

Koronavirus/SARS-CoV-2 - operativ virksomhet ved mistanke om/påvist smitte. Anestesi- og operasjonsrutine, SSA

Side 1 av 4

 Dokumentplassering:
II.SOA.AIO.SSA.4-3

 Godkjent dato:
14.02.2023

 Revideres innen:
14.02.2025

 Sist endret:
14.02.2023

 Revisjon:
2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/ANESTESI/Smittevern

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

Hensikt	Forebygge smittespredning av koronavirus til personell og andre pasienter. Øvrig behandling utover smitteforebyggende tiltak – viser til fagspesifikke prosedyrer.
Gjelder for:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operasjonsteamet (operasjonssykepleier, anestesisykepleier, anestesilege og operatør) ▪ Renholdspersonalet og øvrig personell som har oppgaver inne på stuen
FORBEREDELSE	
Forberedelser	<ul style="list-style-type: none"> • Dersom uavklart smittestatus vurder om operasjon kan vente til smittestatus er avklart. • Pasient som kommer fra karantene (også negativ test) eller som har mistenkt/påvist COVID-19-smitte, skal behandles etter smittevernrutiner for COVID-19. • Vurder om den aktuelle kirurgien kan utføres på isolat (intensiv) hvis pasienten allerede ligger på et slikt rom. • Dersom pasient allerede ligger på isolat på intensiv, vurder intubasjon/ekstubasjon på isolatet. • Varsle Intensiv/PO om behov for postoperativ isolering (se nedenfor). • Operasjonsteamet møtes og legger en plan for nødvendige smittetiltak FØR pasienten hentes. • Minimer antall personer inne på stuen. • Personell utenfor stuen må være tilgjengelig for å hente medikamenter, utstyr og lignende. • Gjennomstikkskap ryddes for levering inn til stua.
Valg av stue	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Stue 2 og 5 forbeholdes og rigges til smittestue, merket koronasmitte.</u>
Ventilasjon	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ordinær ventilasjon.</u>
Stuetrafikk	<p>Stuetrafikk inn på stue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unødvendig ferdsel ut og inn MÅ ikke forekomme. Utstyr inn til stua leveres via gjennomstikkskap. <p>Stuetrafikk ut av stue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stue og dør til forberedelsesrom og skyllerom til stue 2 og 5 merkes covid-smitte.
Operasjonsstue	<ul style="list-style-type: none"> • Utstyr som ikke skal brukes, tas ut. • Tilsmusset utstyr må tørkes med fuktig NACL-kompress før desinfeksjon. • Sørg for tilgjengelig kjemisk desinfeksjonsmiddel, Oxywipe, overflatedesinfeksjonssprit. • <u>Gule avfallssekker:</u> NB fylles kun HALVFULLE på stue → risiko-avfallsboks på skyllerom.
Mottak av pasient	<ul style="list-style-type: none"> • Fra sengepost/intensiv: Pasient fraktes fra isolat og direkte til operasjonsstuen uten opphold. • Pasienten kommer i ren seng med kirurgisk munnbind. • Pasienten kjøres inn i seng, flyttes over til operasjonsbordet på operasjonsstua. • Pasientens seng oppbevares i sengeventehall adskilt fra andre senger dekket med plast.

**UTSTYR,
SMITTEVERN**

 Utarbeidet av:
 A-C. Bergvik, H. Kveim, H. Topstad, O. Harnes, J. Jettestad, AM Jakobsen

 Fagansvarlig:
 Helene Christina Topstad

 Verifisert av:
 []

 Godkjent av:
 Helene Christina Topstad

 Dok.nr:
 D50473

Dokument-id:
II.SOA.AIO.SSA.4-3

 Utarbeidet av:
A-C. Bergvik, H. Kveim,
H. Topstad, O. Harnes, J.
Jettestad, AM Jakobsen

 Fagansvarlig:
Helene Christina Topstad

 Godkjent dato:
14.02.2023

 Godkjent av:
Helene Christina Topstad

 Revisjon:
2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/ANESTESI/Smittevern

