

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Giltig från: 2024-06-04

Innehållsansvar: Antonios Kelepouris, (antke1), Överläkare

Giltig till: 2026-06-04

Granskad av: Peter Larsson, (pela5), Överläkare

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Propofolsedering vid Endoskopimottagningen

Syfte

Detta dokument avser procedurrelaterad propofolsedering av vuxna patienter som bedrivs utan medverkan av anestesilog eller anestesijuksköterska vid Endoskopimottagningen VO Specialistmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Bakgrund

Sedering med propofol gentemot traditionell sedering leder till en högre patientnöjdhet speciellt vid koloskopi. Propofolsedering leder till ökad kvalitet av proceduren, framförallt för esofago-gastro-duodenoskopi (EGD) och ERCP. Tiden för sedering och återhämtning efter en endoskopisk undersökning minskar. Allvarliga biverkningar relaterade till propofolsedering är ytterst sällsynta (2,3,4).

Arbetsbeskrivning

All personal som medverkar i procedurrelaterad propofolsedering arbetar under eget yrkesansvar.

Propofolsedering ska endast genomföras av läkare eller sjuksköterska (i närvaro av läkare) där båda genomgått formaliserad utbildning i enlighet med SFAIs riktlinjer. Utbildningen skall kompletteras med praktik i syfte att få större vana vid luftvägar genom bredvidgång i samband med propofolsedering vid annan enhet (exempelvis ECT-behandling eller elkonvertering). Ansvarig läkare ska ha reell klinisk kompetens att inför sedering adekvat värdera patientens hälsotillstånd, ASA-klassificera, bedöma luftväg, sederingsgrad samt adekvat tolka och snabbt åtgärda avvikande övervakningsparametrar under och efter ingreppet.

Patienturval och procedurkriterier

Samtliga följande kriterier skall vara uppfyllda för att denna rutin skall tillämpas:

1. Patient > 18 år
2. Elektiv endoskopisk undersökning
3. ASA klass 1 – 2 (se nedan)
4. Mallampati score 1 – 2 (se nedan)
5. Planerad undersökningstid på högst 45 minuter (vilket i regel innebär en planerad, diagnostisk gastro- eller koloskopier utan avancerad intervention)
6. Ansvarig endoskopist gör bedömningen att patient och ingrepp lämpar sig för propofolsedering utan medverkan av anestesilog/anestesisjuksköterska
7. Patienten ska ha fyllt i aktuell hälsodeklaration

ASA-klassificering

(Klassificeringsskala enligt American Society of Anaesthesiologists, AmSoAn)

ASA 1 Frisk

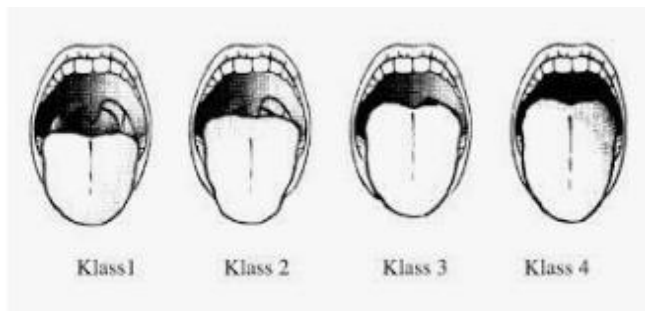
ASA 2 Systemsjukdom som ej begränsar patienten i det dagliga livet, t.ex. välkontrollerad hypertoni, diabetes, stabil IBD

ASA 3 Allvarligare eller ej helt stabil systemsjukdom, t.ex.

genomgången hjärtinfarkt, hjärtsvikt, extrem fetma, KOL, leversvikt

ASA 4 Svårare sjukdom, t.ex. cirkulatoriskt eller respiratoriskt instabila

Mallampati score



Uteslutningskriterier

Patienter är ej aktuella för propofolsedering utan medverkan av anestesipersonal om:

ASA >2

Gravid patient

BMI \geq 35

Allergi (tidigare allergisk reaktion mot Propofol, soja och/eller jordnötsallergi)

Pågående missbruk (alkohol, droger), eller bruk av narkotiska läkemedel

Pågående illamående/kräkningar och problem med reflux
Anamnes på stridor, sömnapné, epilepsi eller andra krampsjukdomar

Förväntad högriskpatient vad gäller möjlighet att åstadkomma fri
luftväg/enkel intubation:

Sedan tidigare känt svårintuberad patient

Mallampati score >2

Kort och tjock eller orörlig nacke

Oförmåga att gapa

Svår RA.

Ansvar för övervakning

En person med lägst sjuksköterskekompetens och genomgången
propofolsederingskurs avdelas för att sedera, övervaka samt dokumentera
givna läkemedel och övervakningsparametrar på SUS
övervakningskurva.

Fasta

Ingen fast föda, mjölk, eller mjölkprodukter 6 timmar före
undersökningen. Klara drycker utan fasta beståndsdelar är tillåtna upp till
2 timmar innan undersökningen.

Obligatorisk utrustning

- tippbart patientbord
- EKG (kardioskop)
- pulsoximeter
- blodtrycksmanschett
- utrustning för oxygentillförsel
- sugutrustning (separat från den som används av endoskopist)
- andningsblåsa och mask (revivator) för assisterad andning
- pocketmask
- ansiktsmasker och svalgtuber av olika storlekar
- utrymme och utrustning (bräda) som tillåter hjärtlungräddning
- akutbricka med utrustning och läkemedel (atropin, adrenalin, efedrin)

Inför sederingsstart

Venös infart

Alla patienter ska ha en välfungerande intravenös infart (minst 1,1 mm) helst i höger arm.

