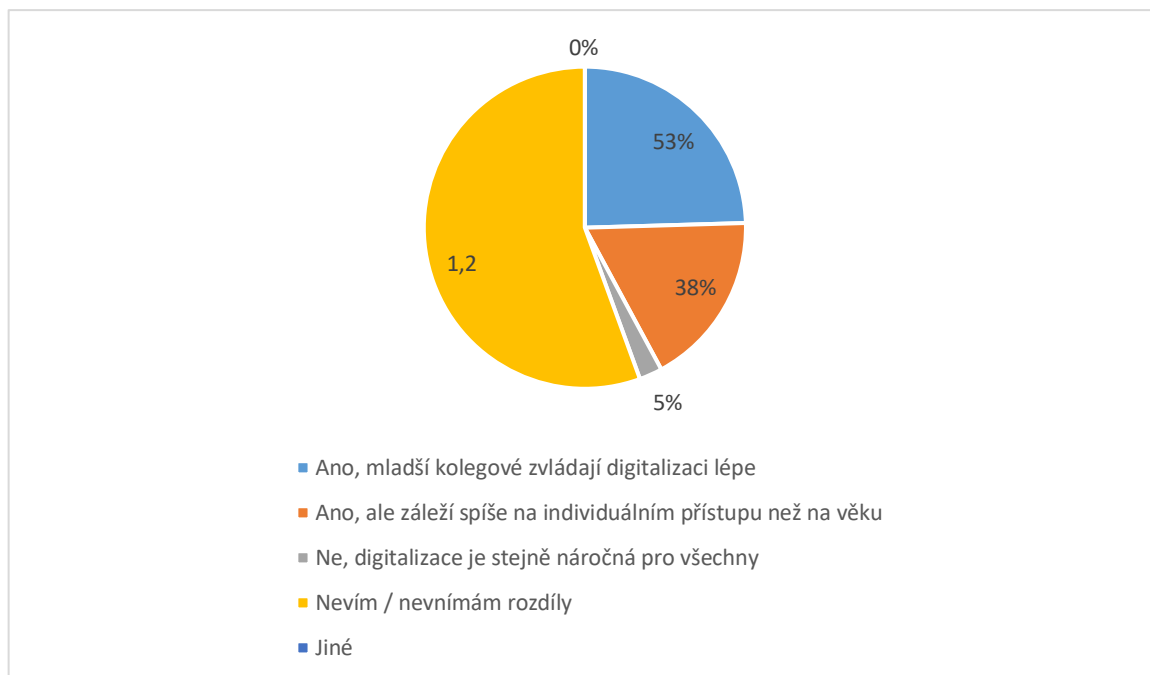


Graf 12 Vlastní přístup k novým technologiím, vlastní zpracován

(zdroj: vlastní)

Nejvíce respondentů, konkrétně 59 osob, uvedlo, že se snaží přizpůsobit, ale občas je to náročné, což představuje 50,0 % všech odpovědí. Možnost „aktivně se zajímám a rád/a se učím nové věci“ označilo 45 respondentů, tedy 38,1 %, což naznačuje značnou ochotu části zaměstnanců rozvíjet své digitální kompetence. Dalších 10 osob uvedlo, že používají technologie, když musí, ale nejsou si jisti, což odpovídá 8,5 %. Možnost „preferuji tradiční způsoby práce a nové technologie mi nevyhovují“ označili 4 respondenti, tedy 3,4 %.

