

# Vloga menedžerjev pri procesu organizacije dela v operacijski sobi

Prejeto 1. 12. 2020 / Sprejeto 19. 10. 2021

Znanstveni prispevek

UDK 616-089.166+005.3

**KLJUČNE BESEDE:** procesna organizacija, operacijska soba, varnost pacientov v operacijski sobi

**POVZETEK** – Procesna organizacija dela v operacijski sobi pomeni izvajanje postopkov oskrbe pacientov na način, da so upoštevani predpisani postopki dela in da se vsi izvedeni postopki dokumentirajo z namenom izboljšanja varnosti pacientov ter izboljšanja rezultatov kliničnega zdravljenja. Pri procesni organizaciji dela zagotavlja operacijska soba varno in nadzorovano okolje za perioperativno in operativno oskrbo bolnikov ter tudi za kooperativno okrevanje. V prispevku je uporabljen kvalitativni raziskovalni pristop z uporabo metode utemeljene teorije. Raziskovalni instrument je nestrukturirani intervju. V vzorec so bili vključene tri vodje z univerzitetno izobrazbo, ki opravljajo nalogo glavne medicinske sestre in glavnega zdravstvenega tehnika-instrumentalista operacijskih sob. Intervju je bil opravljen s spletnim anketiranjem. Rezultati so pokazali, da intervjuvanci menijo, da je procesna organizacija dela v operacijski sobi usmerjena na pacienta, njegovo varnost in upoštevanje predpisanih pravil za izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta. Poudarjajo, da so potrebne spremembe v sistematizaciji dela in pri izobraževanju medicinskih sester in tehnikov-instrumentalistov v operacijski sobi. Cilj raziskovalnega dela je prikazati procesno organizacijo dela v operacijski sobi. Namen raziskave pa je strokovno preučiti vodenje, procesno organizacijo dela, zadovoljstvo z organizacijo dela, spremembe v delovnem procesu, strategijo in sistematizacijo novega procesnega organiziranja dela v operacijski dvorani in način izobraževanja zdravstvenih delavcev.

Received 1. 12. 2020 / Accepted 19. 10. 2021

Scientific article

UDC 616-089.166+005.3

**KEYWORDS:** process organization, operating room, patient safety in the operating room

**ABSTRACT** - The process organization of work in the operating room involves conducting procedures for patient management in such a way as to comply with the prescribed procedures and to ensure that all procedures carried out are documented to improve and enhance patient safety, as well as to improve and enhance clinical treatment outcomes. In the process organization, the operating room provides a safe and controlled environment for perioperative, intraoperative patient care and postoperative recovery. The paper applied a qualitative research approach, using the method of reasoned theory. The instrument of research is an unstructured interview. The sample included 3 managers with a college degree who work as chief nurse and chief operating room technician. The interview was conducted online by means of a survey. The results showed that the subjects considered that the process organization of work in the operating room focused on the patient, his/her safety, and on compliance with the prescribed rules for the improvement of the patient's health. They emphasize that changes are needed in the systemization of work and the education of nurses and operating room technicians. The aim of the research work is to show the process organization of work in the operating room. The purpose of the research work is to professionally examine the management, process organization of work, satisfaction with work organization, changes in the work process, strategy and systematization for the new process organization of work in the operating room and the way of educating health professionals.

## 1 Uvod

Društvo je oduvijek, od postanka čovječanstva do danas na jedan način bilo organizirano, ovisno o sposobnostima onih koji su obnašali bitne funkcije u njemu, bilo da je riječ o vojsci, crkvi ili nekoj poslovnoj organizaciji. Usprkos svemu, organizacija

je fenomen 20. stoljeća, zbog toga jer se tada javlja kao znanost i razvijaju se brojne teorije organizacije. Danas u organizacijama ljudi rade zajedno da obave sve zadane zadatke, koje kao pojedinci sami ne bi mogli obavljati (Sikavica, 2011, str. 4–5). Organizacija nije samo sinonim za organizaciju rada. Ona je širi pojam i obuhvaća sve ili uglavnom sve čovjekove životne aktivnosti. Pojedinaac nije sam po sebi dovoljan. On se povezuje i uspostavlja različite oblike interakcije s drugim ljudima, integrira se u različite skupine, preuzima različite životne uloge, a sve to postiže zahvaljujući svojoj sposobnosti kroz organizaciju (Gutić, 2015, str. 41).

Trendovi razvoja i restrukturiranja pomoćnih djelatnosti u bolničkom sustavu uključuju neophodne promjene vezane uz: globalizaciju sustava, prihvaćanje različitosti, uvođenje fleksibilnosti, uspostava umreženosti i međuovisnosti. Promjene su uvijek teško prihvatljive u praksi. S tim u vezi ponekad su prisutne i tenzije, koje se javljaju pri procesima restrukturiranja zbog uvođenja promjena, jer principi novih procesa rada često se značajno razlikuju u odnosu na uvriježene postupke (Rimac i Svetić Čišić, 2016, str. 238). Menadžeri u zdravstvenoj organizaciji u izvršavanju svojih funkcija moraju posjedovati nekoliko ključnih kompetencija: konceptualne vještine, uključuju mogućnost da se kritički analizira i riješi složeni problem; tehničke vještine, vještine koje odražavaju znanja i sposobnosti zdravstvenih menadžera za obavljanje određenog zadatka; interpersonalne vještine omogućuju menadžeru dobru komunikaciju s drugim članovima zdravstvene organizacije bez obzira da li su u istom rangu, nadređeni ili podređeni (Ross, Wenzel i Mitlyng, 2002, str. 13–16).

Cilj istraživačkog rada je prikazati procesnu organizaciju rada u operacijskoj sali. Svrha istraživačkog rada je stručno-znanstveno ispitati o menadžmentu, procesnoj organizaciji rada u operacijskoj sali, zadovoljstvom s organizacijom rada u operacijskoj sali, šta bi ispitanici kao menadžeri mijenjali u procesu rada u operacijskoj sali, kakva bi bila strategija za novu organizaciju rada u operacijskoj sali, te na koji bi način organizirali sistematizaciju rada i ljudskih resursa na radnom mjestu, a samim time i način edukacije zdravstvenih djelatnika.

### *1.1 Menadžeri u zdravstvu*

Do početka 20. stoljeća u bolnicama se jako malo moglo učiniti za poboljšanje zdravlja bolesnika. S pojavom antiseptike, anestezije i kirurgije te s otkrićem antibiotika krajem 19. i početkom 20. stoljeća, bolnice postaju mjesta koja nude liječenje i ublažavanje patnje bolesnicima. Potrebno je naglasiti da su u to vrijeme administratori u bolnicama zvali nadzornicima i da su to uglavnom bile medicinske sestre (Gutić, 2015, str. 19).

Menadžment u zdravstvu se temelji na principima i znanstvenim spoznajama općeg menadžmenta i ne predstavlja neku novu vrstu menadžmenta. Zdravstveni menadžer mora o tome voditi računa pri upravljanju ljudskim resursima. Doktori i zdravstveni djelatnici nastoje u svojim profesionalnim životima dostići najviše akademske standarde. Na temelju stvarnog iskustva rada u međunarodnim organizacijama, postoje izazovi s kojima se suočavaju međunarodne organizacije u razvoju i provedbi

aktivnosti kontinuiteta poslovanja i prijedloga za daljnja poboljšanja (Adamou, 2014, str. 223).

Menadžeri u zdravstvu moraju moći učinkovito komunicirati sa liječnicima specialistima; ostalim zdravstvenim djelatnicima; bolesnicima; dobavljačima; investitorima/partnerima; administracijom; liderima u industriji. Komunikacija u menadžerskom poslu je više od govornih sposobnosti i vještina te uključuje sposobnost slušanja, pisanja i prezentiranja informacija. Rubino i Freshman (2005, str. 414) navode osam temeljnih kompetencija menadžera u zdravstvu: 1.) Odlučivanje; 2.) Strateško razmišljanje; 3.) Preuzimanje rizika; 4.) Komuniciranje; 5.) Motiviranje članova tima; 6.) Toleranciju dvosmislenosti; 7.) Unutarnje lokus kontrole, 8.) Inovativno upravljanje. Menadžeri u zdravstvenoj organizaciji u izvršavanju svojih funkcija moraju posjedovati nekoliko ključnih kompetencija: konceptualne vještine, uključuju mogućnost da se kritički analizira i riješi složeni problem; tehničke vještine, vještine koje odražavaju znanja i sposobnosti zdravstvenih menadžera za obavljanje određenog zadatka; interpersonalne vještine omogućuju menadžeru dobru komunikaciju s drugim članovima zdravstvene organizacije bez obzira da li su u istom rangu, nadređeni ili podređeni (Ross, Wenzel i Mitlyng, 2002, str. 369).

