

Postoperativ övervakning inom anestesi, operation och intensivvård, AnOpIVA, SÄS

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande av text och innehåll.

Innehållsförteckning

Postoperativ övervakning inom anestesi, operation och intensivvård, AnOpIVA, SÄS	1
Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	3
Förutsättningar.....	3
Genomförande.....	3
Transport	3
Vid ankomst till postoperativ avdelning	3
Övervakning.....	4
Kontroll och dokumentation vid ankomst samt vid upprepade tillfällen:	4
Problem med luftvägen.....	4
Postoperativ smärtbehandling	6
Inför utskrivning från postoperativ avdelning.....	7
Dokumentinformation	7

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Sammanfattning

Dokumentet beskriver rutiner vid transport från operationsavdelningen till postoperativa vårdavdelningen, kontroller under postoperativ övervakning och utskrivning av patienter från postoperativ vård. Det inkluderar också arbetssätt vid luftvägsproblem och rutiner för postoperativ smärtbehandling.

Förutsättningar

Dokumentet gäller rutiner vid postoperativ övervakning för att säkerställa patientens säkerhet och välmående efter kirurgiska ingrepp.

Genomförande

Transport

Efter en avslutad operation bör patienten ha tillräcklig muskelstyrka och vakenhet för adekvat andning och kunna försvara sin luftväg mot sekret eller aspiration. Oavsett anestesiometod bör pulsoxymeter och EKG alltid användas vid transport från operationsavdelningen för att snabbt upptäcka problem såsom ofri luftväg, hypoxi eller arytm. Ansvarig anestesilog avgör övervakningsnivån baserat på patientens behov.

Vid ankomst till postoperativ avdelning

Det är viktigt att ha en noggrann överrapportering mellan sjuksköterskor. Varje sängplats ska vara utrustad med syrgas, övervakningsutrustning, sug, droppställ, blodtrycksmanschett, stetoskop och andra nödvändiga instrument för luftvägsstöd, ventilation och defibrillator.

Övervakning

Övervakningen justeras efter ingreppets karaktär, men vanligast kontrolleras vitala funktioner genom:

- Vakenhetsgrad
- Pulsoxymetri
- Andningsfrekvens
- Hjärtfrekvens
- EKG/Telemetri
- Blodtryck (invasivt eller icke-invasivt)
- Temperatur

Kontroll och dokumentation vid ankomst samt vid upprepade tillfällen:

- Smärtskattning enl VAS, NRS eller smärtskalor för barn FAS, CAS, FLACC
- Operationsområdet för eventuell blödning.
- Motorik och sensorik vid spinal- eller epiduralbedövning
- Vid trauma, kärlkirurgi eller nervskador skall perifert status utföras vilket inkluderar: motorik, sensorik, cirkulation (perifera pulsar och kapillärt återflöde) samt hudförändringar

Detta gäller även vid risk för compartment syndrom, dvs frakturer samt patienter som legat i benstöd.

- Urinproduktion, inkl bladderscan
- Drän och dränförluster
- Ytterligare kontroller kan om det behövs inkludera centralt ventryck, blodgasanalys, TEG/ROTEM, commotio-obs, U-ljud.

Problem med luftvägen

Initialt kan hypoventilation orsakas av CNS-depression eller muskelsvaghet, vilket kan snabbt leda till atelektaser och hypoxi.

Därför viktigt att patienten uppmanas att blåsa i PEEP-pip/mask.

Andra orsaker till hypoxi inkluderar hypovolemi, hjärtsvikt, pneumothorax, lungemboli, lungödem eller aspiration.

Senare kan hypoventilation bero på högt BMI, uppdriven buk eller smärta, och vid regional anestesi måste pneumothorax uteslutas samt phrenicus pares.

Vid tilltagande desaturation, hypoventilation eller annan andningspåverkan skall ansvarig narkosläkare kontaktas omedelbart.

Postoperativ smärtbehandling

Smärtbehandling är viktig för patientens välmående men även ur ett flertal medicinska aspekter (andning/ventilation, kronisk smärta, mobilisering, läkning mm). Multimodal behandling med olika läkemedelsgrupper samt icke-farmakologiska metoder är att föredra.

- Paracetamol och Cox-2-hämmare bör vara grunden för all farmakologisk smärtlindring.
- Opioider: Alfentanil iv. (kortverkande), Fentanyl iv (medellångverkande). Morfin iv/sc (långverkande). Oxycodon iv/sc bör användas vid njursvikt eller sköra patienter då Oxycodon bildar färre aktiva metaboliter jämfört med Morfin.
- Catapressan som tillägg till opioider (både lugnande och additiv smärtlindrande effekt).
- PCA-pump (patientkontrollerad analgesi) med Morfin alt. Morfin+Ketamin.
- Epiduralbedövning med kontinuerlig eller intermitterande tillförsel av Ropivacain (Narop) eller Breivik's blandning (Bupivakain+Fentanyl+Adrenalin).
- Spinalbedövning med eller utan intratekal opioid, (se rutin "[Spinala opioider - övervakningsrutiner](#)").
- Perifera blockader.

Inför utskrivning från postoperativ avdelning

Personalen bedömer (se rutin Utskrivningskriterier från postoperativ avdelning):

- Vakenhet
- Aspirationsrisk, andningskraft, andningsfrekvens
- Muskelstyrka
- Smärtintensitet enligt VAS/NRS/FAS/CAS/FLACC
- Kardiovaskulär status, även perifert status beroende på ingrepp.
- Urinproduktion och andra vätskeförluster
- Illamående och ev. kräkning
- Operationsområde/frakturområde

Hypotension kan bero på otillräcklig volym, blödning eller epidural/spinalbedövning.

Hypertension beror oftast på smärta, men sök även efter annan orsak om VAS <4.

Alla ordinationer ska vara signerade av läkare och vid avvikande förlopp ska ansvarig anesthesiolog kontaktas.

Dagtid till 16.30: ansvarig narkosläkare på sal.

Från 16.30 till 20.00: tel 3329.

Från 20.30 och helgerna: tel 3113.

Inför utskrivning till vårdavdelningen ska totala mängden opioid (Morfin och/eller Oxycodon) givet på postoperativ avdelning registreras i patientjournalens läkemedelsmodul.

Dokumentinformation

Innehållsansvarig

Per Malvemyr, överläkare AnOpIVA, SÄS Borås

Godkännare

Martin Henricson, verksamhetschef AnOpIVA, SÄS Borås

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesiklinik

Innehållsansvar: Per Malvemyr, (perma13), Överläkare

Godkänd av: Martin Henricson, (marhe193), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9004-593667208-39

Version: 6.0

Giltig från: 2025-06-16

Giltig till: 2027-06-13