Beskyttelsesutstyr plassering	<ul style="list-style-type: none"> • Tralle med anestesiutstyr anestesi, utenfor arbeidsrom, anestesi • Skuff med beskyttelsesutstyr, arbeidsrom, anestesi skap 1 • Tralle med beskyttelsesutstyr/smittesko opr. /ane. utenfor stue 2/5 • Plakat for av/påkledning henger utenfor stue 2 og 5
Beskyttelsesutstyr: regionalanestesi Beskyttelsesutstyr: aerosol-genererende prosedyrer Beskyttelsesutstyr: Akutt håndtering Sectio/traume ++	<p><u>Ved regionalanestesi uten luftveishåndtering:</u> Hele teamet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kirurgisk munnbind med visir eller kir. munnbind/ beskyttelsesbriller + hjelm, operasjonsfrakk, doble hansker. <p><u>Ved aerosolgenererende prosedyrer som intubasjon/ekstubasjon brukes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesipersonell: Blått protesetøy, Glenn-hjelm, åndedrettsvern FFP2 eller FFP3 +, beskyttelsesbriller/kirurgisk munnbind med visir, Annie-hette XL, operasjonsfrakk, doble hansker (BIOGEL indikator). • Operasjonsteamet i feltet: Hjelm, kirurgisk munnbind med visir eller beskyttelsesbriller, operasjonsfrakk og doble hansker • Andre deltakere: Hjelm, kirurgisk munnbind med visir eller beskyttelsesbriller, operasjonsfrakk og doble hansker <p><u>Akutte pasienter med ukjent/kjent smittestatus:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Åndedrettsvern FFP3 eller FFP2: ALLE i rommet. • Intubasjon og vask/behandling skjer parallelt
PRAKTISK GJENNOMFØRING	
Før opr.start: Ved opr.slutt:	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesisykepleier/lege kler seg før pasienten ankommer/evt. hentes fra intensiv. • Unngå trafikk inn og ut fra stue, se stuetrafikk. • Medisiner/utstyr gis i gjennomstikkskap. • Kun anestesilege og sykepleier er inne på stue under luftveishåndtering, både ved intubasjon og ekstubasjon. • <u>Før operasjonstart, når luftveien er sikret:</u> vent 5 minutter før resten av teamet kommer inn. • <u>Ved operasjonsslutt:</u> operasjonsspl. rydder utstyr og forlater stuen FØR ekstubasjon. • Angående åndedrettsvern FFP2/FFP3 skal ikke gjenbrukes.

ANESTESI	
<u>Uten luftveishåndter.</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk blokader/regionalanestesi der det er mulig. Prosedyre som dråpesmitteregime. <p>INTUBASJON: <u>Kun anestesipersonell på stuen</u></p>

Dokument-id:
 II.SOA.AIO.SSA.4-3

 Utarbeidet av:
 A-C. Bergvik, H. Kveim,
 H. Topstad, O. Harnes, J.
 Jettestad, AM Jakobsen

 Fagansvarlig:
 Helene Christina Topstad

 Godkjent dato:
 14.02.2023

 Godkjent av:
 Helene Christina Topstad

 Revisjon:
 2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/ANESTESI/Smittevern

LUFTVEIS- HÅNDTERING INTUBASJON	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Preoksygenering</u> på tett maske i noen min. Unngå preoksygenering med PEEP på tett maske så langt det er forsvarlig. • Ved <u>nødvendig maskeventilering</u>, ventilér med kun små volum av gangen. Barn maskeventileres som ordinært. • <u>Rutinert personell</u> skal intubere. • <u>Obs stetoskopi/tubeleie</u>: kan være utfordrende med hetter på. Kapnografi viktig indikator. • <u>Ved forventet vanskelig luftveishåndtering</u>: legg evt. GBP-pute på operasjonsbordet før pas. ankomst med tilgjengelig ekstrautstyr utenfor stue. • <u>Uventet vanskelig luftvei</u> håndteres etter gjeldende prosedyre. • Intubasjon gjennomføres med RSI (rapid sequence induction), unngå maskeventilering. God anestesi dybde/relaksering for å unngå hosting. • <u>Videolaryngoskopi</u> (fortrinnsvis KingVision) hvis mulig: holde større avstand til pasientens luftvei. Kan man ikke bruke KingVision, brukes evt. bærbar CMAC. Bruk Oxywipe på enheten, blad pakkes i Oxywipe-klut, vaskes deretter i maskin. • Pasienten kobles på anestesiapparat med HEPA- filter både <u>pasientnært</u> og på <u>ekspirasjonssiden</u>. Etter 5 min. kan øvrig personell komme inn på stuen. • <u>Unngå frakoplinger</u> så langt det er mulig. Om nødvendig koble fra bak filteret. • Pasient allerede intubert på intensiv fraktes til operasjonsstuen med engangs Lærdalsbag med HEPA-filter (eller transportrespirator påkoblet HEPA-filter på ekspirasjonsslangen)
EKSTUBASJON - KRITISK FASE.	<p>EKSTUBASJON. <u>Kun anestesi personell på stuen.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Umiddelbart før ekstubasjon reduseres evt. friskgassflow til et minimum. • Ikke koble tuben fra pasientsystemet før pasienten er ekstubert. • TUBEN legges umiddelbart i blank «pedalpose», lukkes, kastes deretter i gul pose. • Inntil <u>pasienten er respiratorisk stabil</u>, tilstrebt tett maske, også ved hoste (bruk tohåndsgrep). <i>Ikke overflytt til intensiv før pasienten er respiratorisk stabil.</i> • Pasienten får på kirurgisk munnbind så snart det er tilrådelig (O₂ på nesebrille under kirurgisk munnbind). • Ved behov for Lærdalsbag under transport, bruk engangsbag m/ HEPA-filter og svivel.
AVSLUTNING	
Avslutning på stua	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Før avslutning av anestesi</u>: • Operasjonssykepleierne rydder ferdig og forlater stua <u>før ekstubasjon</u>. • Anestesi personell blir igjen på stue for ekstubasjon. Pasienten får på kirurgisk munnbind, evt. nesebrille under munnbind etter ekstubasjon. • Avvent transport til intensiv til pasienten er respiratorisk stabil • <u>Ved postoperativ overvåking på operasjonsstua</u>: En anestesisykepleier og evt. operasjonssykepleier har ansvar for videre overvåking. • Operasjonsstua skal stå i 5 min. før rengjøringspersonell starter sine prosedyrer i 4E. • Ved uhell med covid på dagkirurgi, må stua stå 20 min.(ikke LAF-tak 4A)før rengjøring
Avkledning	<ul style="list-style-type: none"> • Etter avsluttet inngrep: alt beskyttelsesutstyr unntatt åndedrettsvern og innerlue for anestesi tas av inne på operasjonsstuen, kastes i gul sekk. Hånddesinfeksjon. • Beskyttelsesbriller/flergangvisir legges på «kompressbordet» for vask/desinfeksjon. • Anestesi personell som skal følger pasienten til intensiv/overleverer til portør/sengepost tar på ny frakk/hansker/skobytte/ beskyttelsesbriller.