Biti dobar menadžer nije isto što i biti dobar vođa. Menadžer izvršava ciljeve, vođa ih stvara. Menadžer potpaljuje vatru ispod nogu zaposlenika, vođa je potpaljuje u njihovim srcima. Provedba strateških promjena u zdravstvenom sustavu često je komplicirana neformalnom politikom i snagom zdravstvenih sustava, kao što su konkurentni interesi i otporne skupine. Strateški čelnici/menadžeri moraju biti svjesni i upravljati takvom »organizacijskom politikom« pri provedbi promjena, koja uključuje razvoj i korištenje oblika političkih »vještina« i »pronijljivosti« (Waring et al., 2018, str. 918).

## *1.2 Organizacija rada*

Organizacija rada kao racionalni prirodni sustav okrenuta je postizanju specifičnih ciljeva visoko formaliziranim društvenim strukturama, a ti su ciljevi i visok stupanj formalizacije, važne u organizaciji racionalnog sustava (Scott i Davis, 2007, str. 1–2; str. 59–61). Za specifične ciljeve potrebno je istaknuti da moraju biti jasno definirani. Sama organizacijska struktura mora biti jasno formalizirana da postaje pravilo ponašanja u organizaciji (Baum, 2005, str. 2–3).

Strateško planiranje je potpuno valjan i koristan alat za vođenje svih vrsta organizacija, uključujući i zdravstvene organizacije. Organizacijska razina na kojoj je relevantan proces strateškog planiranja ovisi o veličini odjela, njegovoj složenosti i diferencijaciji pružene usluge. Lider svakog odjela je osoba odgovorna za promicanje procesa planiranja, temeljni je i ključan dio njegove/njezine uloge. Proces strateškog planiranja programabilan je, sistematičan, racionalan i cjelovit i integrira kratkoročno, srednje i dugoročno, omogućujući zdravstvenoj organizaciji da se usredotoči na relevantne i trajne transformacije (Rodríguez i Peiró, 2012, str. 749). Na strateškoj razini, institucionalne strategije određuju se u skladu s shvaćenim stanjem organizacije višeg menadžera koji prati i analizira funkcije upravljanja operativnim razinama (Çalimli et

al., 2014, str. 328). Potreba za poboljšanjem upravljanja zdravstvenim službama dovela je zdravstvene stručnjake u ulogu upravljača. Opći zaključak je da iako medicinske i menadžerske vrijednosti povezuju jedne s drugima, liječnici reorganiziraju kriterije upravljanja prema specifičnim interesima. U konačnici, medicinska autonomija i autoritet mogu se ojačati u organizacijskim postavkama koje podliježu reformama (Correia i Denis, 2016, str. 161). Promicanje pristupa usmjerenih na klijente i vrijednosti u klijentskom radu stoga mora priznati važnost organizacijske kulture i rada te osigurati da se promjene odražavaju u organizacijskim postupcima (Ståhl i Andersson, 2018, str. 732).

### *1.3 Procesna organizacija*

Procesna organizacija prvi je ujedno i pravi oblik suvremenog organizacijskog dizajna. Za razliku od dosadašnjih organizacijskih klasičnih struktura, koje su kroz prošlost bile varijacije različitih oblika vertikalne organizacije. Danas se u prvi plan stavlja horizontalna organizacija. Takvim načinom procesna organizacija unosi novi način rada u organizaciji, novi način razmišljanja. Ona ruši granice i zidove vertikalne strukture te unosi dinamizam i organske elemente u organizaciju (Sikavica, 2011, str. 433).

Ono šta danas daje na značaju jest upravo činjenica da procesne organizacijske strukture potpomažu restrukturiranju u smislu da olakšava identifikaciju kritičnih poslovnih aktivnosti. Na taj način omogućeno je da se izdvajanjem nekritičnih aktivnosti pojednostavljuje organizacija pojedinačnih poduzeća, snižavaju troškovi koordinacije i samog operativnog poslovanja, a samim time bliskost pojma procesne organizacije s novim organizacijskim teorijama, čija zapažanja o problemima organizacijskog restrukturiranja evoluiraju simultano razvoju nove poslovne prakse (Kaštelan Mrak, 2005, str. 114).

Procesna organizacija rezultat je procesne orijentacije organizacije. Procesna orijentacija znači obraćanje pozornosti biti procesa koje treba obaviti u nekom poslu, a zatim oblikovanju takve organizacije koja se temelji na cjelovitu i sustavnom obavljanju toga posla. Umjesto razbijanja procesa na faze koje obavlja veći broj specijalista, izabire se rješenje koje se temelji na integriranu radu jednoga generalista (Gouillart i Kelly, 1995, str. 291–292). U procesnoj organizaciji velika je odgovornost na menadžeru procesa za pojedine poslovne procese. Menadžeri procesa koordiniraju sve međufunkcijske aktivnosti koje je potrebno obavljati u poslovnom procesu. Kao takva je najprikladnija za velike organizacije, koje imaju funkcijsku organizacijsku strukturu, unutar kojih se obavljaju različiti poslovni procesi. U takvim je okolnostima uspostava procesne organizacije najbolje organizacijsko rješenje (Sikavica, 2011, str. 435–436).

### *1.4 Organizacijska kultura*

Organizacijska kultura je skup vrijednosti, uvjerenja i obrazaca ponašanja kako razlikovati jednu organizaciju od drugih organizacija (Ortega - Parra i Sastr e- Castillo, 2013, str. 1072). Organizacijska kultura je sustav vrijednosti koja podsvjesno i tiho pokreće ljude kako bi svatko imao izbor i odluku u organizacijskoj kulturi. Razvoj or-

ganizacijske kulture, kao poželjnoga i prevladavajućeg vjerovanja i ponašanja, znači stvaranje mogućnosti dugoročne orijentacije ne samo na kvalitetu proizvoda, usluga i poslovnog procesa, već i na neprestano poboljšavanje sigurnosti i komunikacije u radnoj zajednici. Stoga organizacijska kultura usmjerava zaposlene kako se ponašati i na koji način obavljati svoje dužnosti na svom radnom mjestu (King, 2012, str. 687).

Organizacijska kultura uključuje norme koje članovi organizacije doživljavaju i opisuju kao njihove radne postavke (Schneider et al., 2013, str. 361). Ona je postojani sustav vrijednosti, odnosa, shvaćanja, uvjerenja, etike, životnih stilova, osobnosti i karaktera radne organizacije. Predstavlja relativno trajan i specifičan sustav osnovnih vrijednosti, normi, uvjerenja i običaja koji determiniraju organizacijsko ponašanje i usmjeravanje aktivnosti pojedinaca i skupina. Ona izražava specifičan način ponašanja i stil radne zajednice (Simoneaux i Stroud, 2014, str. 51–53). Dolazak novog člana u radnu zajednicu je proces koji se sastoji od tri faze: faza prije dolaska; faza susreta i faza preobražaja (Gutić, 2015, str. 54). Takav način radne organizacije presudan preduvjet za postizanje trajnijega uspjeha i za brže prilagođavanje novim uvjetima poslovanja.

### *1.5 Vođenje u radnom procesu*

Vođenje je proces usmjeravanja ponašanja drugih prema ostvarenju nekog cilja. Usmjeravanje ovdje znači navođenje ljudi da se ponašaju na određeni način i slijede određeni put. U idealnoj situaciji taj put u skladu s čimbenicima poput službene organizacijske politike postupaka i opisa radnog mjesta. Središnja ideja vođenja je obavljati radni proces kroz ljude. Svaki menadžer ima vlastiti način na koji pristupa radu i komunikaciji s podređenima i poslovnim partnerima. Stil nastaje kao rezultat kombinacije vlastitih osobina, vještina, znanja i iskustva i s vremenom postaje svojevrsan potpis menadžera. Osim toga, pod stilom se podrazumijeva i sam izgled osobe i način na koji je okolina percipira. Svaki stil utječe na međuljudske odnose i atmosferu u organizaciji koji su preduvjet ostvarivanja ciljeva i rezultata. Vodstvo je vrlo važna funkcija menadžera koja se tiče međuljudskih aspekata, a podrazumijeva komunikaciju, motiviranje, stilove vođenja te razumijevanje ponašanja, stavova pojedinaca i skupina (Gutić, 2015, str. 105).

