

PERIOPERATIVT ARBETE

Svensk förening för Anestesi och Intensivvård. Framtagen av Delföreningen
Operationsledning, revision 19-04-05 och delrevision 24-02-28.

Arbetsgrupp och tillika styrelse för Delförening operationsledning:

Lotta Adin-Bergkvist, Västmanlands sjukhus, Västerås

Helena Krook, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

Eva Oddby-Muhrbeck, Danderyd sjukhus, Stockholm

Per Möller, Sjukhusen i väst, Alingsås

Elin Enfält, Gävle sjukhus

Ingrid Östlund, Lund universitetssjukhus

Julian Rex, Östersunds sjukhus

Innehåll

PERIOPERATIVT ARBETE	1
1. Organisation och ansvar	2
2. Ansvarsförhållanden	2
2.1 Hälso- och sjukvårdslag 2017:30 (HSL).....	2
2.2. Verksamhetschefens ansvar	3
2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	3
2.4 Anestesiläkarens ansvar	4
2.5 Anestesisjuksköterskans ansvar	4
2.6 Operationssjuksköterskans ansvar	5
2.7 Undersköterskans ansvar	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3. Bemanning och kompetens	6
3.1 Bemanning och kompetens vid anestesi	6
3.2 Bemanning och kompetens i det postoperativa förloppet.....	6
4. Läkemedelshantering	6
5. Den perioperativa journalhandlingen.....	7
5.1 Operationsanmälan	7
5.2 Hälsodeklaration	7
5.3 Preoperativ anestesi- och bedömningsjournal.....	7
5.4 Anestesijournal	8
5.5 Operationsjournal.....	8
5.6 Den postoperativa journalen	8
6 Kvalitetsuppföljning	9
7 Nationella kvalitetsregister	9

1. Organisation och ansvar

Arbetet på en operationsavdelning är komplext och kräver flexibilitet och improvisation, framför allt i en akut operationsverksamhet. Risker för förväxlingar och missförstånd minimeras genom en tydlig ansvarsfördelning, noggranna rutiner och strukturerad kommunikation.

Organisationen av det perioperativa arbetet skall utgå från patientens behov och ett teambaserat arbetssätt. Det perioperativa arbetet kännetecknas av ett nära samarbete mellan många yrkeskategorier. På en operationsavdelning samarbetar operatörer, operationssjuksköterskor, anestesiläkare, anestesisjuksköterskor och undersköterskor som kan tillhöra olika organisationer. Utveckling och fortbildning måste tillgodoses för samtliga personalkategorier. Verksamheten kräver ett nära samarbete med vårdavdelningar, mottagningar, sterilcentral, förrådslogistik, operationskoordinatorer/-planerare och vårdadministratörer.

I detta dokument utlämnas riktlinjer för ansvarsförhållanden gällande operatörer.

2. Ansvarsförhållanden

2.1 Hälsa- och sjukvårdslag 2017:30 (HSL)

3 kap Allmänt

- 1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.
- Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

4 kap Organisation

- 1 § Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.
- 2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).
- Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.

5 kap Verksamhet

- 1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att vården särskilt ska
 - vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
 - tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
 - bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
 - främja god kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
 - vara tillgänglig
- 2 § Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- 4 § Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- 6 § När hälso- och sjukvården ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

7 kap Organisation, planering och samverkan

- 2 § Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Landstinget ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

2.2. Verksamhetschefens ansvar

- att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet samt främjar kostnadseffektivitet (HSL)
- att ta fram och fastställa ändamålsenliga kvalitetssystem (SOSFS 2011:9, HSLF-FS 2017:12)
- att personalen har nödvändig kunskap och kompetens
- att det finns rutiner och delegeringar
- medicintekniska produkter och deras användning vilket bland bl.a. innefattar säkerhet, installation, skriftliga instruktioner, underhåll och handhavandeträning (SOSFS 2008:1)
- att läkemedelshantering sker enl. HSLF-FS 2017:37
- verksamhetschef behöver inte ha medicinsk kompetens, men utan den kompetensen får hen inte bestämma över vård och behandling av patient.

2.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav
- Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och dennes närstående

- Patienten ska visas omtanke och respekt
- Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (SOSFS 2010:659 Kap 6,1-2§).

2.4 Anestesiläkarens ansvar

Operatör och anestesiläkare har enligt lokala riktlinjer ett gemensamt ansvar för ordination av patientens ordinarie läkemedel samt pre-, per- och postoperativ medicinering.

