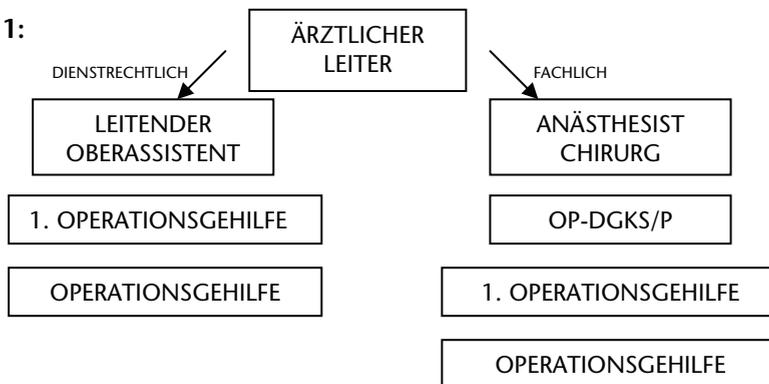


DER OPERATIONSGEHILFE

Über die Berufsgruppe des Operationsgehilfen (OPGH) gibt es wenig Informationen. Die neue Ausbildung wird in Österreich ab 2012 curricular und gesetzlich verändert. Der Lehrplan und die fachpraktische Ausbildung umfassen in Zukunft ein Ausmaß von ca. 1000 Stunden. Bei den heutigen beruflichen Anforderungen eine positive Reform.

Sehr unterschiedlich ist die Hierarchiestruktur der OPGH. Der OPGH gehört in die Gruppe der Sanitätshilfsdienste (SHD), wobei die Berufsgruppe möglicherweise in Zukunft als Medizinische Assistenzberufe (MAB) geführt wird, was aber in der Hierarchie und der Zuordnung nichts Wesentliches verändern wird. Sie ist wie folgt:

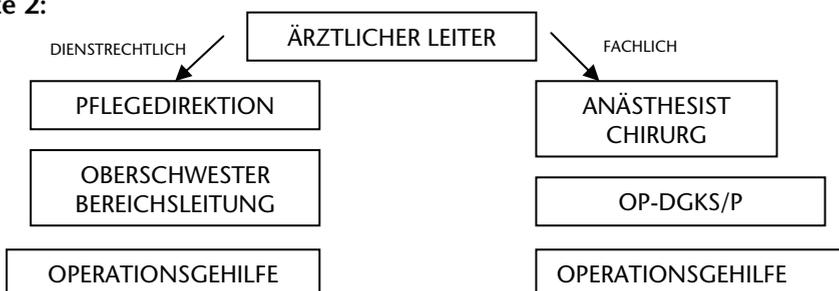
Variante 1:



Die Hierarchiestruktur ist keine Aussage über die **Zusammenarbeit**, denn diese soll **mit allen Berufsgruppen** vorhanden sein.

In vielen Spitälern ist der OPGH dienstrechtlich der Pflegedirektion zugeordnet. Dies entbindet aber den Anästhesisten/Chirurgen nicht von der fachlichen Verantwortung.

Variante 2:



Die Tätigkeiten des OPGH erstrecken sich von einfachen Hilfsdiensten bis zu hochqualifizierten Aufgaben. In der Vergangenheit hat es sich für den Ablauf vor, während und nach der Operation als positiv erwiesen, wenn sich der OPGH verstärkt um den technischen Bereich im OP kümmert. Es ist daher erforderlich, schon beim Eintritt eines neuen Mitarbeiters bestimmte Qualifikationen, wie physische und psychische Belastbarkeit, technisches Verständnis und starke Teamfähigkeit vorauszusetzen. Teamfähigkeit ist in einem OP-Team ein wichtiger Faktor, da mehrere Berufsgruppen „Hand in Hand“ zum Wohl des Patienten zusammenarbeiten sollen.

Neue Mitarbeiter sollten schon bei der Aufnahme in Kenntnis gesetzt werden, dass ihr zukünftiger Beruf eine immerwährende Lernphase ist. Die Operationstechniken und medizinisch technischen Geräte sind einer ständigen Verbesserung und Erneuerung unterworfen und verlangen Lernbereitschaft und Flexibilität bei der Umstellung auf Neues.

Die berufliche Aufstiegschance zum leitenden OPGH (1. OPGH) ist gegeben, setzt aber einige Eigenschaften voraus:

- hohe fachliche Kenntnisse – mindestens 5-jährige Berufserfahrung
- Führungs- und Teamqualität – die Teamleitung von bis zu 30 und mehr Mitarbeitern kann Schwerarbeit sein
- Kommunikationsfähigkeit mit anderen Berufsgruppen
- Fortbildungen organisieren und teilweise selbst durchführen

Stellenbeschreibung des Operationsgehilfen

Die Operationsassistenten umfasst die Assistenz von Ärzten bei der Durchführung von operativen Eingriffen nach ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht eines Arztes oder eines Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheit und Krankenpflege.

