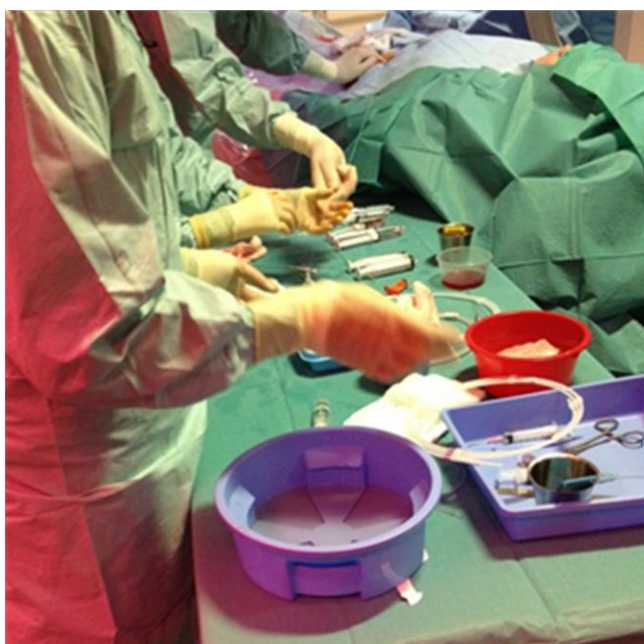
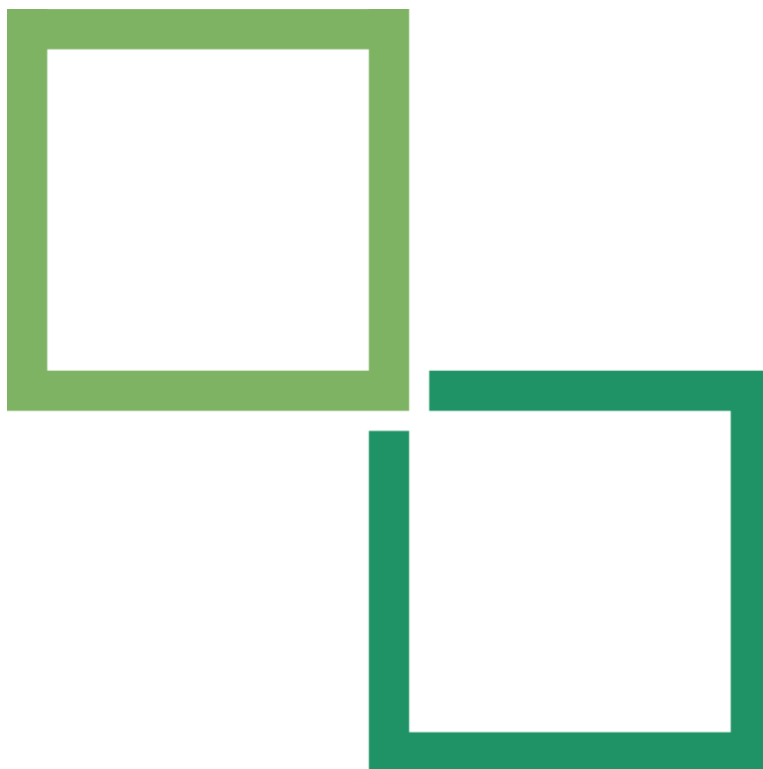




Helle Sofie Wentzer

At skabe sikkerhed, effektivitet og tryghed på operationsstuer

Operationsassisterende arbejde
på hospitaler

Sammenfatning af publikation
fra KORA

*At skabe sikkerhed, effektivitet og tryghed på operationsstuer
– Operationsassisterende arbejde på hospitaler. Sammenfat-
ning af publikation fra KORA kan hentes fra hjemmesiden
www.kora.dk*

© KORA og forfatteren

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-828-4
Projekt: 10723
September 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

Indledning.....	4
Operationsteamet	4
Den operationsassisterende funktion	5
De operationsassisterendes opgaver.....	5
Koordinering af det enkelte operationsforløb	6
Koordinering af stuens samlede operationsflow	7
Risiko-taksonomi.....	8
Risiko-niveau 0	8
Risiko-niveau 1	8
Risiko-niveau 2	8
Risiko-niveau 3	8
Risiko-niveau 4	9
Risiko-niveau 5	9
Krav til de operationsassisterendes faglige kompetencer	9
Stigende specialisering	10
Egne ønsker	10
Udfordringer	11
Krav om akutberedskab	11
Krav til produktivitet	11
Patientinddragelse	11
Informations- og kommunikationsteknologi	12
Status: Krydspres i praksis.....	12

Indledning

Operationer er som udgangspunkt forbundet med risiko. I det team, der foretager operationer, indgår blandt andet medarbejdere, som udover den behandlende funktion varetager en operationsassisterende funktion, der bidrager til at skabe sikkerhed, effektivitet og tryghed omkring operationerne.