13. Vnímáte rozdíly v adaptaci na digitalizaci mezi různými věkovými skupinami?

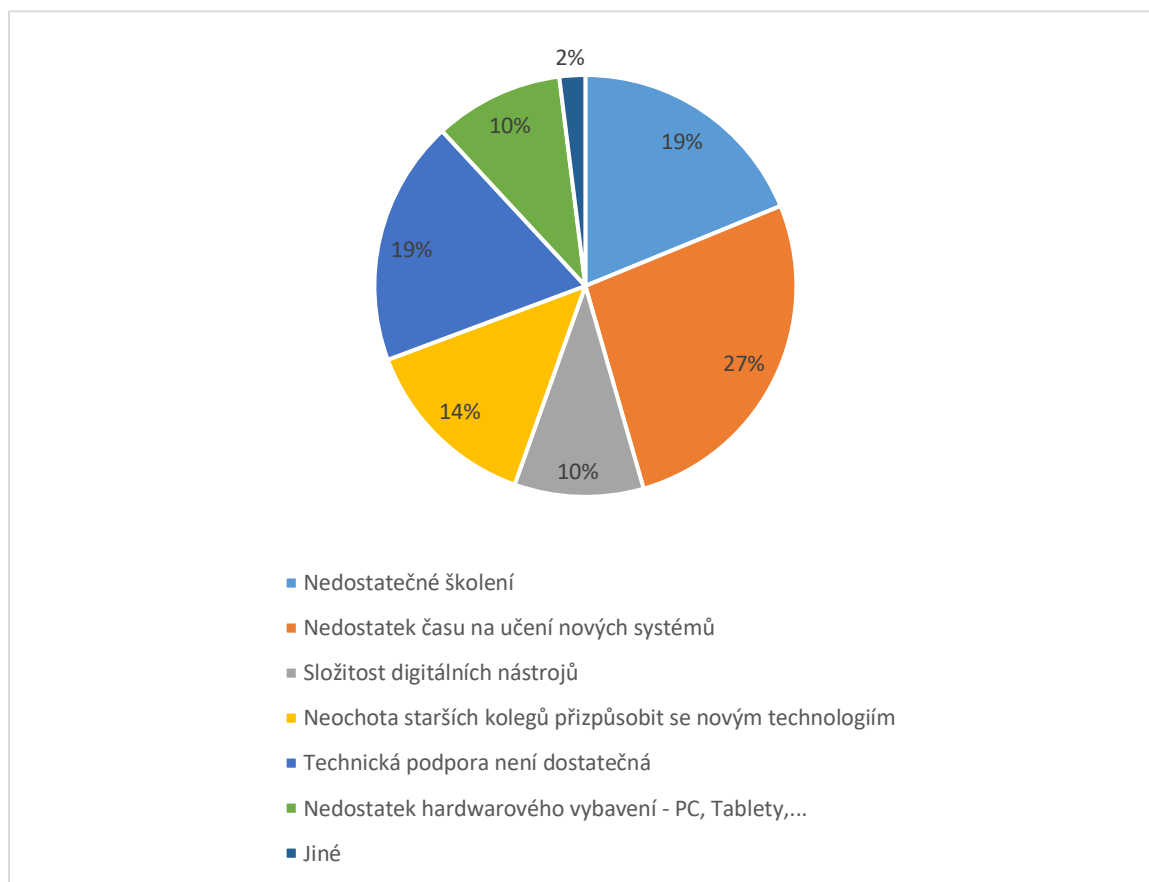


Graf 13 Rozdíl v adaptaci na digitální technologie mezi různými věkovými kategoriemi, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejvíce respondentů, konkrétně 62 osob, uvedlo, že mladší kolegové zvládají digitalizaci lépe, což představuje 52,5 % všech odpovědí. Dalších 45 respondentů se domnívá, že rozdíly existují, ale jsou dány spíše individuálním přístupem než věkem, což odpovídá 38,1 %. Pouze 6 osob uvedlo, že digitalizace je stejně náročná pro všechny, tedy 5,1 %, a 5 respondentů uvedlo, že rozdíly nevnímá, což představuje 4,2 %.