Der Tätigkeitsbereich der Operationsgehilfen umfasst:

1. Die Annahme, die Identifikation und Vorbereitung der zu operierenden Patienten einschließlich der Organisation des An- und Abtransportes
2. Die Vorbereitung des Operationssaales hinsichtlich erforderlicher Gerätschaften und Lagerungsbehelfe einschließlich deren Überprüfung auf Funktionstüchtigkeit sowie deren Wartung
3. Die Assistenz des Operateurs bei der Lagerung der Patienten
4. Postoperative Wartung der technischen Geräte
5. Unterstützung der Anästhesie und der Instrumentarin

6. Assistenz bei der Aufbereitung der Gerätschaften und Instrumente
7. Die Aufbereitung und Funktionskontrolle der technischen Geräte
8. Die Assistenz bei der Umsetzung der Hygienerichtlinien hinsichtlich des Operationsraumes, der Gerätschaften und der Instrumente

Arbeitsablauf

Die Tätigkeiten des OPGH beginnen mit dem Transfer des Patienten zum OP-Bereich. Dies ist in vielen Häusern unterschiedlich, wird aber als Qualität für den Patienten (Information über das „Kommende“) gewertet und daher immer öfter eine Aufgabe des OPGH (siehe Patiententransport). In der Patientenschleuse wird der Patient von einem OPGH übernommen (siehe Patientenschleuse – Umbettung), auf einen für die Operation vorbereiteten OP-Tisch (siehe OP-Tisch) gelagert und mit diesem in den OP gebracht.

Falls der Anästhesist keine Unterstützung benötigt – nicht immer ist eine Anästhesieschwester/Pfleger zur Verfügung –, kann der OPGH die für die Operation notwendigen Geräte (siehe Technik im OP) bereitstellen, einschalten und einen Funktionstest durchführen.

Auf Anordnung des Anästhesisten unter Beisein des Chirurgen wird der Patient vom OPGH in die für die Operation notwendige Lage (siehe Lagerungen) gebracht. Diese soll dem Chirurgen den bestmöglichen Zugang gewährleisten, aber trotzdem für den Patienten eine physiologisch bequeme Lage sein. Die Endverantwortung der Lagerung des Patienten haben der Anästhesist und/oder der Chirurg.

Nach der Desinfektion des Operationsgebietes, welche von der OP-Schwester/Pfleger (in Folge OPSR), in manchen Bereichen auch vom OPGH oder vom Chirurgen selbst durchgeführt wird, wird mit Unterstützung der Assistenz steril abgedeckt.

Im Anschluss werden die für die Operation notwendigen Geräte mit der OPSR angeschlossen und aktiviert:

- Kamera
- Lichtquelle
- Insufflator
- Saug- und/oder Spülsystem
- HF-Gerät, oder Alternativgeräte – z.B. Ultracision usw.
- Bohrer und/oder Säge
- Aktivieren der Blutsperre oder -leere

- Navigationssystem
- Abdecken vom C-Bogen (Röntgen), O-Arm (intraoperatives CT)
- Bildübertragung ans Netz

Die Einstellungen müssen vom Chirurgen bestimmt und überprüft werden. Sie werden auf Wunsch des Chirurgen in der Einstellung verändert.

Während der Operation muss der OPGH für Veränderungen an den Geräten, wenn kein RTA zur Verfügung steht, den C-Bogen bedienen, für eventuelle Foto- oder Videoaufnahmen und zur Versorgung von OP-Präparaten zur Verfügung stehen.

In Akutsituationen sind die Kenntnisse des OPGH auch als unsteriler Pflegeassistent sehr von Vorteil. Bei Ausfall einer OPSR können bestimmte Tätigkeiten durch den OPGH ersetzt und an ihn delegiert werden.

Nach Abschluss der Operation muss der OPGH mit dem Arzt und/oder der OPSR den Verband anlegen. Sollte keine Anästhesieschwester zur Verfügung stehen, so hilft der OPGH dem Anästhesisten beim Ausleiten der Narkose.

Nachdem der Patient vom OPGH und dem Chirurgen und/oder dem Anästhesisten in das Bett umgelagert wurde, wird der Patient in die Aufwachstation gebracht, wo er vom Anästhesisten dem Personal der Aufwachstation mit Angaben für die weitere Überwachung übergeben wird.

Die abschließenden Arbeiten des OPGH sind nun, die Operationspräparate an die Histologie weiterzuleiten, die von ihm verwendeten Geräte und den OP-Tisch zu reinigen, die nötige Flächendesinfektion durchzuführen, verbrauchtes Material nachzufüllen und für die nächste Operation vorzubereiten. Der OP soll jederzeit einsatzbereit sein.