Region Hovedstaden har fået udarbejdet en kortlægning af den operationsassisterende funktion på operationsstuerne. Formålet med kortlægningen er at kvalificere en drøftelse af, hvordan den operationsassisterende funktion kan varetages fremadrettet.

Kortlægningen er gennemført af KORA i perioden januar til og med juni 2014 på baggrund af observationer og interviews på fire operationsafsnit på regionens hospitaler. De fire afsnit varetager både akutte og planlagte operationer inden for de seks specialer gynækologi, obstetrik, ortopædkirurgi, abdominalkirurgi, karkirurgi og pædiatrisk kirurgi.

Figur 1 Dataindsamling og analyseforløb



Dette er et sammendrag af kortlægningen. Hovedrapporten indeholder flere detaljer om baggrund, metode og resultater, herunder et omfattende empirisk materiale med praksisnære beskrivelser af operationerne.

Operationsteamet

Et operationsteam består typisk af mindst fem personer fra følgende faggrupper:

- En kirurg fra det lægefaglige speciale, ofte med assisterende læge/medicinstuderende
- En anæstesiolog
- En anæstesisygeplejerske
- To operationsassisterende medarbejdere (sygeplejerske/social- og sundhedsassistent/operationstekniker)
- En jordemoder i forbindelse med kejsersnit

Den operationsassisterende funktion er opdelt i en steril og en usteril. Sterilfunktionen er sterilt klædt og har opmærksomheden rettet mod operationslejet, kirurgen og assistancebordet. Den usterile funktion har en bred opmærksomhed mod hele teamet, men også ud af stuen mod

resten af organisationen og de relaterede funktioner fra operationsgangen, sengestuer og andre afsnit.

De enkelte operationsteams er ikke faste, men har en flydende organisering, således at personalesammensætningen og antallet på stuen kan variere i løbet af en dag. Kirurgerne, anæstesiologen og jordemoderen kommer og går, afhængig af lægernes speciale, operationens type, og hvor langt man er i operationsforløbet. De to operationsassisterende og anæstesisygeplejersken bliver på operationsstuen, hvor de rydder op imellem operationerne, gør stuen klar til næste patient, og gør patienterne klar til operation.

I operationsteamet er der følgende fordeling af funktioner og opmærksomhed under et operativt indgreb:

- anæstesen overvåger patientens tilstand (vitale værdier, medicin og almene trivsel)
- kirurgen fokuserer på operationsfeltet, sine hænder, instrumenter og bevægelser
- den operationsassisterende i steril fokuserer på kirurgens behov, på indgrebets karakter og sikkerhed omkring patienten, samt at der er styr på instrumenter og udstyr på assistancebordet og i den sterile zone om patientlejet
- den operationsassisterende i usteril har en bred opmærksomhed ud i rummet og går til hænde, eksempelvis ved at bringe materialer fra de omkringliggende skabe. Den usterile assistance fokuserer på, at teknologierne er operable, at kommunikation til og fra stuen via pc og telefon afvikles, herunder kontakten til operationsgangen og de øvrige personaler med betydning for det samlede operationsforløb, fx portøren, rengøringen, sengeafdelingen og laboratorier, samt at patientinformationer afstemmes og 'sikker kirurgi' dokumenteres.

Den operationsassisterende funktion

Den operationsassisterende funktion varetages af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller operationsteknikere. Sidstnævnte faggruppe har en uddannelse, der er målrettet operationsstuer og hidtil har været udbudt i Region Hovedstaden.

Sygeplejerskerne udfører den operationsassisterende funktion inden for alle operationsspecialerne.

