

REKOMMANDATIONER FOR ANÆSTESI I ANÆSTESIOLOGISK SPECIALLÆGEPRAKSIS (2015)

Baggrund:

Der foretages årligt 40.000- 45.000 anæstesier i øre-næse-hals-lægepraksis og øjenlægepraksis. Over 90 % af disse anæstesier er kortvarige anæstesier til børn i øre-næse-hals-lægepraksis. Antallet af anæstesier i tandlægepraksis og øvrige speciallægepraksis er ukendt.

Rekommandationerne skal medvirke til forøget sikkerhed i forbindelse med anæstesi i speciallægepraksis, og sikre at anæstesi i speciallægepraksis har samme faglige standard og sikkerhedsmæssige niveau som anæstesi i sygehusregi.

Rekommandationerne supplerer love, forordninger og anvisninger fra centrale myndigheder og råd, og skal løbende tilpasses eventuelle ændringer i sådanne retningslinjer.

1. Definition

Anæstesi i speciallægepraksis omfatter generel eller regional anæstesi udført af anæstesiologiske speciallæger uden for hospitalsregi. Anæstesierne udføres i speciallægens/tandlægens praksis og opvågningen finder sted i lokaler i disse praksis. Patienterne hjemsendes efter observationsperiodens afslutning.

2. Lokaler

Operationslokalet skal være indrettet med tilstrækkelig plads til anæstesiologen og dennes hjælper samt til anæstesi- og monitoreringsudstyr.

Der skal være adgang til el, oxygen, sug og udsugning af anæstesigasser. Der skal være adgang til genoplivningsudstyr og medicin til anvendelse ved genoplivning samt hjertestarter.

3. Uddannelse

Anæstesiologen skal være speciallæge i anæstesiologi, og have den nødvendige rutine i anæstesi til de patienttyper og kirurgiske procedurer, der foretages i praksis.

Det anbefales, at man første gang man skal praktisere, benytter sig af aftalerne om generationsskifte eller på anden måde etablerer mulighederne for i en periode at arbejde sammen med en erfaren praktiserende anæstesiolog med henblik på træning i anæstesi under de særlige forhold, der gør sig gældende i praksis.

Det anbefales at anæstesiologen løbende deltager i relevante efteruddannelsesaktiviteter i minimum det antal dage der støttes i henhold til overenskomsten med sygesikringen (for tiden 8 dage pr. år).

4. Personale

Anæstesiologen skal altid have mindst en hjælper, som skal være uddannet og trænet i assistance til anæstesi samt i genoplivning og behandling af akutte komplikationer.

Personalet, som overvåger patienter postoperativt, skal på samme vis være instrueret i de specielle forhold vedrørende opvågning, postoperative komplikationer samt i genoplivning.

5. Patienterne

Anæstesiologen skal vurdere alle patienter før anæstesi. Der bør i almindelighed kun udføres anæstesi på patienter i ASA gruppe 1 og 2 i speciallægepraksis.

Anæstesiologen har sammen med klinikejer i den klinik, hvor der ydes anæstesi, ansvar for at patienterne er informeret om anæstesiprocedure, fasteperioder, postoperativ smertebehandling, postoperative forholdsregler og hvorledes de søger hjælp ved problemer efter hjemsendelsen.

6. Anæstesiapparat

Anæstesen skal udføres med tidssvarende anæstesiapparat, der opfylder gældende standarder og får udført serviceeftersyn og kalibrering efter gældende regler og standarder.

Daglig rengøring og sterilisering skal udføres i henhold til gældende råd og anvisninger fra SSI.

7. Monitorering og monitoreringsudstyr

Anæstesidybde, oksygenering, respiration og cirkulation skal overvåges ved enhver anæstesi.

Monitorering skal ske med tidssvarende udstyr, der opfylder gældende standarder. Der skal udføres serviceeftersyn og kalibrering efter gældende regler og standarder.

Monitoreringsgraden skal tilpasses behovet ved den enkelte patient og det enkelte indgreb.