Dokument-id:
II.SOA.AIO.SSA.4-3

 Utarbeidet av:
A-C. Bergvik, H. Kveim,
H. Topstad, O. Harnes, J.
Jettestad, AM Jakobsen

 Fagansvarlig:
Helene Christina Topstad

 Godkjent dato:
14.02.2023

 Godkjent av:
Helene Christina Topstad

 Revisjon:
2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/ANESTESI/Smittevern

	<ul style="list-style-type: none"> • Etter avlevering av pasient: ta av beskyttelsesutstyr på intensiv/sluse. Beskyttelsesbriller legges til vask i opr.avd. Hånddesinfeksjon. Gå deretter direkte i garderobe for skifting.
Postoperativ overvåking	<ul style="list-style-type: none"> • Ved behov for postoperativ overvåking inntil 2 timer skal pasienten observeres på operasjonsstue. • Ved behov for lengre observasjon flyttes pasienten til isolat/enerom på intensiv (lokalisasjon etter gjeldende beredskapsplan). Husk å varsle PO/intensiv på forhånd.
SMITTEVASK/ AVFALL	
Desinfeksjon av utstyr og flater før smittevask	<ul style="list-style-type: none"> • Søl fra infeksjøs/organisk materiale på gulv, inventar eller flater tørkes først opp med absorberende materiale/papir, evt. med NaCl før bruk av desinfeksjonsmiddel. • Instrumenter og utstyr som kan varmedesinfiseres settes direkte i vaskedekontaminator eller spyledekontaminator. • Varmeømfintlig utstyr desinfiseres med kjemisk desinfeksjonsmiddel. Synlig tilsmusset – tørk av med fuktig klut før desinfeksjon. • Anestesiventilator demonteres, legges i gul pose, fraktes til vaskedekontaminator. Pasientsirkel inkl. alt engangsutstyr kastes på stua.
Avfallshåndtering	<ul style="list-style-type: none"> • Operasjonsstua rengjøres og desinfiseres etter dråpesmitteregime. • Alt avfall i forbindelse med koronavirus skal håndteres som risikoavfall. II.SOA.AIO.OP , II.SOA.AIO.OP og II.SOA.AIO.OP
Desinfeksjon/ smittevask av operasjonsstue	<ul style="list-style-type: none"> • Stua må stå i 5 min. før vaskeprosedyre settes i gang. Operasjonsstua rengjøres og desinfiseres etter dråpesmitteregime. Rengjøringspersonell må stenge ventilasjonen etter rengjøring og før bruk av robotdesinfeksjon. • Etter robotdesinfeksjon må stua stå i 2 timer før ventilasjons startes på overtrykk igjen. • Ventilasjonen må deretter stå på i 20 min. FØR stua kan tas i bruk.

[II.SOA.AIO.SSA](#) Dräger Primus, bruk og vask av anesthesiapparat etter COVID-19/annen

[II.SOA.AIO.OP](#) Avfallshåndtering - Operasjon - SSA

[II.SOA.AIO.OP](#) LAF-tak - hvordan arbeide under LAF-tak i Operasjon - SSA

[II.SOK.AIO.SSK.](#) Pasienter med mistanke om eller påvist Koronavirus/SARS-CoV-2 som skal til