Social- og sundhedsassistenterne og operationsteknikerne assisterer i det her observerede materiale kun ved de ortopædkirurgiske operationer og har en afdelingssygeplejerske eller specialesygeplejerske som backup/vejleder.

De operationsassisterendes opgaver

De operationsassisterende personaler i steril og usteril funktion bidrager samlet til to hovedopgaver på operationsstuen:

- De assisterer under det enkelte operationsforløb
- De sikrer flow i forhold til at afvikle stuens samlede operationsplan.

Det overordnede formål med de operationsassisterendes arbejde er at skabe sikkerhed, effektivitet og tryghed på stuen både i forhold til patienten og i forhold til teamet som helhed. Det gør de ved at varetage følgende opgaver:

Sikkerhed

- Sikre sterile forhold på stuen
- Sikre at alle, der kommer på operationsstuen, har en steril, hensigtsmæssig adfærd
- Opretholde en skarp adskillelse mellem den usterile zone, som patienterne kommer fra, og den sterile zone, som patienterne skal ind i på operationslejet og forblive i, indtil operationen er afsluttet
- Opbygge stuen, lejet, assistancebordet, kontrollere instrumenter og materialer og klargøre patienten i henhold til det enkelte speciale og det konkrete indgreb
- Skærme patienten mod smittefare, infektion, skader og uheld
- Tage hånd om teamsamarbejdet ved at understøtte en god stemning og skabe ro, så kirurgen kan bevare koncentrationen i operationsfeltet
- Forbinde patientens operationslukning
- Fjerne den sterile tildækning af patient, leje, maskiner og instrumenter
- Optælle instrumenter og sende dem til steril vask
- Håndhæve principperne og dokumentationen for 'Sikker kirurgi'.

Effektivitet

- Koordinere forløbet fra patienten kaldes til operationsstuen og forlader den igen
- Koordinere flowet på stuen og til de omkringliggende lokaliteter (operationsgangen og øvrige relevante hospitalsafsnit i form af sengeafsnit, specialafdelinger og laboratorier)
- Koordinere operationsprogrammet på stuen med henblik på at nå produktionsplan og undgå aflysninger, overarbejde eller uhensigtsmæssigheder ved vagtskifte.

Tryghed

- Sikre at kirurgen kan bevare opmærksomheden og koncentrationen i operationsfeltet ved at forudse operationsforløbet, fortolke kirurgens behov og overrække funktionsduelige instrumenter og udstyr
- Drage omsorg for patienten
- Bidrage til en god stemning, så teamet fungerer optimalt sammen
- Holde sig opdateret på udviklingen i specialet, nye instrumenter, teknologier og procedurer.

Koordinering af det enkelte operationsforløb

Et operationsforløb består af tre faser: klargørelse, operation og afslutning. Når operationsassistenten assisterer ved patientforløb, er arbejdet delt mellem steril og usteril assistance.

Under klargøringen er arbejdsdelingen mellem usteril og steril assistance overvejende, at usteril bygger lejet op og henter ekstra udstyr, eksempelvis i form af maskiner og tilbehør, der skal bruges under operationen. Det er også den usterile assistance, der sammen med anæstesisygeplejersken tager imod og lejr patienten.

Imens klargør steril assistance assistancebordet og de instrumentbakker, som er udvalgt med kirurgen til indgrebstypen. Opbygning af leje, lejring af patienten og indholdet af instrumentbakkerne varierer alt efter operationsspeciale og den specifikke patientcase.

De usterile og sterile funktioner hjælpes ad i en indforstået koordinering mellem det sterile og det usterile med at vaske og afspritte patienten, tildække patienten med sterilforklæder og

pakke sterile materialer og særlige instrumenter ud. Når stuen er klargjort, og patienten er bedøvet af anæstesi og klar til indgrebet, kaldes kirurgen over telefonen.

Under operationen står steril assistance mellem assistancebordet og kirurgen og understøtter dennes arbejde i operationsfeltet ved så vidt muligt at forudse indgrebets forløb. I praksis betyder det, at kirurgen kan fastholde sin opmærksomhed i operationsfeltet, idet steril er på forkant med, hvilke instrumenter kirurgen skal bruge. Ideelt set rækker kirurgen blot hånden frem og modtager instrumenter eller lignende.