14. Jaké hlavní bariéry při adaptaci na digitalizaci vnímáte? (možno vybrat více odpovědí)

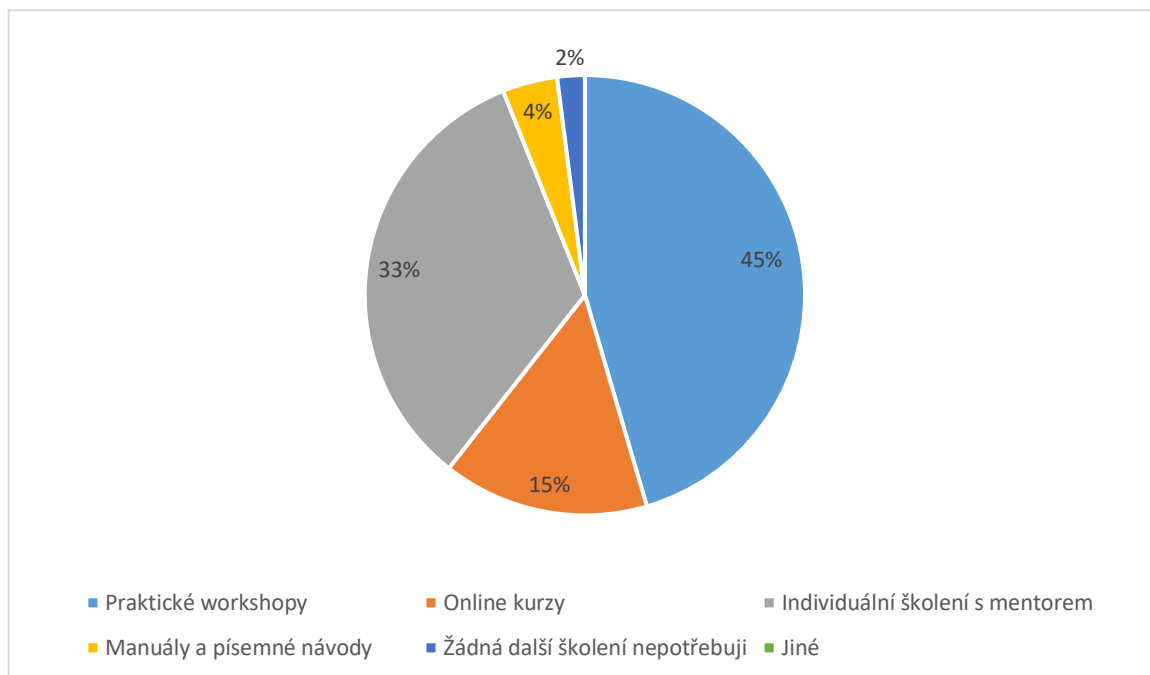


Graf 14 Bariéry při adaptaci na digitální technologie, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejčastější bariérou při adaptaci na digitalizaci byl nedostatek času na učení nových systémů, který označilo 79 respondentů, což představuje 66,9 % všech odpovědí. Shodně 55 respondentů (tedy 46,6 %) uvedlo jako problém nedostatečné školení a stejný počet také označil nedostatečnou technickou podporu. Neochotu starších kolegů přizpůsobit se novým technologiím vnímá jako překážku 41 osob, což odpovídá 34,7 %. Složitost digitálních nástrojů uvedlo 30 respondentů (25,4 %) a nedostatek hardwarového vybavení (např. počítače, tablety) označilo 29 osob, tedy 24,6 %. Možnost jiné zvolilo 5 respondentů, což představuje 4,2 %, přičemž však žádný z nich neuvedl konkrétní doplňující text.