Neki od stilova vođenja kombiniraju različite utjecajne čimbenike kao što su: struktura, uvažavanje, briga za ljude, briga za proizvodnju, odnos između vođa i podređenog, struktura zadatka i pozicija vlasti odnosno moći vođe u organizaciji (Sikavica i Bahtijarević - Šiber, 2004, str. 351). Pojedini stilovi upravljanja čije su temeljne sastavnice odnos menadžera prema zaposlenicima i suradnicima te iskorištavanje moći dobivene pozicijom: autokratski stil vođenja, demokratski stil vođenja te liberalni stil vođenja (Centar za razvoj karijere, 2015, str. 2–16). Razlikujemo i Likertove stilove vođenja: ekstremno-autoritativni, benevolentno-autokrativni, konzultativni stil i participativno-skupni stil.

## 2 Operacijske sale

Operacijska sala je posebno namijenjen prostor za izvođenje kirurških operacijskih zahvata. Koncept same operacijske sale razvijao se kroz povijest od vremena kada su se operacijski zahvati izvodili u bolesničkoj kući, kirurškoj ambulanti, u šatoru u blizini bojišnice, do današnjeg dana kada su posebna okruženja dizajnirana na način da su omogućeni opći uvjeti za izvođenje operacijskih zahvata s najmanjim rizikom (Šoša et al., 2007, str. 25). Moderna je kirurgija vezana najvećim dijelom uz rad u operacijskoj sali. Riječ je o timskom radu u koji je uključeno više liječničkih specijalizacija, prvenstveno anesteziologije i kirurgije te edukacija medicinskih sestara/tehničara-instrumentara. Čin koordinacije i pokretanja svih dijelova kirurškog rada u operacijskim salama služi kako bi se postigao definirani skup ciljeva. Upravljanje operacijskom salom ima svoja pravila: osigurati sigurnost bolesnika, osigurati kirurzima odgovarajući pristup na taj način da se nad bolesnicima mogu pravodobno izvršavati operacijski zahvati, maksimalizirati učinkovitost operacijske sale, zdravstvenih djelatnika i materijala, smanjenje kašnjenja operacijskih zahvata te poboljšavaju zadovoljstva među bolesnicima, zdravstvenim djelatnicima i kirurzima.

U većini bolnica, operacijske sale su najskuplji dio bolnice. Jasan i razumljiv koncept organizacije upravljanja medicinskim procesom u operacijskoj sali treba uvesti u sve klinike kako bi se zadovoljili sve veće potrebe za profesionalnim i tehnološkim upravljanjem. U okviru obećavajućeg programa upravljanja kako bi se optimizirao medicinski proces i organizirao rad u operacijskoj sali, kirurzi imaju kiruršku opremu namijenjenu za operacijsku salu u skladu s njihovim procijenjenim potrebama i sa svojim sudjelovanje u proračunu, a to bi omogućilo procjenu učinkovitosti medicinskog procesa i rada svakog korisnika u operacijskoj sali (Bender, Denz i Schleppers, 2007, str. 6–9). Operacijska sala je financijsko središte bilo koje bolnice, a maksimiziranje operacijske sale ima važne implikacije za uštede troškova, zadovoljstvo bolesnika i moral medicinskog tima. Tijekom proteklog desetljeća, načela i procesi rada primjenjuju se na različite aspekte zdravstvene skrbi, uključujući i operacijsku salu. Iako dugotrajno, procesno mapiranje i dubinski pregledi svakog koraka bolesnika putovanja iz predoperacijskog kroz operacijski do postoperacijskog djela može imati velike prednosti koje se protežu od ušteda troškova za održavanje fokusa na poboljšanju kvalitete i sigurnost bolesnika u operacijskoj sali (Rothstein i Raval, 2018, str. 79).

U piramidalnoj organizacijskoj strukturi u operacijskoj sali na samom vrhu je šef operacijske sale, to je specijalist/subspecijalist kirurg. Ispod šefa operacijske sale na hijerarhijskoj ljestvici su svi predstojnici klinika (kirurzi/subspecijalisti, urolog, neurokirurg) s kojima šef operacijske sale komunicira. Šef operacijske sale upravlja s radom u operacijskoj sali. Svaka izmjena elektivnog programa, nedostatak zdravstvenih djelatnika, nedostatak potrebnog materijala za rad, nemogućnost dobre komunikacije unutar tima i ostala problematika vezana uz rad operacijske sale, prijavljuje se šefu operacijske sale koji nastalu problematiku rješava. Unutar ove hijerarhijske ljestvice je glavna medicinska sestra/menadžer operacijske sale (upravlja radom medicinskih sestara/tehničara-instrumentara u operacijskoj sali) koja zajedno sa šefom operacijske

sale donosi odluke i provodi ih. Ispod razine nadređenih nalaze se svi zdravstveni i nezdravstveni djelatnici koji rade u operacijskoj sali.

Operacijska sala predstavlja jedan od najkritičnijih i najskupljih bolničkih resursa jer je visoki postotak bolničkih prijema zbog kirurških intervencija. Glavni su ciljevi omogućiti optimalnu iskoristivost medicinskih resursa, dolazak na kirurgiju u pravo vrijeme, maksimalnu profitabilnost (protok bolesnika) bez dodatnih troškova ili prekomjernog čekanja bolesnika. Upravljanje operacijskom salom je iznimno složen proces: korištenje matematičkih i simulacijskih modela, te kvantitativne tehnike, uz ključnu ulogu menadžera (Guerriero i Guido, 2011, str. 89).

### *2.1 Procesna organizacija rada u operacijskoj sali*

Procesna organizacija rada u operacijskoj sali podrazumijeva provođenje postupka zbrinjavanja bolesnika na način da se poštuju propisane procedure i da se obavezno dokumentiraju svi provedeni postupci radi poboljšanja i unapređenja prvenstveno sigurnosti bolesnika kao i poboljšanja i unapređenja kliničkih ishoda liječenja. Svi propisani procesi nužno moraju biti odobreni od strane nadležnih bolničkih tijela te nadograđivani i revidirani. U procesnoj organizaciji operacijska sala osigurava sigurno i kontrolirano okruženje za perioperacijsku skrb bolesnika, dijagnostičke/kirurške operativne zahvate pod anestezijom i uključujući oporavka nakon operativnog postupka.

Tri su definirane faze perioperacijske skrbi: prva prijeoperacijska faza - započinje od donošenja odluke za kirurški operacijski zahvat, a završava dolaskom bolesnika u operacijsku salu. Razdoblje u kojem medicinske sestre pripremaju bolesnika za operacijski zahvat; druga operacijska faza - započinje dovoženjem bolesnika u operacijsku salu, izvršavanje operativnog zahvata nad bolesnikom i treća postoperacijska faza - započinje odvoženjem bolesnika u recovery room (soba za oporavak) ili u Jedinicu intenzivnog liječenja.

Učinkovitost pojedinaca i timski rad ovisi o vodstvu, zajedničkim ciljevima, učinkovitoj i čestoj komunikaciji. Stres, umor, rastresenost, osobni problemi, komunikacija, loša procjena i nepažnja su dodatni čimbenici koji bitno utječu na sigurnost bolesnika u operacijskoj sali. Prvi korak u izgradnji sigurnosti za bolesnika je promicanje kulture sigurnosti za bolesnika tijekom liječenja. Preduvjet za uvođenje predstavlja otvoreno i povjerljivo radno okruženje. Kultura sigurnosti se temelji na sprječavanju nepoželjnih događaja za bolesnika. Postoji znatna prilika da se poboljša učinkovitost operacijske sale tijekom intraoperacijskog razdoblja. Usredotočuje se na maksimiziranje operativne učinkovitosti u operacijskoj sali, odnosno na maksimalizaciju broja kirurških slučajeva koji se mogu obaviti određenog dana uz minimiziranje potrebnih resursa i srodnih troškova. Iznimno bitna stavka je i održavanje učinkovite team komunikacije (Fong, Smith i Langerman, 2016, str. 382).

Operacijske sale su među najvažnijim područjima bolnice, doprinoseći radnom opterećenju i prihodima. Učinkovitost korištenja ili vremena ovisi o rasporedu slučajeva, operacijskim zahvatima, opremi, vremenu potrebnom za pripremu rada kirurškog tima, izvođenje kirurškog zahvata, anesteziološkog rada, pripremu operacijske sale za sljedećeg bolesnika i druge resurse (Foster, 2012, str. 14).