Usteril assistance skal i operationsfasen både sikre, at apparaterne kører, som de skal, at lysindstillingerne passer til indgrebstypen, og at lysindfald og skærme er justeret, så de passer til kirurgens synsfelt. Usteril assistance kan også under lange operationer bistå de opererende med noget at drikke, da de opererende i det sterile felt ikke må røre ved noget usterilt. Usteril assistance tager sig også af den løbende dokumentation og af kommunikationen ud af stuen. Det kan være at kontakte randfunktionen over telefonen eller at skaffe ekstra materialer eller instrumenter.

Ved afslutning af operationen sørger den usterile assistance også for, at det, der operativt er blevet fjernet fra patienten, om nødvendigt sendes videre på hospitalet til analyse i den rette afdeling. Den assisterende i sterilfunktion sørger for at forbinde patientens operationslukning efter operationen og tage kateter ud. Steril og usteril assistance varetager begge oprydning, og steril assistance tager sig af, at instrumenterne gøres klar til at blive steriliseret. Usteril assistance sørger for, at patienten kommer fra stuen til opvågning eller andet, herunder kontakter portør. Usteril assistance kan også foretage anden kommunikation som fx at informere ventende pårørende.

Koordinering af stuens samlede operationsflow

Udover at assistere ved den enkelte operation skal de operationsassisterende sikre, at dagens samlede operationsprogram for operationsstuen bliver afviklet inden for tidsrammen og uden unødige forsinkelser.

It-systemet ORBIT er et helt centralt koordineringssværktøj, hvori alle planlagte operationer er booket, og hvor varigheden af de enkelte operationer er beregnet ud fra blandt andet kirurgens knivtid kaldet "Rød tid" og anæstesiens tid kaldet "Grøn tid". "Hvid tid" er hele lejets åbningstid og dækker dermed alle faser af indgrebet, herunder også de operationsassisterendes tid med at forberede operationen og rydde op bagefter.

Disse tidsnormer er direkte styrende for planlægningen og har indirekte betydning for produktionen, idet teamet forsøger at holde tidsrammen (= "Hvid tid"). Overholdes tiden ikke, kan det påvirke lægernes produktionstid negativt, lige som man risikerer at skulle aflyse operationer. Booking, flytning og aflysning af operationstider styres centralt på operationsafsnittene med afdelingssygeplejersker, anæstesilæge, afsnitsleder og evt. flowmaster med inde over beslutningerne.

De operationsassisterende spiller en bærende rolle for, at programmet gennemføres, og flowet holdes ved at afvikle tiden imellem operationerne og selve operationerne på den mest effektive måde.

Risiko-taksonomi

Der er forskellige grader af risiko forbundet med de enkelte indgreb og på tværs af operations-specialerne. Rapporten præsenterer en risiko-taksonomi for operative indgreb, der forudsætter forskellige niveauer af operationsassisterende kompetencer. Denne taksonomi er ikke fuldstændig, men udarbejdet på baggrund af det empiriske materiale. Der er således forskelle imellem opgaverne, færdighederne og kompetencerne for de operationsassisterende i forhold til at skabe forudsigelighed og sikkerhed under operationerne. Jo højere risiko ved operationen, jo større krav til:

- Kirurgens koncentration
- Kendskab og evne til at forudsige operationens forløb og kirurgens behov
- Stemningen, herunder trygheden i teamet
- Fleksibilitet i opgaveløsningen
- Ansvar for instrumenter
- Dokumentationsopgaver
- Koordinering
- Patientomsorg
- Håndtering af informationsteknologien

Risikoforskellene kan opstilles i en taksonomi, der sonder mellem seks niveauer af komplikationer, hvor risici forbundet med operationen stiger fra niveau 0 til niveau 5.

Risiko-niveau 0

Risiko-niveau 0 dækker operative indgreb med meget lav risiko, hvor kirurgen ikke har behov for operationsassistance.

Risiko-niveau 1

Små indgreb med lokalbedøvelse eller mindre. Der er tale om basale og veldefinerede grundopgaver med simple procedurer, få instrumenter og meget lav risiko. Kravene til den operationsassisterende er begrænset til basal instrumenthåndtering.

Risiko-niveau 2

På niveau 2 er risikoen ved operationer større, men til gengæld er det blevet automatiserede operationer, hvor centrale elementer er kendskab til det tekniske/maskinelle udstyr, den specifikke type operation og de tilhørende instrumenter.

