

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Operation 4
 Sahlgrenska, Operation 4 postoperativ vård, Operation 1 och 8 Sahlgrenska,
 Anestesi 1 och 8 Sahlgrenska
 Innehållsansvar: Mathias Konkel, (matko3), Överläkare
 Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
 Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-12

Giltig till: 2027-11-25

Bröstkirurgi - Anestesirutin

Revideringar i denna version

Flödesbeskrivning. Förändringar gällande blockad.

Innehåll

Revideringar i denna version.....	1
Arbetsbeskrivning.....	2
Anestesi.....	2
Induktion och underhåll.....	2
Speciella läkemedel.....	2
Monitorering.....	2
Infarter/utfarter.....	2
Positionering.....	2
Trombosprofylax.....	2
Antibiotikapofylax.....	2
Premedicinering.....	2
Smärta.....	2
Anestesiologiska beaktanden.....	2
Specialfall – Direktrekonstruktion.....	2
Övrig kirurgi.....	3
Flödesbeskrivning.....	3
Förberedelser inför första patienten och resterande byten.....	3
Operationsslut.....	4
Effektivt arbete mellan byten.....	4
Mål.....	5

Arbetsbeskrivning

Anestesi

Generell, larynxmask alt. intubation

Induktion och underhåll

TIVA/TCI Propofol/Remifentanil.

Speciella läkemedel

Alfentanil på sal (ej uppdragit)

Monitorering

- EKG
- NIVBT
- Temperatur
- Sömdjupsmonitorering

Infarter/utfarter

- PVK enl. rutin ([länk](#))

Positionering

Ryggläge [länk](#). Venkudde rekommenderas. Vid bilateral bröstkirurgi ska båda armarna kläs in sterilt. Använd förlängningar till PVK.

Trombosprofylax

Enl läkemedelsmodul i Melior.

Antibiotikaprofylax

Enl läkemedelsmodul i Melior

Premedicinering

Enl rutin ([länk](#))

Smärta

Kirurgen lägger lokalbedövning (Narop eller motsvarande) i såret.

Inget morfika vid operationslut!

Alfentanil 0,5mg/ml 2ml på sal som dras upp om patient har genombrottssmärta efter väckning.

Anestesiologiska beaktanden

Specialfall – Direktrekonstruktion

I vissa fall så utförs bröstplastik i samma seans som bröstkörtelvävnad avlägsnas.

Vanligtvis lägger man in en permanent protes eller en expanderprotes, men i vissa fall så sker rekonstruktionen med kroppsegen vävnad (ofta en latissimus dorsi lambå). Detta innebär att det kan göra mer ont för patienten postoperativt.

Smärtlindring vid direktrekonstruktion

- Premedicinering enl. rutin ([länk](#))
 - Preoperativ Pecs-blockad av anestesilog v.b, ha en bra dialog kring postoperativ smärtlindring med operatör.
- Tillägg vid opslut – ge Oxycodone 0.05 – 0.1 mg/kg kroppsvikt iv.

Övrig kirurgi

- Vid enbart ablatio mam, skickas preparatet direkt till patologen på is. Inget svar inväntas under tiden patienten är på operation.
- Vid sentinel node, fixeras preparatet i formalin, inget svar inväntas under tiden patienten är på operation.

Mammarröntgen görs på de sektorresektat som indikerats med röntgentät tråd. Svaret inväntas under tiden patienten är på operation.

Flödesbeskrivning

För att få så bra flöde som möjligt på bröstsal är det viktigt att hjälpas åt i teamet. Exempelvis kan arbetet effektiviseras genom att narkosläkare är på sal mellan bytena vilket främjar att hålla nere bytestiden alternativt att anestesiläkare går tillsammans med operationssjuksköterska eller operationsundersköterska till UVA/dagvården. Den personal som inte går till dagvården bör stanna kvar och gemensamt hjälpa till med att städa salen samt förbereda inför nästa patient.

Förberedelser inför första patienten och resterande byten

Personalen träffas för ett litet morgonmöte på salen omkring 7.40. Här diskuteras dagens patienter och vilka eventuella förberedelser som behövs inför varje patient, exv. tillgång till armarna osv. Därefter söver två anesthesjuksköterskor patienten, backup för sövningen är priostartsläkaren som också informeras innan sövning startas, alternativt är det SA som står bakom.

När patienten somnat kan operationsundersköterskan påbörja sitt arbete med bladder, sätta platta, upplägg osv. Då är det önskvärt om operationspersonal från korridoren kan vara behjälplig med

uppdukningen på sal. Om detta inte är möjligt kan man fråga kirurgen om denne kan komma och vara behjälplig.

Om kirurgen inte redan är på plats rings denne då operationssjuksköterskan påbörjar tvätt av patienten. Målet är att kirurgen som senast ska vara på plats när den sista draperingen anläggs.

Operationsslut

Ring ner nästa patient i god tid före operationsslut, detta för att kirurgen då kan gå direkt från operationssal för att prata med nästa patient.

För att effektivisera väckning kan man med fördel följ denna dositering:

1. Be operatören att lägga lokalbedövning innan suturering
2. Ha en 10 ml spruta med Propofol 10 mg/ml uppdragen som backup
3. Sänk Propofol- och remifentanilinfusionen till CPT 2 när kirurgen börjar med subcutan suturering
4. Sänk propofolinfusionen till CPT 1,5 då kirurgen börjar med hudsuturering, bibehåll remifentanilinfusion på CPT 2.
5. Sänk båda infusionerna till CPT 0 då endast 3–4 hudsuturer kvarstår (stäng ej av pumparna)
6. Om patienten inte vaknat vid borttag av drapering flyttas patienten över till säng utan att först extubera/avlägsna larynxmask.

Ovan är endast rekommendationer, individuell anpassning görs vid behov.

Effektivt arbete mellan byten

Kontrollera att städet är påringt vid anestesislut så att städning kan påbörjas så snart patienten rullas ut från salen.

En anestesipersonal och en operationspersonal går tillsammans med patienten till UVA/dagvården. En anestesisjuksköterska eller anestesiläkare stannar kvar på salen och förbereder tillsammans inför nästa patient. Det är önskvärt om det finns en extra X3: a, då kan man starta upp nästa patient snabbare. Anestesiläkare eller anestesisjuksköterska programmerar pumparna. Det är önskvärt att när man inte har en arbetsuppgift gör en "speak-up" för att se om man kan

hjälpa till med något för att underlätta arbetet och på så sätt också minska bytestiden.

När städet sånär är klara hämtas nästa patient av narkosläkare eller narkossjuksköterska och tillsammans med anesthesiundersköterskan kopplas nya patienten upp samtidigt som man utför den preoperativa intervjun.

Mål

Att tillsammans effektivisera arbetet på salen och skapa en hållbar arbetsmiljö, samtidigt som vi kortar bytestider och ger fler patienter möjlighet till operation.

Arbetsgrupp/Granskare

Oskar Alexandersson, specialistläkare AnOpIva Sahlgrenska.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Operation 4 Sahlgrenska, Operation 4 postoperativ
vård, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 8 Sahlgrenska

Innehållsansvar: Mathias Konkel, (matko3), Överläkare

Granskad av: Mathias Konkel, (matko3), Överläkare, Johan
Teandersson, (johte5), Instruktör

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-910

Version: 18.0

Giltig från: 2026-03-12

Giltig till: 2027-11-25