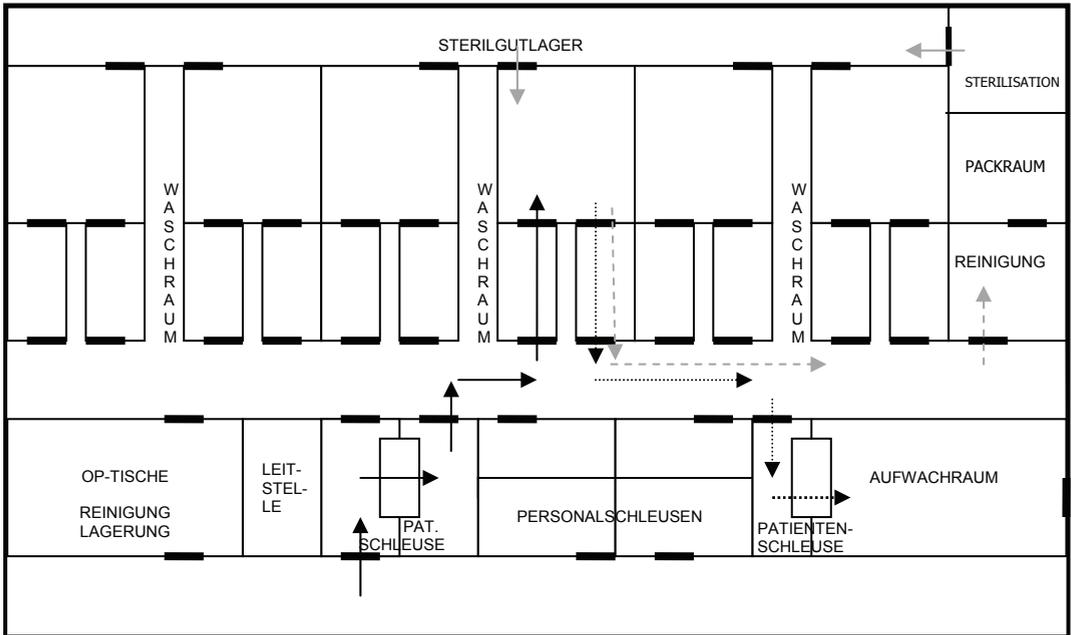
Arbeitsplatz

Es gibt Richtlinien im Planungshandbuch des Wiener Krankenanstaltenverbundes für den Bau neuer Operationseinheiten bezüglich Größe und Ausmaß eines Operationssaales. Bei Neubauten kann dies berücksichtigt werden. Jedoch bei Altbauten – und derer gibt es genug in Österreich – wird die Einhaltung dieser Richtlinien nicht immer realisierbar sein. Es ist aber, unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit, eine weitgehende Annäherung an den Standard zu erreichen.

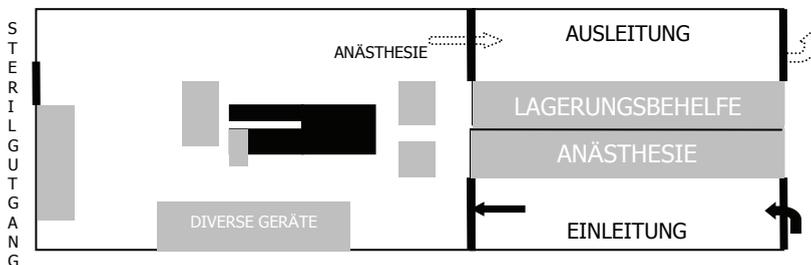
Die Größe des Operationssaales richtet sich wie folgt an zwei Beispielen:

- für allgemeinchirurgische Operationen sind 36 m² Nutzfläche Untergrenze
- für Augenoperationen sind 32 m² Nutzfläche Untergrenze

Ein Beispiel für eine Zentral-OP-Einheit:



- ▶ Weg des Patienten vor der Operation
- ⋯▶ Weg des Patienten nach der Operation
- ▶ Weg der sterilen Instrumente
- - -▶ Weg der kontaminierten Instrumente



Bei den oben gezeigten Beispielen sind nicht alle Einrichtungsgegenstände eingezeichnet, wie die Monitore des Röntgen, Navigationsgeräte, Operationsmikroskop und PC für Protokoll und Bildübertragung. Die zur Operation notwendigen Geräte werden in Folge noch beschrieben.

Gut zu erkennen ist der Kreislauf der Patienten. Operativ behandelte Patienten kommen mit wartenden Patienten nicht in Kontakt. Dies ist für die Psyche eines wartenden