

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

Side 1 av 4

Dokumentplassering:

II.SOA.AIO.SSA.3.2-3

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/Støttefunksjoner

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:	- Operasjonsteamet (operasjonssykepleier, anestesisykepleier, anestesilege og operatør) - Renholdspersonalet og øvrig personell som har oppgaver inne på stuen
FORBEREDELSE	
Forberedelser	- 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	Stue 2 og 5 forbeholdes og rigges til smittestue, merket koronasmitte.
Ventilasjon	<u>Ordinær ventilasjon.</u>
Stuetrafikk	Stuetrafikk inn på stue: - Unødvendig ferdsel ut og inn MÅ ikke forekomme. Utstyr inn til stua leveres via gjennomstikkskap. Stuetrafikk ut av stue: - Stue og dør til forberedelsesrom og skyllerom til stue 2 og 5 merkes covid-smitte.
Operasjonsstue	- 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	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

 SØRLANDET SYKEHU		Koronavirus/SARS-CoV-2 - Pasienter med mistanke om/påvist smitte som skal til operasjon. Anestesi- og operasjonsrutine, SSA			Side: 2 Av: 4
Dokument-id: II.SOA.AIO.SSA.3.2-3	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/Støttefunksjoner

Beskyttelsesutstyr plassering	- 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 ++	<u>Ved regionalanestesi uten luftveishåndtering:</u> Hele teamet: - kirurgisk munnbind med visir eller kir. munnbind/ beskyttelsesbriller + hjelm, operasjonsfrakk, doble hansker. <u>Ved aerosolgenererende prosedyrer som intubasjon/ekstubasjon brukes:</u> Anestesipersonell: Blått protesetøy, Glenn-hjelm, åndedrettsvern FFP2 eller FFP3 +,beskyttelsesbriller/kirugisk 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 <u>Akutte pasienter med ukjent/kjent smittestatus:</u> Åndedrettsvern FFP3 eller FFP2: ALLE i rommet. Intubasjon og vask/behandling skjer parallelt
PRAKTISK GJENNOMFØRING	
Før opr.start: Ved opr.slutt:	- 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 operasjonsstart, 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</u> luftveishåndter.	Bruk blokader/regionalanestesi der det er mulig. Prosedyre som dråpesmitteregime. INTUBASJON: <u>Kun anestesipersonell på stuen</u>

Dokument-id:
II.SOA.AIO.SSA.3.2-3

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/Støttefunksjoner

LUFTVEIS- HÅNDBTERING INTUBASJON	• <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. • Ved forventet vanskelig luftveishåndtering: legg evt. GBP-pute på operasjonsbordet før pas. ankomst med tilgjengelig ekstrautstyr utenfor stue. • Uventet vanskelig luftvei håndteres etter gjeldende prosedyre. • Intubasjon gjennomføres med RSI (rapid sequence induction), unngå maskeventilering. God anestesiidylde/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 ekspirasjonslangen)
EKSTUBASJON - KRITISK FASE.	EKSTUBASJON. <u>Kun anestesi-personell på stuen.</u> • 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 to-håndsgrep). <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	• <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	• 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/skobytt/ beskyttelsesbriller.