Za uspješan rad tijekom operacijskog procesa važno je da svi članovi tima posjeduju znanje, stručnost i vještine. Primarni cilj kirurškog tima je uspješna izvedba operacije za bolesnika. (Hoepfer et al., 2017, str. 954).

## 2.2 Sigurnost bolesnika u operacijskoj sali

Sigurnost bolesnika u operacijskoj sali, mora biti jedan od najvažnijih zadataka cijelog tima zdravstvenih djelatnika u operacijskoj sali. Sigurnost bolesnika primarni je fokus perioperacijskih sestara i ostalih pružatelja zdravstvene skrbi. Jedna od najvažnijih odgovornosti perioperacijskih sestara jest razvoj učinkovitog plana edukacije koji je relevantan za rad u operacijskoj sali. Menadžeri imaju etičku i pravnu odgovornost za održavanje razina zdravstvenih djelatnika koji su prikladni za osiguravanje sigurne perioperacijske zdravstvene njege bolesnika, uz uravnoteženje financijskih odgovornosti (AORNA, 2014, str. 2). U operacijskoj sali moraju se poštivati kirurška, anesteziološka i sigurnosna pravila i kriteriji. Provjere moraju biti izrađene od strane zdravstvenih djelatnika u određenim fazama. Bolesnici također trebaju biti uključeni u kontrolne liste. Kirurško samoprovjeravanje je alat koji se koristi u ovom pristupu prema bolesniku (Colmont i Marland, 2019, str. 12).

Sigurnost bolesnika su postupci koji su usmjereni na uklanjanje, smanjenje i ublažavanje rezultata štetnih događaja koji proizlaze iz postupka skrbi zdravlje predstavlja najpouzdaniju mjeru kvalitete zdravstvenog sustava. Mora postojati kontinuitet rada u kojem su zdravstveni djelatnici dužni u svom radu preuzeti standard dobre medicinske prakse. U tom kontekstu klinička sigurnost za bolesnika danas je postala zabrinutost prvog reda (Arimany - Manso i Martin - Fumadó, 2017, str. 405–407). Sigurnost bolesnika u operacijskoj sali, može se poboljšati ponudom obrazovnih programa, edukacijom, dizajniranjem jednostavnog sustava izvješćivanja, poticanjem izvješćivanja o medicinskim pogreškama i aktivnim sudjelovanjem zdravstvenih djelatnika u odlukama koje bi mogle utjecati na sigurnost bolesnika (Ugur, Kara, Yildirim i Akba, 2016, str. 593–597). Kirurški rad postiže putem verbalne i neverbalne komunikacije, a društvena interakcija između kirurga i medicinskih sestara je nerazdvojiva od »tehničkih« zahtjeva njihovog rada (Bezemer et al., 2011, str. 398).

Poboljšanje sigurnosti u operacijskoj sali iz perspektive iskusnih operacijskih sestara permanentno je nastojanje upravljanja rizicima i sprječavanja neželjenih događaja za bolesnika koja uključuje i zaštitu bolesnika u operacijskoj sali. Zbog bolesnika koji je ovisan o zdravstvenim djelatnicima koji se skrbe što je sigurnije kroz perioperacijski proces pažljivom pripremom, uporabom protokola i kontrolnih popisa te poduzimanjem mjera za sprječavanje komplikacija i neželjenih događaja. To uključuje doprinos kulturi sigurnosti i poboljšanju uvjeta rada u operacijskoj sali (Ingvarsdottir i Halldorsdottir, 2018, str. 952). Medicinske sestre su kroz svoj rad za izvođenje dobre prakse dale preporuku za sigurnost bolesnika u operacijskoj sali; uključenost multiprofesionalnog tima i upravitelja institucije, uspostava kulture sigurnosti bolesnika, korištenje kontrolne liste sigurnih operacija, poboljšanje interpersonalne komunikacije, proširenje uspješnosti medicinskih sestara, odgovarajuća dostupnost fizičkih, materijalnih i ljudskih resursa, pojedinačna potraga za profesionalnim ažuriranjem i razvoj



kontinuiranog obrazovnog djelovanja. Ove preporuke mogu se koristiti kao strategije upravljanja skrbi medicinskih sestara za sigurnost bolesnika u operacijskoj sali (Gutiérrez et al., 2018, str. 2775). Značenja skrbi za bolesnika u operacijskoj sali proizlazi iz vrijednosnog smisla normi i pravila djelovanja i ponašanja sestristva spram najveće moguće dobrobiti za bolesnika. Dobrobit bolesnika je, dakako, intimno i neraskidivo povezana s ljudskim dostojanstvom bolesnika. Zaštita ljudskog dostojanstva dovodi do zaštite ljudskoga života kao neotuđive vrijednosti, poštivanja temeljnih ljudskih prava, uvažavanja osobnih životnih planova i vrijednosti. Zbog sve većeg medicinskog napretka i novih tehnologija, ne smanjuju se zahtjevi, već se postavljaju sve veći u radu medicinskih sestara (Buchan, O'May i Dussault, 2013, str. 299).

### 3 Metodologija

#### 3.1 Ciljevi, metode istraživanja i tehnike prikupljanja podataka

Koristili smo kvalitativni pristup istraživanja, metodu obrazložene teorije. Instrument istraživanje je nestrukturiran intervju. Koristili smo bibliografski bazu podataka COBISS i MEDLINE kako bi pronašli literaturu. Literatura je provedena u skladu s metodologijom PRISMA. Provedeno je kvalitativno istraživanje putem nestrukturiranog intervjua, prethodno najavljenog. Intervju je odrađen on line anketom.

Ciljevi istraživanja su:

- istražiti menadžment i njegove funkcije u operacijskoj sali,
- istražiti procesnu organizaciju rada u operacijskoj sali,
- istražiti profesionalno zadovoljstvo radom u operacijskoj sali,
- ukazati na potrebu promjene rada u operacijskoj sali,
- ukazati na potrebu edukacije zdravstvenih djelatnika u operacijskoj sali.

#### 3.2 Istraživačka pitanja

Postavili smo sljedeća istraživačka pitanja:

1. Šta obuhvaća pojam procesa menadžmenta i njegove osnovne funkcije u operacijskoj sali?
2. Šta se podrazumijeva pod pojmom procesna organizacija rada u operacijskoj sali?
3. Kakvo je profesionalno zadovoljstvo s organizacijom rada u operacijskoj sali?
4. Šta treba mijenjati u procesu rada u operacijskoj sali?
5. Kakva je strategija za novu sistematizaciju rada u operacijskoj sali?
6. Na koji način se organizira edukacija zdravstvenih djelatnika u operacijskoj sali?

#### 3.3 Opis instrumenta

Kroz istraženu literaturu nismo uspjeli pronaći adekvatan strukturirani primjer u izvorima informacija, te smo pomoću već navedene literature prilagodili intervju temi i uzorku. Instrument istraživanja je nestrukturirani intervju, od 10 pitanja o procesnoj organizaciji rada u operacijskoj sali. Ispitanici su odgovarali esejskim tipom odgovora.

### 3.4 Opis uzorka

U istraživanju je sudjelovalo 3 magistra menadžmenta u zdravstvu (N = 3), menadžera po fakultetskoj naobrazbi, koji obnašaju dužnost glavne medicinske sestre i glavnog medicinskog tehničara operacijskih sala. Ispitanici su ispunjavali sljedeće uvjete: da imaju najmanje deset godina radnog staža, da rade na odjelu operacijske sale te da su završili diplomski studij za menadžment u zdravstvu.

### 3.5 Opis prikupljanja i obrade podataka

Proveli smo intervju u kojem su sudjelovala trojica magistra menadžmenta u zdravstvu. Intervju je trajao u razdoblju od 15. 12. 2019 do 6. 1. 2020. Napravili smo doslovni prijepis, jer smo na taj način osigurali veću sljedivost, odredili smo kodove i kategorije.