Risiko-niveau 3

Niveau 3 er specialiserede, komplekse operationer, hvor der ikke er risiko for patientens liv her-og-nu, men indgrebets kompleksitet og omfang udgør en tilsvarende større risiko. Risikoen minimeres gennem teamarbejde, hvor non-verbal kommunikation er en del af forudsætningerne for, at det kan lykkes. I disse operationer er den operationsassisterendes funktion at med-

virke til at minimere risici og skabe sikkerhed ved at kunne forudse operationsforløb, herunder kirurgens handlinger.

Risiko-niveau 4

Niveau 4 kan være sofistikeret robotkirurgi i form af standardiserede indgreb, som stiller krav til assistancen om fx fejlfinding på teknologien. Formålet med at anvende denne type kirurgi er at gøre indgrebet minimalt invasivt, så patienten kan komme sig bedst og hurtigst muligt. Overvågning af både patient og teknologi tiltager i takt med teknologiens udvikling og muligheder, eksempelvis overvågning af vitale værdier under de nye former for lejringer og bedøvelser.

Risiko-niveau 5

Niveau 5 er operationer med meget høj risiko, eksempelvis ved skader på et eller flere vitale organer, der forudsætter et højt specialiseret teamsamarbejde og et fælles akut sprog.

Krav til de operationsassisterendes faglige kompetencer

I forbindelse med feltarbejdet er der gennemført interviews med en række centrale aktører, der refererer til, at det faglige fundament forudsætter en basisuddannelse, som gør det muligt at opretholde tryk omkring patienten og i teamet, herunder – som beskrevet i de ovenstående afsnit – selvstændighed, distribueret opmærksomhed, fælles koordinering og evnen til at yde reflektiv assistance. Spørger man interviewpersonerne med ledelsesansvar om, hvilken faglig viden basisuddannelsen garanterer og forudsætter for at varetage den operationsassisterende funktion, svarer de på tværs af casene, at de gennemgående krav til grundkompetencer er basal uddannelse inden for:

- hygiejne
- anatomi
- fysiologi
- grundlæggende sygepleje

Spørger man de operationsassisterende, nævner de også andre faglige kompetencer relateret til deres koordineringsarbejde, der har betydning for varetagelsen af den operationsassisterende funktion, såsom:

- sygdomslære
- medicinhåndtering
- kirurgi
- Kommunikation og patient etik

Varetagelse af den operationsassisterende funktion forudsætter konkret og individuel oplæring på det enkelte ansættelsessted. De ledelsesansvarlige nævner personkarakteristika som lærenem, tænkem, løsningsorienteret, reflekteret, udholdende og hurtig som væsentlige ansættelses- og oplæringskriterier.

Endvidere vurderes selvstændighed at være en afgørende kvalifikation for, at operationsassisterende personale kan bistå kirurgen og indgå i operationsteamet.

Samlet tegner der sig en profil, hvor der til den operationsassisterende funktion er krav om længere tids forudgående praktisk, teknisk og taktisk oplæring i det konkrete speciale. Samtidig skal den operationsassisterende funktion være i stand til at søge eller tage ny viden til sig, reflektere over praksis, have situationsfornemmelse og være fortrolig med arbejdsgangen på operationsstuen.

Den samlede uddannelse og oplæring skal give det nødvendige grundlag for at varetage opgaverne og sikre den nødvendige anerkendelse, autoritet og fleksibilitet til at kunne indgå i operationsteamet.

Stigende specialisering

I takt med den stigende kompleksitet og den stadig dybere faglighed følger også en stigende specialisering af den operationsassisterende funktion for at kunne opretholde evnen til at forudse kirurgens behov. Det indebærer eksempelvis et omfattende instrumentkendskab og specialisering. Specialiseringsbehovet udvikler sig parallelt med forskningsspecialernes, der stiller krav til de operationsassisterende om:

- at evne at sætte sig ind i nye teknologier og instrumenter
- at bistå udviklings- og afprøvningsarbejdet med overvejelser i forhold til ny teknologi
- at levere dokumentation af data til forskning og til nye standardbeskrivelser
- at være opdateret på nye krav til patientinddragelse og omsorg

Egne ønsker

De tre faggrupper står med nogle udfordringer for at kunne videreudvikle og ekspandere deres viden og kompetencer og har selv nogle ønsker til deres fremtidige rolle og uddannelse.