Läkare med specialistkompetens inom anestesi och intensivvård har det övergripande medicinska ansvaret för:

- Preoperativ medicinsk bedömning inklusive ASA-klassificering, riskbedömning, val av anestesimetod och premedicinering.
- Planering och ordination av luftvägshantering, ventilation och oxygenering, förväntat cirkulatoriskt stöd inklusive vätsketerapi och transfusioner, övervakning och stöd av vitala funktioner och vid behov andra övervakningsmetoder samt postoperativ smärtlindring.
- Inledning, underhåll och avslut av analgesi och anestesi.
- För postoperativ uppföljning av patient efter genomgången anestesi - var god se SFAIs riktlinje "Rekommendationer för postoperativ vård och postoperativ uppföljning". I de fall patienten postoperativt vårdas på annan enhet gäller ansvaret minst till dess vitala funktioner stabiliserats. Anestesiläkaren skall under denna tid vara omedelbart tillgänglig och vid behov aktivt medverka i handläggningen av patienten.

2.5 Anestesisjuksköterskans ansvar

Följande text är hämtad ur "Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård" från 2012, Riksföreningen för Anestesi- och Intensivvård.
<https://www.aniva.se/kompetensbeskrivningar/>

- På ordination av anestesiläkare planera och självständigt genomföra generell anestesi av ASA I-II patienter vid planerade ingrepp
- Planera och tillsammans med anestesiläkare genomföra generell anestesi av ASA III-V patienter vid planerade ingrepp
- Planera och tillsammans med anestesiläkare genomföra generell anestesi av ASA I-V patienter vid akuta ingrepp
- På ordination av anestesiläkare planera, övervaka och självständigt ge sedering vid undersökningar, behandlingar, regionala och lokala anestasier
- Hantera medicinteknisk utrustning och genomföra funktionskontroller enligt gällande författningar och säkerhetsföreskrifter
- Tillsammans med operationsteamet säkerställa patientens identitet, sidomarkering vid pariga organ samt positionering
- Bedöma, etablera och upprätthålla en fri luftväg samt övervaka, assistera eller ventilerar patienten
- Övervaka, observera, dokumentera och följa upp ventilation, cirkulation, anestesidjup och temperatur

- Övervaka, administrera, dokumentera och följa upp patientens blod- och vätskebehov samt vätskebehandling
- Administrera ordinerade anesthesiologiska såväl som övriga intraoperativa läkemedel samt observera och dokumentera effekter av dessa
- Hantera, prioritera och ta snabba beslut vid akuta tillstånd, förebygga komplikationer, identifiera och bedöma avvikelser från normala perioperativa förlopp

Lokalt ska mer detaljerade riktlinjer utformas av verksamhetschef.

2.6 Operationssjuksköterskans ansvar

Följande text är hämtad ur ”Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård” från 2011

<http://www.rfop.se/>.

- Själständigt ansvara för att hygieniska och aseptiska principer tillgodoses så att det kirurgiska ingreppet kan genomföras på ett betryggande sätt samt ansvara för att förebygga och begränsa smitta och smittspridning
- Säkerställa patientens identitet, sidomarkering och ingreppets art
- Instrumentera och assistera vid kirurgiska ingrepp med ett evidensbaserat förhållningssätt
- Tillsammans med operationsteamet ansvara för säker positionering av patienten vid olika kirurgiska ingrepp
- Förebygga uppkomsten av vårdrelaterade skador och komplikationer i enlighet med evidensbaserad vård
- Ansvara för att vävnadsprov omhändertas
- Ansvara för instrumentvård och steriliseringsprocesser
- Uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa såsom stick- och skärskador, medicinska gaser, strålskydd, diatermi, laser, kirurgisk rök, avfallshantering, kemiska, medicintekniska och elektroniska produkter
- Ansvara för och dokumentera intraoperativ läkemedelshantering
- Ansvara för och dokumentera utförandet av kvalitativa och kvantitativa kontroller före, under och efter kirurgiska ingrepp för att förhindra att material oavsiktligt kvarlämnas.

Lokalt ska mer detaljerade riktlinjer utformas av verksamhetschef.

2.7 Undersköterskans ansvar

Från och med 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel. Det innebär att man behöver ett bevis från Socialstyrelsen för att få använda titeln undersköterska inom vård och omsorg (HSLF-FS 2023:14).

Undersköterskan utför:

- Omvårdnadsarbete i samarbete med sjuksköterska och läkare
- Underhåll av medicinteknisk utrustning enligt lokala bestämmelser
- Andra arbetsuppgifter på delegation av verksamhetschef

3. Bemanning och kompetens

3.1 Bemanning och kompetens vid anestesi

Läkare med specialistkompetens inom anestesi och intensivvård har det medicinska ansvaret under hela det perioperativa förloppet. Detta gäller även anestesi vid ingrepp eller procedurer utanför operationsavdelningen med anestesipersonal från operationsavdelningen.

Storleken på operationsavdelningen, patientkomplexitet i form av ASA-klass och vårdtyngd, och riskgradering av kirurgi avgör behovet av antalet närvarande eller omedelbart tillgängliga läkare med specialistutbildning inom anestesi och intensivvård och/eller ST-läkare inom samma specialitet.