### 3.6 Etički aspekt istraživanja

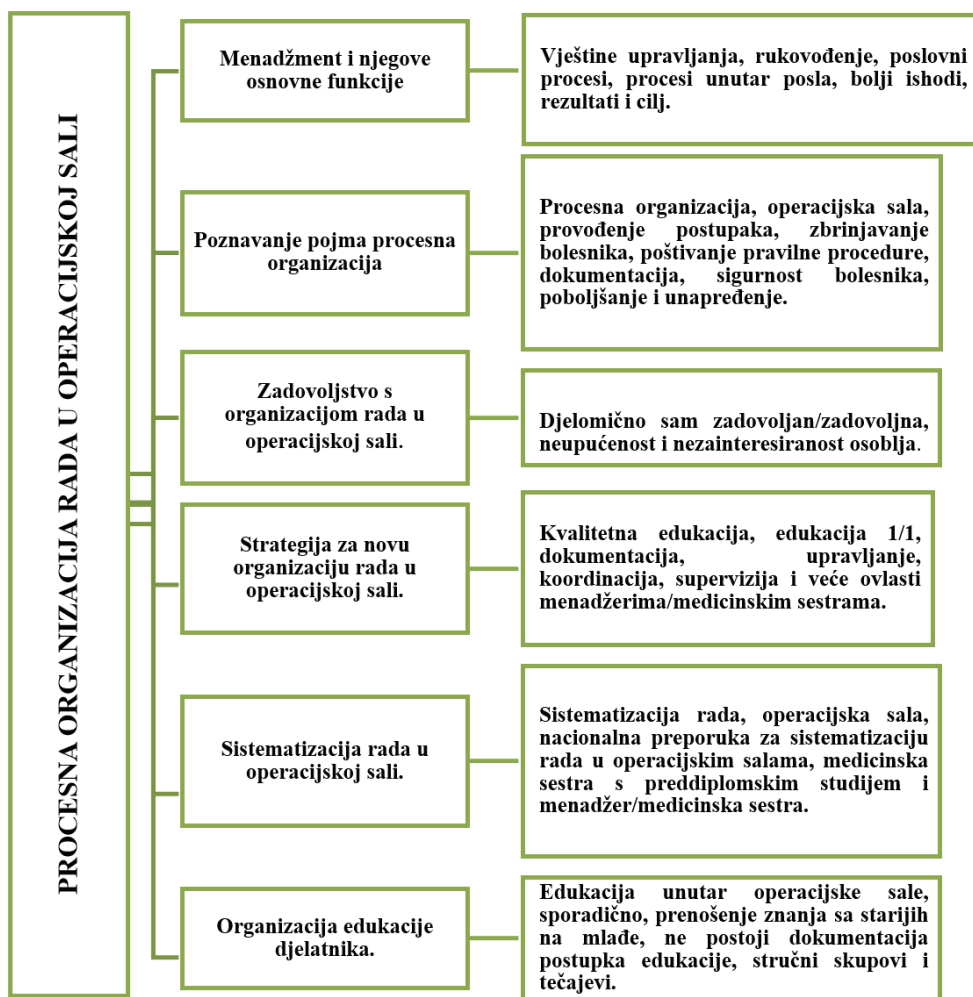
Osigurali smo pravo ispitanika na anonimnost, privatnost i povjerljivost.

## 4 Rezultati

Kodovi su smisleno povezani u kategorije. Povezivanjem kodova dobili smo 6 kategorija:

1. Kategorija 1: menadžment i njegove osnovne funkcije: oblikovana je iz kodova: vještine upravljanja, rukovođenje, poslovni procesi, procesi unutar posla, bolji ishodi, rezultati i cilj,
2. Kategorija 2: poznavanje pojma procesna organizacija: oblikovana je iz kodova: procesna organizacija, operacijska sala, provođenje postupaka, zbrinjavanje bolesnika, poštivanje pravilne procedure, dokumentacija, sigurnost bolesnika, poboljšanje i unapređenje.
3. Kategorija 3: zadovoljstvo s organizacijom rada u operacijskoj sali: oblikovana je iz kodova: djelomično sam zadovoljna/zadovoljan, neupućenost i nezainteresiranost osoblja.
4. Kategorija 4: strategija za novu organizaciju rada u operacijskoj sali: oblikovana je iz kodova: kvalitetna edukacija, edukacija 1/1, dokumentacija, upravljanje, koordinacija, supervizija i veće ovlasti menadžerima/medicinskim sestrama.
5. Kategorija 5: sistematizacija rada u operacijskoj sali: oblikovana je iz kodova: sistematizacija rada, operacijska sala, nacionalna preporuka za sistematizaciju rada u operacijskim salama, medicinska sestra s prediplomskim studijem i menadžer/medicinska sestra.
6. Kategorija 6: organizacija edukacije djelatnika: oblikovana je iz kodova: edukacija unutar operacijske sale, sporadično, prenošenje znanja sa starijih na mlađe, ne postoji dokumentacija postupka edukacije, stručni skupovi i tečajevi.

Diagram 1: Prikaz kodova i kategorija s vidika Procesne organizacije rada u operacijskoj sali



Vir: Intervju, 2019.

Iz diagrama 1, vidljivo je da smo grupirali šifre od intervjuja troje glavnih medicinskih sestara i tehničara operacijske sale u šest podkategorija: »Menadžment i njegove osnovne funkcije«, »Poznavanje pojma procesna organizacija«, »Zadovoljstvo s organizacijom rada u operacijskoj sali«, »Strategija za novu organizaciju rada u operacijskoj sali«, »Sistematizacija rada u operacijskoj sali« i »Organizacija edukacije djelatnika.«

Rezultati istraživanja iz izabranih kodova na temelju intervjuja pokazuju da je znanje troje ispitanika medicinskih sestara/ menadžera o radu u operacijskoj sali, o menadžmentu i njegovim osnovnim funkcijama te procesnoj organizaciji rada u operacijskoj sali dugogodišnje, profesionalno i stručno. Nisu zadovoljni s trenutnom

organizacijom rada u operacijskoj sali, neupućenosti i nezainteresiranosti osoblja, i skreću pozornost na strategiju za novu organizaciju rada u operacijskoj sali koja bi bila postavljena dugoročno na način da omogući kvalitetnu edukaciju i veće ovlasti menadžerima/medicinskim sestrama. Sistematizacija rada u operacijskoj sali bazirala bi se na minimalno završenim preddiplomskim studijem sestrištva, nacionalnoj preporuci za sistematizaciju rada u operacijskim salama ovlastima u hijerarhijskom nizu menadžera/medicinska sestra. Edukacija zdravstvenih djelatnika u operacijskoj sali organizirana je sporadično, prenošenjem znanja sa starijih na mlađe, ne postoji dokumentirani postupak edukacije, te stručnim skupovima i tečajevima.

U procesnoj organizaciji rada operacijska sala je radilište gdje je timski rad temelj, a najvažnija je dobra interpersonalna komunikacija. Timski rad u operacijskoj sali, omogućuje nekolicini osoba sa zajedničkim ciljem da svoje sposobnosti najbolje iskoriste upotpunjavanjem svojih vještina i iskustava. Za takvu suradnju potrebno je stručno znanje i iskustvo. Timski rad u operacijskoj sali ima za cilj poboljšanje zdravlja bolesnika, stoga svi članovi tima počevši od liječnika (različitih specijalizacija, subspecijalizacija), svih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika moraju djelovati po principu lančane reakcije, protkane profesionalnošću u svrhu sigurnosti i skrbi za bolesnika. Ono što daje na značaju je upravo činjenica da procesna organizacija rada u operacijskoj sali potpomaže restrukturiranju u smislu da olakšava identifikaciju kritičnih poslovnih aktivnosti i na taj način udaljuje onu grupu nezaintersiranih djelatnika na tom radilištu. Izdvajanjem nekritičnih aktivnosti pojednostavila bi se organizacija rada, smanjila se mogućnost neželjenog incidenta operativnog rada i povećala se učinkovitost zajedničkog rada. Stoga bi takav novi način poslovanja i koordinacije menadžera/medicinske sestre u procesnoj organizaciji rada u operacijskoj sali, u novoj sistematizaciji rada doprinijelo na uspješnosti novog dizajna procesne organizacije rada u operacijskoj sali, za kojom i ispitanici teže. Edukacija koja je za sada nedostupna, bi uvela značajan doprinos u radu u operacijskoj sali, te pridonijela očekivanom profesionalizmu u radu s posebnim fokusom za dobrobit bolesnika.

## 5 Rasprava

U istraživačkom radu usporedili smo kategorije i potražili poveznice između njih. Uključili samo kategorije koje su bile važne za formiranje konačnog teoretskog zaključka ili krajnji rezultat nalazi (utemeljena teorija). Kategorije uzročno-posljedične veze uređene su u rasporedu.