Kontrollera alltid

- att undersökningsbritten/sängen är tippbar
- att övervakningsutrustning (puls, blodtryck, syresättning, EKG) fungerar
- Läkemedel (atropin 0,5mg/ml och Efedrin 5mg/ml) ska finnas uppdraget.

Syrgas

Alla patienter ska tillföras syrgas via näskateter/bitblock med 2 - 5 liter per minut.

Dokumentera patientens saturationsvärde före syrgastillförel på SUS övervakningskurva.

Propofol och sedering

Propofol är ett ultrakortverkande anestesiläkemedel med smal terapeutisk bredd. Antagonist saknas. Efter avslutad tillförel av propofol ses en snabb återhämtning.

Biverkningar: Bradykardi, hypotension och andningsdepression. Risken för biverkningar ökar vid hög bolusdos, snabb injektion och kort intervall mellan doser.

Propofol måste alltid injiceras långsamt med en hastighet av högst 20mg/10sek. Vid sedering med propofol får **inga** opioider eller andra sederande läkemedel ges! Moderat sederingsnivå eftersträvas där patienten svarar, om än med latens, på tilltal, rösten är endast lätt påverkad, ansiktet lätt avslappnat och ögonen lätt glansiga och kan vara slutna. Effektdurationen av induktionsdosen är ca 5 minuter.

Initialdos Propofol: 0,5 mg/kg kroppsvikt långsamt iv.

Underhållsdos Propofol: 10 - 20 mg i intervaller av minst 0,5 - 1 min (Vid utdragen sedering bör itereringsdosen sänkas till 5 - 10 mg per dos).

Maxdos Propofol: 400 mg. Normaldos vid sedering under längre tid är 1,5 - 4,5 mg/kg/tim (innebär t.ex. totaldos i storleksordningen 80 – 270 mg för 45 min sedering av patient som väger 70 - 80 kg)

Övervakning under sedering med propofol

Puls, saturation, andningsfrekvens, blodtryck och EKG dokumenteras var 5:e minut på övervakningsblad.

Sederingsnivå övervakas och dokumenteras enligt Ramsay score (Ramsay nivå 1- 2 eftersträvas).

Sederingskala enligt Ramsey:

Nivå 1: Klarvaken

Nivå 2: Dåsig, lätt sederad

Nivå 3: Sederad, men väckbar genom normal samtalston

Nivå 4: Sederad, men väckbar genom höjd samtalston eller kraftig omruskning.

Nivå 5: Medvetslös, svarar ej på fysisk stimulering (= anestesi)

Åtgärder vid ogynnsam effekt av sedering

Hypotension (BT <100 mm Hg): Tippa huvudändan och ge infusion Ringer acetat. Vid utebliven effekt ges injektion Efedrin (spades) 5 - 10 mg i.v.

Bradykardi (puls <50 slag per minut): Ge atropin 0.5 mg iv.

Hypoxi (POX <92%): Höj syrgastillförsel. Vid utebliven effekt eller svår hypoxi tillkallas narkosläkare.

Avvikande övervakningsvärden skall omedelbart åtgärdas.

Larmrutin

Skoperande läkare och ansvarig sjuksköterska bedömer om anestesipersonal skall tillkallas.

Ring stationsansvarig narkosläkare på Operation 1 på telefon 23059.

Efter sedering

Övervakning

Efter proceduren övervakas patienten med samma parametrar som under sederingen tills full vakenhet och återgång till ursprungsvärden för hjärtfrekvens, syremättnad och blodtryck uppnåtts.

Utskrivningskriterier

Patienten är vaken och svarar adekvat på frågor

Patienten är respiratoriskt och cirkulatoriskt stabil

Patientinformation

Patienter skall informeras om att under behandlingsdygnet inte utföra handlingar som kräver koncentration, t.ex. att köra bil, hantera motorredskap, ta hand om spädbarn eller underteckna viktiga handlingar.

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor på Endoskopimottagningen Specialistmedicin.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för regelbunden uppföljning och utvärdering av verksamhetens rutiner.

Revideringsansvarig är innehållsansvarig eller denne av sektionschef utsedd ersättare.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Kunskapsöversikt

Referenser

[Procedurrelaterad propofolsedering | Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård \(sfai.se\)](#)

Wadhwa, V., et al., *Similar Risk of Cardiopulmonary Adverse Events Between Propofol and Traditional Anesthesia for Gastrointestinal Endoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis*. Clin Gastroenterol Hepatol, 2017. 15(2): p. 194-206.

Dumonceau JM et al. ESGE-ESGENA-ESA Guideline for NAAP administration of propofol for GI endoscopy: European Society of GI Endoscopy, European Society of GI and Endoscopy Nurses and Associates Guidelines – Updated June 2015. Endoscopy 2015;47:1175-1189.

Rex Douglas K et al. Endoscopist-Directed Administration of Propofol:
A worldwide Safety Experience. Gastroenterology 2009;137:1229-37.

Granskare/arbetsgrupp

Per Hedenström, Sektionschef, Endoskopimottagningen, VO
Specialistmedicin

Gisela Ringström, Vårdenhetschef, Endoskopimottagningen, VO
Specialistmedicin

Björn Lindkvist, Verksamhetschef, VO Specialistmedicin

Axel Josefsson, Verksamhetsöverläkare, Endoskopimottagningen, VO
Specialistmedicin

Peter Larsson, Verksamhetsöverläkare, Perioperativ medicin,
Anestesi/Operation/Intensivvård

Lena Sand Bown, Sektionschef, Perioperativ medicin,
Anestesi/Operation/Intensivvård

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Antonios Kelepouris, (antke1), Överläkare

Granskad av: Peter Larsson, (petla35), Överläkare

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-63

Version: 3.0

Giltig från: 2024-06-04

Giltig till: 2026-06-04