Start och avslut av generell anestesi är riskfyllda moment som kräver närvaro av två personer varav minst en med anestesikompetens, det vill säga specialist- eller ST-läkare inom anestesi och intensivvård eller anestesisjuksköterska.

Under pågående generell och regional anestesi gäller följande:

- Om anestesisjuksköterska handhar patienten ska ansvarig, namngiven anestesiläkare (specialistläkare eller ST-läkare) vara omedelbart tillgänglig.
- Om ST-läkare handhar patienten ska ansvarig, namngiven specialist vara tillgänglig enligt lokala rutiner med maximal inställetid på 30 minuter för att vid behov aktivt medverka i handläggningen av patienten.

För barnanestesi hänvisas till SFBaBis riktlinjer.

För procedurrelaterad sedering hänvisas till SFAIs riktlinje.

3.2 Bemanning och kompetens i det postoperativa förloppet

Var god se SFAIs riktlinje ”Rekommendationer för postoperativ vård och postoperativ uppföljning”.

4. Läkemedelshantering

Läkemedelshantering styrs av HSLF-FS 2017:37 (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården).

I kapitel 9 framgår att hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med god och säker vård.

I perioperativa sammanhang anser SFAI att läkare och sjuksköterskor får delegera iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel till någon annan. Med ”någon annan” avses undersköterska. Detta är under förutsättning att:

- Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att hen har förutsättningar att fullfölja uppgiften
- Den som får delegeringen ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen
- Av vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå vilken kompetens och kunskap som krävs för den undersköterska som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel

Verksamhetschefen ska ansvara för att beslut om delegering är förenliga med god och säker vård och att delegeringen omprövas i nödvändig omfattning.

5. Den perioperativa journalhandlingen

5.1 Operationsanmälan

Operationsanmälan ska innehålla anmälningsdatum, anmälade läkare, planerad åtgärd och diagnos, planerad KVÅ-kod, planerad operationstid, planerad operatör, operationsläge, sidomarkering vid pariga organ, prioriteringsgrad, vårdform, vårdande enhet, planerad postoperativ vårdform, tolkbehov, smitta, ASA-klass, önskemål om anestesiform.

Patientjournalen skall inför operation vara tillgänglig och innehålla aktuell anamnes inklusive läkemedel, aktuellt status inklusive vikt, längd, eventuell utredning som till exempel laboratorieundersökningar och EKG. Operatören ska ordinera trombos- och antibiotikaproylax samt vid behov utsättande av antikoagulantibehandling samt trombocythämning.

5.2 Hälsodeklaration

Hälsodeklaration skall finnas tillgänglig vid bedömning inför elektiv kirurgi och om möjligt även inför akut kirurgi. Se SFAI's nationella hälsodeklaration från 2017. Den finns även på 1177.

5.3 Preoperativ anestesibedömningsjournal

Preoperativ anestesibedömningsjournal ska innehålla:

- Förekomst av sjukdomstillstånd i vitala organsystem samt andra faktorer av relevans för anestesigivning
- Längd, vikt (BMI)
- Förekomst av allergi/överkänslighet
- Resultat av väsentliga preoperativa undersökningar
- Aktuella läkemedel
- Ordination av premedicinering
- ASA-klassifikation
- Funktionsgradering
- Luftvägsbedömning

- Eventuella tidigare anestesikomplikationer
- Riskbedömning PONV
- Bedömning av innebörden av befintliga vårdbegränsningar perioperativt
- Ordinationer av fasta
- Anestesiform, inkluderande läkemedel för anestesi
- Planering av initial postoperativ behandling av smärta och PONV efter riskbedömning
- Andra planerade åtgärder eller specifik övervakning och utrustning som till exempel sond, artärkateter, CVK, KAD/timdiures, cellsaver etc.

Den preoperativa riskbedömningen utifrån förväntad hälsovinst med aktuellt ingrepp görs vid behov i samråd med operatör.

5.4 Anestesijournal

Anestesijournal ska föras och omfattar:

- Genomförande och dokumentation enligt de tre delarna i WHO's checklista
- Namn på ansvarig anestesiläkare och anesthesisjuksköterska(-or), operatör(-er), operationssjuksköterska(-or) och övrig personal som deltar vid operationen.
- Patientens kroppsläge och eventuella förändringar av detta
- Identifikation av medicinteknisk utrustning som till exempel anesthesiapparat
- Vid regional anestesi anges: metod, utrustning, sticknivå och utbredning
- Vid generell anestesi anges: metod, utrustning för att upprätthålla fri luftväg
- Övervakade vitala parametrar i enlighet med lokala anvisningar, i normalfallet var 5:e minut
- Läkemedel, vätskor och blodprodukter som administreras under anestesi, så att det tidsmässiga sambandet med vitala parametrar kan följas
- Monitorering av blåsfyllnad/diures
- Blodförluster – så att det tidsmässiga sambandet med vitala parametrar kan följas
- PVK, CVK, artärkateter och andra invasiva åtgärder samt angivande av lokalisering
- Blodtomt fält – tid för anläggande, avslutande samt manschettens trycknivå
- Avlösning eller annan förändring i bemanningen
- Ordinationer inför den postoperativa vården
- Tidsregistrering enligt SPOR's (Svenskt Peri Operativt Register) variabler
- Avvikelse och/eller komplikationer under och i omedelbar anslutning till anestesiförloppet enligt SPOR's perioperativa variabler, Perioperativa Avvikelse och Komplikationer (PAK-OP)

Anestesijournalen utformas enligt lokala önskemål och rutiner och kan anpassas för att omfatta ytterligare information, t.ex. operationsjournal. Det förutsätts att lokala bestämmelser finns för dokumentation av ingrepp och åtgärder. Övrig omvårdnad dokumenteras enligt lokala anvisningar

5.5 Operationsjournal

Det finns idag inga nationella riktlinjer. Dokumentation sker enligt lokala anvisningar.

5.6 Den postoperativa journalen

Postoperativa journal ska dokumenteras och omfattar:

- Vitala parametrar – i normalfallet var 15 min. men grad av övervakning skall anpassas till patientens tillstånd.
- Återkommande skattning av smärta och illamående/kräkningar
- Från operation ordinerade läkemedel, infusioner och blodprodukter
- Tidpunkt och mängd av administrerade läkemedel, infusioner och blodprodukter
- Ansvarig operatör, anestesiläkare och sjuksköterska under den postoperativa perioden
- Sensorisk och motorisk återhämtning efter regionala blockader
- Ordinationer som skall gälla efter utskrivning från postoperativa avdelningen, t ex CVK, epidural, PCA-pump och dränage
- Tidpunkt för och vem som fattat beslutet om utskrivning, eftervårdsnivå, samt för inneliggande patienter, vem som mottar överlämningsrapporten
- Postoperativa ordinationer
- Avvikelser och komplikationer ska dokumenteras enligt SPOR's postoperativa variabellista, Postoperativa Avvikelser och Komplikationer (PAK-UVA)
- Komplikationer som kan påverka den postoperativa vården på vårdavdelning ska dokumenteras i patientjournalen.
- Läkemedel viktiga för det postoperativa förloppet ska införas i patientjournalens läkemedelsmodul.

6 Kvalitetsuppföljning

Uppföljning av patienter leder till kunskaps- och kvalitetsutveckling. Patientdatalagen hindrar inte vårdpersonal att gå in i journal med avsikt att följa upp patient där vårdrelation förelegat. Det åligger vårdgivaren att utforma tydliga lokala riktlinjer.

Referenser: Patientdatalagen(PDL) 2008:355 samt HSLF-FS 2016:40.

7 Nationella kvalitetsregister

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting(SKL) har sedan 2011 ingått överenskommelser om gemensamma satsningar för att utveckla de Nationella Kvalitetsregistren. I maj 2018 har regeringen tagit ett beslut om att utreda inrättandet av statsbidrag till regionala kvalitetsregistercentrum. Hela infrastrukturen för kvalitetsregister är under översyn.

I enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30, kapitel 5, § 4 står det: Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. SFAI anser att deltagande i nationella kvalitetsregister är en viktig hörnsten i att säkra kvaliteten av den vård som ges.

SFAI har medverkat till utveckling av två nationella kvalitetsregister för detta ändamål. Således finns för uppföljning av operationsverksamheten SPOR (Svenskt PeriOperativt Register) och för uppföljning av intensivvårdspatienter SIR (Svenska Intensivvårdsregistret). De är uppbyggda på principen öppna jämförelser, så att varje enhet kan jämföra sig med motsvarande enheter eller med resten av Sverige.

Förutom för kvalitetskontroll av den egna verksamheten över tid, kan dessa register även användas för forskning och utveckling. Det är SFAI-styrelsens rekommendation att varje anesthesi- och intensivvårdsklinik deltar i kvalitetsregister som SPOR och SIR.

PERIOPERATIVT ARBETE

Dessa riktlinjer är utarbetade av styrelsen för SFAI's delförening Operationsledning. Riktlinjerna har den 2019-04-05 godkänts av SFAI's styrelse. En delrevision har genomförts under våren 2024. Riktlinjerna avser att främja en hög kvalitet i patientvården. De är avsedda att vara ett komplement till gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd. Riktlinjerna kommer fortlöpande att revideras som en följd av utveckling och förändring.

Lokalt bör mer detaljerade riktlinjer utformas av verksamhetschef.