De sygeplejersker, der blev interviewet i forbindelse med feltstudierne, gav udtryk for en faglig selvforståelse med stor vægt på en alliance med patienten, men også på forskningsdimensionen i specialernes udvikling, herunder etiske og teoretiske dimensioner af operationssygepleje. De ser gerne, at regionens tilbud om efteruddannelse i operationssygepleje i form af diplommoduler bliver en formel specialuddannelse i operationssygepleje på linje med fx anæstesisygeplejerskernes.

Social- og sundhedsassistenterne ønsker fortsat at løfte den vigtige opgave, det er at assistere kirurgerne og det samlede operationsteam og bidrage til en effektiv operationsproduktion. De ønsker endvidere anerkendelse af deres kompetencer.

Operationsteknikerne ønsker at kunne assistere specialer på et højere risikoniveau, end tilfældet er i dag, og bredere anerkendelse af deres kompetencer, så de får mulighed for at varetage den operationsassisterende funktion inden for flere specialer og også uden for Region Hovedstaden.

Fælles for de tre fagligheders ønsker til uddannelse er sikring af sammenhæng mellem dokumentation, kommunikation og patientkontakt til specialernes grad af risiko og udvikling.

Udfordringer

Den operationsassisterende funktion er udfordret på flere områder:

Krav om akutberedskab

Over for den ovenfor nævnte udvikling med dybere specialisering og krav hertil er personalet også en del af hospitalernes akutfunktion. Det betyder, at man på nogle operationsafsnit skal være beredte på at kunne gennemføre og assistere akutte operationer, fx om aftenen eller natten med nedsat mandskab på vagt, hvilket stiller krav til vagtplanen om tilstedeværelse af både brede og specialiserede kompetencer, der giver maksimal fleksibilitet.

Samlet peger det på, at der er en praktisk og sikkerhedsmæssig balance mellem på den ene side at have personale til rådighed, der er specialiseret nok til den kirurgiske udvikling med øget teknologisk specialisering, og på den anden side at have et akutberedskab, hvor kompetencerne hos de vagthavende skal være brede for at dække den uforudsigelige karakter.

Krav til produktivitet

Operationsplanen bliver konstant presset af ikke-planlagte hændelser, fx en udebleven patient eller pludselige ændringer i forhold til den planlagte type af indgreb. Samtidig er operationsstuerne underlagt krav om at opfylde behandlingsgarantier og om øget effektivitet. Der er altså en udfordring i at balancere mellem ønsket om effektivisering og optimalt ressourceforbrug på den ene side og på den anden side krav til sikkerhed i kombination med komplekse og uforudsigelige operationer.

Det kan betyde, at teamet på tværs af patientskift på stuen og vagtskifte skal udvise meget høj fleksibilitet og effektivitet for at tilgodese den enkelte patients behov og hensynet til den næste patient samt operationsplanen. Der kan derfor potentielt opstå dilemmaer mellem at varetage det enkelte patienthensyn og bidrage til flowet og effektiviteten af det samlede program.

Produktionspresset kan betyde, at teamet forsøger at vinde tid ved at nedbringe lejets åbnings-tid, "Hvid tid", herunder de operationsassisterendes tid til at klargøre stuen og afslutte operationen. Disse opgaver dokumenteres ikke direkte i koordinationsredskabet ORBIT, hvorved produktivitetspresset – også indirekte – kan bidrage til, at de operationsassisterende opgaver usynliggøres og taber legitimitet i teamet, herunder opgavernes betydning for kvalitet og sikkerhed. Øget dokumentation af de operationsassisterendes arbejde er dog en tvetydig løsning, da den også kræver mere tid.

Patientinddragelse

Udviklingen går i retning af, at patienterne i højere og højere grad skal inddrages i egen behandling. Samtidig giver den teknologiske udvikling også nye muligheder under operationen, eksempelvis at patienter ikke er i fuld narkose under operationer. De nye muligheder stiller nye krav til de operationsassisterende om i højere grad at være i kontakt med og inddrage patienten under selve operationen.

Den nye opgave kræver udvidede kompetencer hos de operationsassisterende.