15. Jaká forma školení by vám nejvíce pomohla při osvojování digitálních nástrojů?

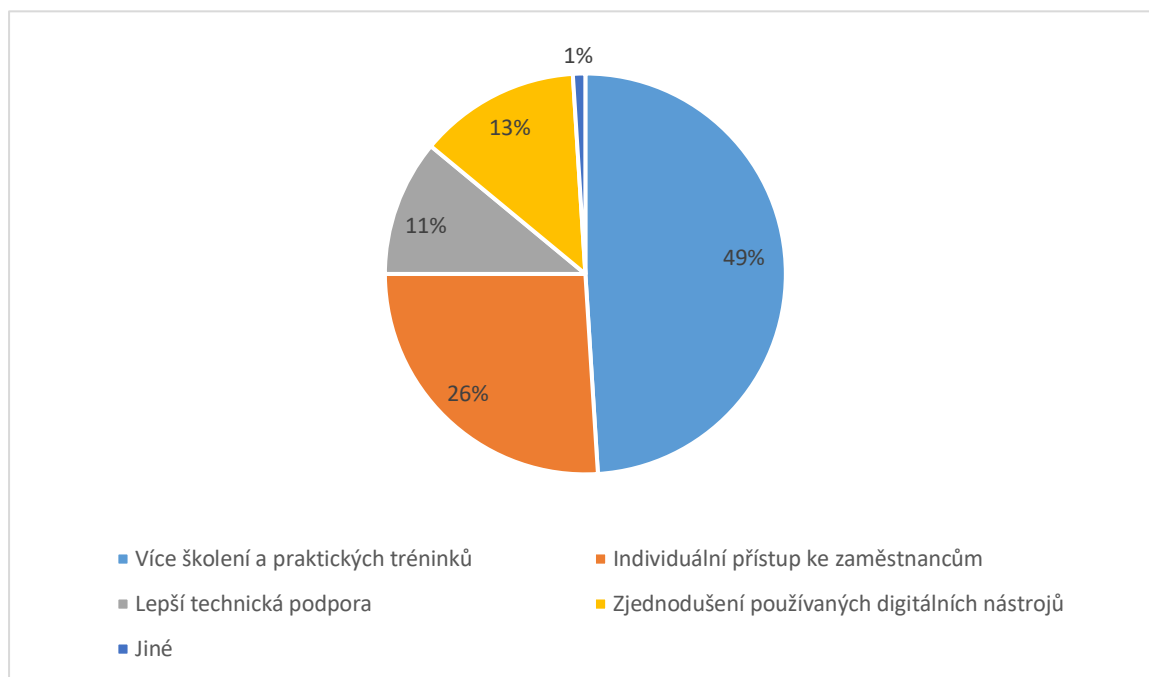


Graf 15 Forma školení při adaptaci na digitální technologie, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejčastěji preferovanou formou podpory při osvojování digitálních nástrojů jsou praktické workshopy, které označilo 53 respondentů, což představuje 44,9 % všech odpovědí. Individuální školení s mentorem by nejvíce vyhovovalo 39 respondentům, tedy 33,1 %, a online kurzy preferuje 18 osob, což odpovídá 15,3 %. Možnost manuály a písemné návody zvolilo 5 respondentů, tedy 4,2 %, a žádnou další formu školení nepovažují za nutnou 2 osoby, což je 1,7 %. Možnost jiné označil 1 respondent (0,8 %), bez uvedení konkrétní podoby.

16. Jak by podle vás mohl zaměstnavatel zlepšit podporu zaměstnanců při adaptaci na digitální technologie?



Graf 16 Forma podpory zaměstnavatele při adaptaci na nové technologie, vlastní zpracování

(zdroj: vlastní)

Nejčastěji navrhovaným způsobem, jak zlepšit podporu zaměstnanců při adaptaci na digitální technologie, bylo více školení a praktických tréninků, které označilo 58 respondentů, což představuje 49,2 % všech odpovědí. Individuální přístup ke zaměstnancům preferuje 31 osob, tedy 26,3 %, zatímco zjednodušení používaných digitálních nástrojů by uvítalo 15 respondentů, což odpovídá 12,7 %. Možnost lepší technická podpora zvolilo 13 osob, tedy 11,0 %. Možnost jiné uvedl 1 respondent (0,8 %), přičemž nebyla specifikována konkrétní forma podpory.

17. Popište prosím konkrétní situace nebo problémy, které vás osobně nejvíce omezují při zvládání nebo používání digitálních technologií na vašem pracovišti.

Otevřená otázka byla zaměřena na identifikaci konkrétních situací nebo problémů, které respondenty nejvíce omezují při zvládání nebo používání digitálních technologií na jejich pracovišti. Odpovědi byly vyhodnoceny pomocí kategorizace dle obsahu, přičemž jednotlivé příspěvky byly přiřazeny k tematickým oblastem, které se v odpovědích opakovaly. Nejčastěji byly zmiňovány problémy související s pomalostí systému, jeho zasekáváním nebo zdlouhavým načítáním. Významnou oblastí byly rovněž výpadky systému, sítě či připojení, které respondenty omezují v plynulé práci. Opakovaně se objevovala kritika na adresu nefunkčního nebo složitého uživatelského prostředí nemocničních informačních systémů, zejména IKIS či NIS. Respondenti dále uváděli, že mají nedostatek času nebo prostoru k tomu, aby se mohli s novými nástroji dostatečně seznámit, případně se zaškolit. Část odpovědí rovněž poukazovala na nedostatečné školení nebo chybějící technickou podporu, a to především v situacích, kdy je potřeba rychlé řešení technických potíží.

PŘÍLOHA P V: RACI MATICE ODPOVĚDNOSTI

Aktivita/Osobý	Vedení ZZ	Imp. specialista	HR manažerka	Ext. specialista	Ved. zdr. pracovník	Mentor/ka	IT pracovníci	Zdr. Pracovníci
Představení projektu	A	R	C	I	I	I	I	I
Zajištění financí	A	R	C	I	I	I	I	I
Seznámení zaměstnanců	C	R	A	I	C	I	I	I
Analýza dovedností	I	A	R	C	C	I	I	C
Návrh vzdělávacího programu	I	A	C	R	I	I	I	I
Realizace školení klíčových uživatelů	I	A	C	R	I	C	I	I
Zajištění technického zázemí	I	A	I	C	I	I	R	I
Zavedení mentoringu	I	A	C	I	C	R	I	C
Průběžná evaluace	I	A	R	C	C	C	I	C

Aktivita/Osoby	Vedení ZZ	Imp. specialista	HR manažerka	Ext. specialista	Ved. zdr. pracovník	Mentor/ka	IT pracovníci	Zdr. Pracovníci
Aktualizace vzdělávacích aktivit	I	A	R	C	I	C	I	C
Systematická dokumentace	I	A	R	C	I	C	I	I
Závěrečné vyhodnocení	A	R	C	I	I	I	I	C

(zdroj: vlastní)