U vezi s pojmom menadžmenta i njegovih osnovnih funkcija u operacijskoj sali dobili smo kodove koji oblikuju kategoriju »menadžment i njegove osnovne funkcije«, i uključuju jako puno sličnih kodova, a to nam govori da svo troje ispitanika imaju znanje o menadžmentu i njegovim osnovnim funkcijama, a to su: vještine upravljanja, rukovođenje, poslovni procesi, procesi unutar posla, bolji ishodi za budućnost, dobri rezultati i zajednički cilj. Sasvim je sigurno da za uspješno vođenje zdravstvenom ustanovom menadžeri moraju imati jasno definirane svoje kompetencije, jer bez

ostvarivanja tog zahtjeva cijeli koncept upravljanja zdravstvenom organizacijom na principima menadžmenta ostat će neučinkovit. Vještina menadžmenta i rada u operacijskoj sali je sposobnost da se radi sa i preko drugih zdravstvenih djelatnika, da se radi efektivno kao grupni menadžer. Vještina podrazumijeva stručnost u izvršavanju specifičnih zadataka. Menadžeri u praksi moraju ispoljiti svoje vještine, jer menadžer koji samo komunicira ili samo promatra sigurno neće moći zadovoljiti neće moći zadovoljiti potrebe cijelog poduzeća kojim rukovodi (Feldhaus i Mathauer, 2018, str. 996). Menadžeri su u svojim kompetencijama oni koji trebaju raditi pravu stvar u pravo vrijeme i na pravom mjestu, a uz minimalno angažiranje ljudskih, materijalnih i novčanih izvora. U kojoj mjeri će menadžeri biti efikasni ovisi od njihovog odnosa prema okruženju, sposobnosti da predvide promjene u istom tom okruženju i od prilagodljivosti promjenama. Stalne inovacije, prilagodljivost, znanje moraju postati dio svakodnevice jednog menadžera zbog potrebe kvalitetne procesne organizacije rada u operacijskoj sali kojom jedan menadžer rukovodi. Iz kodova koji oblikuju kategoriju »poznavanje pojma procesne organizacije« svo troje ispitanika o podrazumijevanju procesne organizacije rada u operacijskoj sali, odgovaraju da je za procesnu organizaciju u operacijskoj sali bitno provođenje postupaka, zbrinjavanje bolesnika, poštivanje pravilne procedure, dokumentacija, sigurnost bolesnika, poboljšanje i unapređenje zbog kliničkih ishoda liječenja, a sve u skrbi za bolesnika. Iz toga zaključujemo da je djelokrug rada zdravstvenih djelatnika u operacijskoj sali usmjeren u više smjerova, zahtijeva veliko znanje o bolesniku, operacijskim zahvatima, instrumentima i instrumentiranju, radnom prostoru (operacijskoj sali), komunikaciju po svim etičkim načelima u svrhu dobrog profesionalnog rada i izvršavanju zadataka. Dakle, procesna organizacija rezultat je procesne orijentacije organizacije, koja se temelji na cjelovitu i sustavnom obavljanju toga posla (Gouillart i Kelly, 1995, str. 291–292). U kategoriji »zadovoljstvo s organizacijom rada u operacijskoj sali« obuhvaća vrlo malo kodova jer sami ispitanici o pitanju profesionalnog zadovoljstva s organizacijom rada u operacijskoj sali pokazuju nezadovoljstvo trenutnom situacijom rada u svojim operacijskim salama. Najveći uzrok nezadovoljstva pokazuje se zbog neupućenosti i nezainteresiranosti zdravstvenih djelatnika na zajedničkom radilištu, nezadovoljstvo komunikacijom u operacijskoj sali, i nerazumijevanju nadređenih za uvođenje inovacija na radilištu u operacijskoj sali. U definiciji za perioperacijske sestre navodi se da perioperacijske sestre: »koriste proces skrbi za razvoj individualiziranih planova njege i za koordinaciju i pružanje skrbi bolesnicima koji su podvrgnuti operacijskim ili drugim invanzivnim postupcima.« Perioperacijske sestre identificiraju bolesnikove potrebe, postavljaju ciljeve, provode intervencije i aktivnosti za postizanje optimalnih ishoda za bolesnika (AORNA, 2015, str. 694). U pitanju o potrebi mijenjanja procesa rada u operacijskoj sali, iz kodova smo dobili kategoriju »strategija za novu organizaciju rada u operacijskoj sali« ispitanici se slažu da je izuzetno bitna kvalitetna edukacija, edukacija 1/1 (mentor i novi kolega), dokumentacija koja mora biti evidentirana, upravljanje svim aspektima rada, koordinacija, supervizija i veće ovlasti menadžerima/medicinskim sestrama. Ispitanici smatraju da za uspješno vođenje operacijskom salom menadžeri/medicinske sestre moraju imati jasno definirane svoje kompetencije, jer bez ostvarivanja tog zahtjeva cijeli koncept upravljanja radom u operacijskoj sali

na principima menadžmenta ostat će neučinkovit. Kategorija »sistematizacija rada u operacijskoj sali« o strategiji za novu sistematizaciju rada u operacijskoj sali, novu sistematizaciju rada ispitanici bi organizirali u skladu s preporukama, dakle na jednu operacijsku salu 2,5 operacijske sestre. U slučaju da u Republici Hrvatskoj takva sistematizacija nije moguća ispitanici nalašavaju da bi bilo potrebno donijeti nacionalnu preporuku za sistematizaciju rada u operacijskim salama, zbog apsolutne specifičnosti radnog mjesta. Prednost pri zapošljavanju u operacijskim salama trebalo bi dati osoblju s minimalno završenim preddiplomskim studijem sestrinstva i završenom formalnom edukacijom za operacijske sestre te veće ovlasti menadžerima/medicinskim sestrama. Cilj perioperacijske skrbi je pomoći bolesniku za postizanje razine stanja zdravlja i oporavka jednake ili veće od koje su imali prije njihovog operativnog zahvata ili nekog drugog invazivnog postupka. Perioperacijske medicinske sestre koriste standarde, znanje, prosudbe i vještine temeljene na znanstvenim načelima i koriste dokaze kao temelj za praksu. One su i etički odgovorne za kvalitetnu njegu bolesnika. Perioperacijske medicinske sestre preuzimaju i odgovornost za cjeloživotno učenje (AORNA, 2015, str. 695). U kategoriji »organizacija edukacije djelatnika« na postavljeno pitanje o organizaciji edukacije zdravstvenih djelatnika u operacijskoj sali, ispitanici su odgovorili, da je sama edukacija zdravstvenih djelatnika organizirana sporadično unutar operacijske sale, tek nakon dolaska novog zdravstvenog djelatnika na rad u operacijsku salu. Ne postoje dokumentirani postupci edukacije ni postupci evaluacije educiranih zdravstvenih djelatnika. Jedan od načina edukacije izvan operacijske sale su stručni skupovi i tečajevi. Iako se apelira iz Društva operacijskih sestara Republike Hrvatske na trajnoj edukaciji po programu EORNA (Europsko udruženje operacijskih sestara), za sada takve edukacije nema. Formalnog obrazovanja za medicinske sestre/tehničare-instrumentare u operacijskoj sali za sada nije bilo. Od 2020. godine započinje »Program usavršavanja za operacijske medicinske sestre – instrumentalke« na Zdravstvenom Veleučilištu u Zagrebu koje je odobrila Agencija za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih te Ministarstvo znanosti i obrazovanja.

## 6 Zaključak

Menadžment je djelatnost planiranja, organiziranja, kombiniranja, koordiniranja i kontroliranja aktivnosti i organizacijskih resursa kojoj je svrha postizanje organizacijskih ciljeva. Menadžment obuhvaća niz međusobno povezanih zadataka i funkcija: planiranje, organiziranje, upravljanje ljudskim resursima, vođenje i kontrolu. To je proces vođenja organizacije k postizanju željenih rezultata i ciljeva efektivnom i efikasnom upotrebom svih organizacijskih resursa (ljudskih, materijalnih, financijskih). Procesna organizacija rada u operacijskoj sali podrazumjeva zbrinjavanje bolesnika koji je u središtu perioperacijske zdravstvene njege. On jasno predstavlja fokus perioperacijske skrbi koja je usmjerena na njegovu sigurnost, poštujući propisana pravila, način rada da se pomogne bolesniku u procesu kroz sve faze kirurškog ciklusa. Naglašava se potreba za promjenom u sistematizaciji rada u operacijskoj sali te promjenom trenutne situacije zbog nezeinteresiranosti i neupućenosti medicinskih sestara/tehničara

ra-instrumentara u operacijskoj sali. Zbog sadašnje nedostatne edukacije u budućnosti se treba više usmjeriti na edukaciju medicinskih sestara/tehničara-instrumentara u operacijskoj sali i izvršavati evidenciju i evaluaciju educiranih zdravstvenih djelatnika.