Informations- og kommunikationsteknologi

It spiller en central rolle i varetagelse af koordineringsfunktionen for det enkelte patientforløb, for tilrettelæggelse af det samlede operationsprogram for stuen, men også for teamsamarbejde og den operationsassisterendes rolle, ikke mindst fordi kirurgen i non-invasive indgreb som kikkertkirurgi er afhængig af øvrig skærmteknologi og dataopbevaring. Har kirurgen eller operationsassistenten vanskeligt ved at få adgang til de for operationen centrale it-systemer, forlænger/forsinker det operationen.

I forbindelse med patienters smittefare har den operationsassisterende med sterilt ansvar også brug for at kunne tilgå laboratoriesvar på den enkelte patient for at kunne koordinere en sikker rækkefølge af patienter på det samlede program.

Brugen af it er udfordret af ind imellem ustabil adgang til systemerne, hvilket selvsagt kan få betydning for sikkerheden omkring den enkelte operation, men også for flowet på operationsstuen, da det skaber forsinkelser, ventetid og øger tidspresset på teamet. De operationsassisterende har som oftest kun begrænsede beføjelser og indflydelse på systemernes funktionalitet og drift.

Status: Krydspres i praksis

Kortlægningen og den tilhørende analyse af den operationsassisterende funktion bekræfter den eksisterende viden herom, herunder at denne funktion går ud på at skabe:

- sikkerhed med henblik på at minimere risici og uforudsigelighed, der er vilkår for operative indgreb
- teamsamarbejde mellem flere faggrupper med modsatrettede dagsordener i forhold til på den ene side stadigt større krav om specialisering, herunder udvikling af nye indgrebstyper, og på den anden side teamets og patientens behov for integration af viden i samarbejdet
- videndeling i form af at vide og bistå, hvad hinanden gør
- koordinering i forbindelse med at håndtere uforudsete hændelser og opretholde flowet af patienter

Analysen uddyber også nye aspekter af videndeling og koordinering, ligesom den peger på tryk, digitalisering og specialisering som væsentlige faktorer i teamsamarbejdet.

Rapporten viser, hvordan den operationsassisterende funktion indeholder koordinering, der praktiseres med en dobbeltrettet opmærksomhed, som er afgørende – både for det enkelte patientforløb på operationsstuen og for dets samlede operationsprogram. Instrumenter, materialer og teknologier spiller en central rolle i flowet og koordinationsarbejdet, og de stiller både krav om praktiske og etiske kompetencer.

På baggrund af kortlægningen kan det konstateres, at der for den operationsassisterende funktion i praksis opstår et krydspres mellem:

- at varetage det enkelte patientforløb sikkert og trygt og samtidig nå det samlede operationsprogram
- at oparbejde tryk og sikkerhed i teamsamarbejdet og samtidig være kompetent til at assistere flere operationsspecialer

- at specialerne ikke er statiske, så de operationsassisterendes kompetencer også løbende skal udvikle sig parallelt med den teknologiske udvikling og nye forskningsresultater
- at patientrolle, etik og ansvar i teamet ikke er statiske men ændrer sig i takt med indgrebenes karakter
- at teamsamarbejdet udfordres ved øget it-afhængighed og kompleksitet.

Krydspreset har betydning for:

- Kvalitet og tryghed i teamsamarbejdet, herunder også effektivitet og forebyggelse af utilsigtede hændelser
- Prioritering af og oplæring i operationsassisterende kompetencer i relation til specialernes udvikling.

Med den i rapporten foreslåede risiko-taksonomi kan der identificeres faglige udviklingszoner for uddannelse og oplæring i den operationsassisterende funktion. Taksonomien forudsætter forskellige grader af teoretisk og praktisk kunnen, altså forskelligt tilrettelagte, men successive læringsforløb fra operationer og specialer med lav risiko til standardoperationer med moderat risiko til højrisikable, komplekse operationer.

Risiko-taksonomien angiver endvidere behovet for forskellige kommunikative, teknisk taktile og koordinerende kompetencer hos den operationsassisterende funktion for at indgå i de forskellige krav til eksempelvis at opretholde sikkerhed.

Taksonomien kan således danne et strategisk grundlag for tilrettelæggelse af uddannelsesforløb inden for de operationsassisterende fagområder, der tager højde for dels behovet for forskellige niveauer af kompetencer, dels angiver faglige progressionsmuligheder.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00