*Enesa Kadirić, Mateja Šimec*

## **The Function of the Manager in the Process of Organizing the Work in the Operating Room**

*From the beginning of mankind until today, society has always been organized in one way or another. In spite of everything, organization is a 20th-century phenomenon, because that was when it turned out to be a science. In today's organizations, people work together to perform all the tasks assigned to them, which they could not perform alone as individuals (Sikavica, 2011, pp. 4–5).*

*Based on actual experience with working in international organizations, managers face challenges in developing and implementing business continuity activities and give suggestions for further improvements. Health management is based on the principles and scientific findings of general management. The health manager must know how to work in human resources management (Adamou, 2014, p. 223). The organization of work as a rational natural system is aimed at achieving specific goals of highly formalized social structures, and these goals are a high degree of formalization that is important for the organization of a rational system (Scott & Davis, 2007, pp. 1–2; pp. 59–61).*

*For an organization to function in accordance with its set objectives, rules of conduct must be established in the organization of work. This is the responsibility of the heads of individual departments, who are responsible for the work planning process and must be able to critically analyze and solve each problem, steer the knowledge and ability of health managers towards performing the task, and practice interpersonal and communication skills with other members of the health organization. For this reason, the organizational culture is extremely important as a value system that moves people unconsciously and quietly, so that everyone can make a choice and decision in the organizational culture, and guides employees as to how they should behave and perform their tasks in the workplace.*

*The operating theater is a room specially designed for the performance of surgical procedures. Modern surgery is usually associated with work in the operating theater. It is a team effort involving several medical specialties, mainly surgery and anesthesiology, nurses/instrument technicians and other medical professionals. The management of the operating room has its own rules: to ensure patient safety; provide adequate access for surgeons to ensure that patients can be operated on in a timely manner; maximize the efficiency of the operating room, medical staff and materials;*

*reduce surgical delays and improve patient, medical staff and surgeon satisfaction. In most hospitals, the operating rooms are the most expensive part of the hospital. A clear and understandable concept for the organization of medical process management in the operating room should be introduced in all hospitals to meet the growing need for professional and technological management. As part of a promising management program for optimizing the medical process and organizing work in the operating room, surgeons have surgical equipment designed according to their estimated needs and with their contribution to the operating room budget, which would allow an assessment of the effectiveness of the medical process and the work of each user in the operating room (Bender, Denz & Schleppers, 2007, pp. 6–9).*

*The organization of work in the operating theater requires that patient-care procedures are implemented in such a way that the prescribed procedures are followed and that all procedures are documented with the primary aim of improving and increasing patient safety and improving and enhancing clinical outcomes. All prescribed procedures must necessarily be approved and updated and revised by the relevant hospital authorities. In terms of process organization, the operating room provides a safe and controlled environment for perioperative patient care, diagnostic/surgical operations under anesthesia and post-operative recovery.*

*Patient safety in the operating room must be one of the most important tasks of the entire team of healthcare professionals in the operating room and is the focus of interest for perioperative nurses and other healthcare providers. One of the most important tasks of perioperative nurses is to develop an effective training plan relevant to the work in the operating room.*

*Managers have an ethical and legal responsibility to maintain an appropriate level of healthcare providers to ensure safe perioperative care for patients while balancing financial responsibilities (AORNA, 2014, p. 2). Improving safety in the operating theater is a constant effort to manage risks and prevent adverse events for the patient, including the protection of patients in the operating theater. This is because the patient is dependent on medical professionals to perform the perioperative process as safely as possible through careful preparation, the use of protocols and checklists, and by taking measures to avoid complications and adverse events. This includes safety and improving working conditions in the operating theater (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018, pp. 951–960).*

*In the study, in which three respondents, managers who had completed a faculty training programme, took part, we tried to answer questions about the process organization of work in the operating theater using the qualitative methodology of unstructured questioning.*

*We got the codes by analyzing the interview, and by combining the codes we got 6 categories: Category 1: Management and Its Basic Functions, which is formed from the codes “management skills”, “leadership”, “business processes”, “internal processes”, “better results, outcomes and goal”. Category 2: Knowledge of the Term Process Organization, which is formed from the codes “process organization”, “operating theater”, “implementation of procedures”, “patient care”, “adherence to cor-*



rect procedures”, “documentation”, “patient safety”, “improvement” and “further development”. Category 3: Satisfaction with the Organization of Work in the Operating Theater, which is formed from the codes “I am partially satisfied/satisfied”, “ignorance and disinterest of the staff”. Category 4: Strategy for the New Organization of Work in the Operating Room, which is formed by the codes “quality training”, “training 1-on-1”, “documentation”, “management”, “coordination”, “supervision” and “greater authority of managers/nurses”. Category 5: Systematization of Work in the Operating Room, which is formed by the codes “systematization of work”, “operating room”, “national recommendation for systematization of work in the operating room”, “nurse with bachelor's degree” and “manager/nurse”. Category 6: Organization of Employee Training, which is formed by the codes “training in the operating theater”, “sporadic transfer of knowledge from older to younger people”, “there is no documentation of the training process”, “specialist conferences and courses”.

From the selected codes based on the survey, it is clear that the three respondents have great knowledge about the operating room, management and its basic functions, and the process organization in the operating room.

They are not satisfied with the current work organization in the operating room, nor with the ignorance and disinterest of the staff. The strategy for the new work organization in the operating theater would be defined in the long term in such a way that the managers/care workers would be given high-quality training and more authority. The systematization of work in the operating theater would be based on the minimum bachelor's degree in nursing, according to a national recommendation for the systematization of work in the operating theater with managers'/nurses' powers in a hierarchical order. The training of healthcare professionals is sporadically organized by transferring knowledge from older to younger people; there is no documented training process, and professional meetings and courses take place.

The need to change the systematization of work in the operating theater is emphasized; in the future we should focus more on training nurses/technicians/instrumentalists in the operating theater and on recording and evaluating trained healthcare personnel.

## LITERATURA

1. Adamou, C. (2014). Business continuity management in international organisations. *Journal of Business Continuity and Emergency Planning*, 7, št. 3, str. 221–229. Pridobljeno dne 30. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578023>.
2. AORN Position Statement on Perioperative Safe Staffing and on-call practices. Pridobljeno dne 7. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.aorn.org/.../posstat-personnel-safe-staffing-on-call-practices.pdf>.
3. Arimany - Manso, J. and Martin - Fumadó, C. (2017). The importance of patient safety. *Medicina Clínica*, 148, št. 9, str. 405–407. Pridobljeno dne 6. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28073511>.
4. Baum, J. A. C. (2005). *Companion to Organizations*. New Jersey: The Blackwell Publishing, Hoboken.

5. Bender, H. J., Denz, C. and Schleppers, A. (2007). The optimization of a medicinal process and the organization of work in an operating-room. *Anesteziologia and Reanimatologia*, 4, str. 6–9. Pridobljeno dne 27. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PROCESS%5BTitle%5D%20AND%20ORGANIZATION%5BTitle%5D%20AND%20WORK%5BTitle%5D%20AND%20OPERATING%5BTitle%5D%20AND%20ROOM%5BTitle%5D>.
6. Bezemer, J., Murtagh, G., Cope, A., Kress, G. and Kneebone, R. (2011). *Scissors, Please: The Practical Accomplishment of Surgical Work in the Operating Theater*. Published by: Wiley on behalf of the Society for the Study of Symbolic Interaction. *Journal Article*, 34, št. 3, str. 398–414. Pridobljeno dne 27. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.jstor.org/stable/10.1525/si.2011.34.3.398>.
7. Buchan, J. M., O'May, F. and Dussault, G. (2013). Nursing Workforce Policy and the Economic Crisis: A Global Overview. *Journal of Nursing Scholarship*, 45, št. 3, str. 298–307. Pridobljeno dne 27. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12028>.
8. Çalimli, O., Türkeli, S., Eken, E. G. and Gönen, H. E. (2014). Mining level of control in medical organizations. *Studies in Health Technology and Informatics*, 205, str. 328–332. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25160200>.
9. Centar za razvoj karijere. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: [http://www.razvoj-karijere.com/baza\\_znanja/stilovi-vodenja](http://www.razvoj-karijere.com/baza_znanja/stilovi-vodenja).
10. Colmont, D. and Marland, F. (2019). The surgical patient self-check list, a new tool for safety before an operation. *Soins Chirurgie*, 64, št. 840, str. 11–16. Pridobljeno dne 6. 1. 2020 s svetovnega spleta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%5BThe+surgical+patient+self-check+list%2C+a+new+tool+for+safety+before+an+operation%5D>.
11. Correia, T. and Denis, J. L. (2016). Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal. *BMC Health Services Research*, 16, št. 2, str. 161–169. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hybrid+managem%2C+organizational+configuration%2C+and+medical+professionalism%3A+evidence+from+the+establishment+of+a+clinical+directorate+in+Portugal>.
12. Feldhaus, I. and Mathauer, I. (2018). Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured review of the literature. *BMC Health Services Research*, 18, št. 1, str. 996–1016. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Feldhaus+I.+Mathauer+I.+Effects+of+mixed+provider+payment+systems+and+aligned+cost+sharing+practices+on+expenditure+growth+management%2C+efficiency%2C+and+equity%3A+a+structured+review+of+the+literature>.
13. Fong, A. J., Smith, M. and Langerman, A. (2016). Efficiency improvement in the operating room. *Journal of Surgical Research*, 204, št. 2, str. 371–383. Pridobljeno dne 21. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27565073>.
14. Foster, T. (2012). Data for benchmarking your OR's performance. *OR Manager*, 28, št. 1, str. 13–16. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375452>.
15. Gouillart, F. J. and Kelly, J. N. (1995). *Transforming the Organization*. New York: McGraw-Hill.
16. Guerriero, F. and Guido, R. (2011). Operational research in the management of the operating theatre: a survey. *Health Care Management Science*, 14, št. 1, str. 89–114. Pridobljeno dne 4. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Guerriero%2C+F.+in+Guido%2C+R.+Operational+research+in+the+management+of+the+operating+theatre%3A+a+surve>.
17. Gutić, D. (2015). *Menadžment u zdravstvu*. Osijek: Grafika d.o.o.
18. Gutierrez, L. S., Santos, J. L. G. D., Peite, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F. and Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, št. 6, str. 2775–2782. Pridobljeno dne 5. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30540056>.

19. Hoepfer, K., Kriependorf, M., Felix, C., Nyhuis, P. and Tecklenburg, A. (2017). Role-specific targets and teamwork in the operating room. *Anaesthesist*, 66, št. 12, str. 953–960. Pridobljeno dne 12. 8. 2019 s svetovnega spleta: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=\).+Rolespecific+targets+and+teamwork+in+the+operating+room](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=).+Rolespecific+targets+and+teamwork+in+the+operating+room).
20. Ingvarsdottir, E. and Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, št. 2, str. 951–960. Pridobljeno dne 7. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28940247>.
21. Kaštelan Mrak, M. (2005). Procesna organizacija – pojam i ishodišta modela uz osvrt na restrukturiranje hrvatske prerađivačke industrije. *Časopis za ekonomsku teoriju i praksu*, 23, št. 1, str. 113–132. Pridobljeno dne 7. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://hrcak.srce.hr/1756>.
22. King, M. (2012). Deep culture. *Journal of Popular Culture*, 45, str. 687–694. Pridobljeno dne 7. 1. 2020 s svetovnega spleta: doi:10.1111/j.1540-5931.2012.00952.x.
23. Ortega - Parra, A. and Sastre - Castillo, M. (2013). Impact of perceived corporate culture on organizational commitment. *Management Decision*, 51, str. 1071–1083. Pridobljeno dne 7. 1. 2020 s svetovnega spleta: doi:10.1108/MD-08-2012-0599.
24. Rodríguez Perera, F. P. in Peiró, M. (2012). Strategic planning in healthcare organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65, št. 8, str. 749–754. Pridobljeno dne 1. 1. 2020 s svetovnega spleta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22699047>.
25. Ross, A., Wenzel, F. J. and Mitlyng, J. W. (2002). *Leadership for the Future: Core Competences in Health Care*, Health Administration Press, AUPHA Press, Chicago. *The Journal of health administration education*, 23, št. 4, str. 367–392.
26. Rothstein, D. H. and Raval, M. V. (2018). Operating room efficiency. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27, št. 2, str. 79–85. Pridobljeno dne 21. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29548356>.
27. Rubino, L. and Freshman, B. (2005). Developing entrepreneurial competencies in the healthcare management undergraduate classroom. *The Journal of health administration education*, 22, št. 4, str. 399–416. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: [https://www.researchgate.net/publication/7290916\\_Developing\\_entrepreneurial\\_competencies\\_in\\_the\\_healthcare\\_management\\_undergraduate\\_classroom](https://www.researchgate.net/publication/7290916_Developing_entrepreneurial_competencies_in_the_healthcare_management_undergraduate_classroom).
28. Schneider, B., Ehrhart, M. G. and Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 6, str. 361–388. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schneider%2C+B.%2C+Ehrhart%2C+M.+G.%2C+%26+Macey%2C+W.+H.+\(2013\).+Organizational+climate+and](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schneider%2C+B.%2C+Ehrhart%2C+M.+G.%2C+%26+Macey%2C+W.+H.+(2013).+Organizational+climate+and).
29. Scott, W. R. and Davis, G. F. (2007). *Organizations and Organizing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
30. Sikavica, P. (2011). *Organizacija*. Zagreb: Školska knjiga.
31. Sikavica, P. and Bahtijarević - Šiber, F. (2004). *Menadžment. Teorija menadžmenta i veliko empirijsko istraživanje u Hrvatskoj*. Zagreb: Naklada MASMEDIA.
32. Simoneaux, S. and Stroud, C. (2014). A strong corporate culture is key to success. *Journal of Pension Benefits*, 22, št. 1, str. 51–53. Pridobljeno dne 4. 1. 2020 s svetovnega spleta: <http://www.aspenpublishers.com>.
33. Ståhl, C. and Andersson, F. (2018). Shifting to Value-Based Principles in Sickness Insurance: Challenges in Changing Roles and Culture. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, št. 4, str. 730–739. Pridobljeno dne 1. 1. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shifting+to+Value-Based+Principles+in+Sickness+Insurance%3A+Challenges+in+Changing+Roles+and+Culture>.
34. Standards of Perioperative Nursing Pridobljeno dne 4. 1. 2020 s svetovnega spleta [https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/aorn-standards/ii-01\\_standards\\_2015.pdf](https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/aorn-standards/ii-01_standards_2015.pdf).
35. Šoša, T. et al. (2007). *Kirurgija*. Zagreb: Naklada Ljevak d.o.o..
36. Ugur, E., Kara, S., Yildirim, S. and Akba, E. (2016). Medical errors and patient safety in the operating room. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 66, št. 5, str. 593–597.
37. Waring, J., Bishop, S., Clarke, J., Exworthy, M., Fulop, N. J., Hartley, J. and Ramsay, A.

I. G. (2018). Healthcare leadership with political astuteness (HeLPA): a qualitative study of how service leaders understand and mediate the informal 'power and politics' of major health system change. *BMC Health Services Research* 3, 18, št. 1, str. 918. Pridobljeno dne 2. 1. 2020 s svetovnega spleta: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Waring%2C+J.%2C+Bishop%2C+S.%2C+Clarke%2C+J.%2C+Exworthy%2C+M.%2C+Fulop%2C+N.J.%2C+Hartley%2C+J.+in+Ramsay%2C+A.I.G.+\(2018\).+Healthcare+leadership+with+political+astutenes](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Waring%2C+J.%2C+Bishop%2C+S.%2C+Clarke%2C+J.%2C+Exworthy%2C+M.%2C+Fulop%2C+N.J.%2C+Hartley%2C+J.+in+Ramsay%2C+A.I.G.+(2018).+Healthcare+leadership+with+political+astutenes).

---

*Enesa Kadirić, zaposlena v Kliničkem bolniškem centru Rijeka u Hrvatskoj*

*E-naslov: enesaarmada@gmail.com*

*Mateja Šimec, predavateljica na Univerzi v Novem mestu, Fakulteti za zdravstvene vede*

*E-naslov: mateja.simec@uni-nm.si*