I almindelighed anbefales:

Kortvarig (mindre end 15 min.) anæstesi uden larynxmaske/intubation:

- Klinisk observation
- Pulsoximetri

Generel anæstesi med anvendelse af larynxmaske eller intubation:

- Klinisk observation
- EKG
- Pulsoximetri
- Non-invasiv blodtryksmåling
- Kapnografi
- Neuromuskulær monitorering ved indgift af non-depolariserende relaksantia

8. Intravenøs adgang

Det anbefales at der anlægges intravenøs adgang før generel anæstesi med anvendelse af larynxmaske eller intubation.

Behovet for at anlægge intravenøs adgang skal vurderes i det enkelte tilfælde.

I forbindelse med kortvarige maskeanæstesier er det i almindelighed ikke nødvendigt eller hensigtsmæssigt.

9. Opvågning og hjemsendelse

Efter anæstesi skal patienten overvåges indtil hjemsendelsen. Overvågningen skal foretages af personale, der har tilstrækkelig uddannelse og erfaring i observation af nyopererede patienter. Der skal være umiddelbar adgang til genoplivningsudstyr (Jvf. Pkt. 2).

Før hjemsendelse skal følgende være opfyldt:

- Respiration og cirkulation skal være stabil, ingen ortostatisk intolerans
- Orienteret patient svarende til præoperativ status
- Mundtlig og skriftlig plan for analgetisk og antiemetisk behandling, hvor dette er relevant
- Skriftlig og mundtlig information om hvorledes de får hjælp i tilfælde af komplikationer.
- Det skal sikres at hjemtransporten sker under forsvarlige forhold. Patienten må ikke

- selv føre køretøj.
- Der kræves ikke rutinemæssigt tilstedeværelse af anden habil person i hjemmet efter ambulante kirurgi, men kirurgiske eller sociale faktorer kan nødvendiggøre det.

Anæstesiologen må ikke forlade klinikken før den sidste patient er vågen og stabil.

10. Procedurer for behandling af akutte livstruende tilstande

Genoplivning:

Anæstesiologen skal inden påbegyndelse af anæstesi i praksis have fulgt den rekommanderede undervisning med hjertestopkursus inkl. luftvejshåndtering og etablering af intraossøs adgang.

Anæstesiologen bør løbende vedligeholde disse færdigheder.

Personalet på klinikken skal have uddannelse i basal genoplivning.

Der skal på klinikken være en skriftlig vejledning i genoplivning, som alt personale er forpligtet til at kende.

Der skal minimum hvert 2. år foretages øvelse i genoplivning og nødprocedurer for alt klinikens personale og det dokumenteres løbende, at undervisningen udføres.

Procedure for tilkaldelse af hjælp og overflytning til hospital:

Der skal i klinikken findes en skriftlig procedure for, hvorledes der tilkaldes hjælp udefra og hvordan der arrangeres overførsel til den sekundære sundhedssektor.

Øvrige nødprocedurer:

Udstyr og medicin til genoplivning, alternative metoder til sikring af en fri luftvej, herunder nødrakeotomi og udstyr til intraossøs adgang skal være til rådighed umiddelbart, og hjælpepersonalet skal være instrueret i, hvorledes de assisterer ved disse procedurer.

11. Dokumentation og kvalitetssikring.

- Der skal føres journal efter gældende regler.
- Alle utilsigtede hændelser registreres i dpsd.dk og der tages de nødvendige forholdsregler for at forebygge nye utilsigtede hændelser.
- Der forventes i løbet af en kort tidshorisont etablering af elektronisk datafangst i speciallægepraksis, hvor der bl.a. vil ske registrering anæstesi, anæstesityper, hændelser etc.
Speciallægepraksis kommer derfor ikke til at indberette til DAD (Dansk Anæstesi Database).
- Anæstesiologiske speciallægepraksis er underlagt tilsyn fra Sundhedsstyrelsen i forbindelse med regelmæssige tilsyn med private behandlingssteder.
- Anæstesiologiske speciallægepraksis vil med start i 2015 blive akkrediteret efter model fra IKAS/eKvis i henhold til gældende overenskomst for speciallægepraksisområdet.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
Danske Anæstesiologers Organisation
FAPA

Næste revision: 2018

Referencer:

- Rekommandation for ambulant anæstesi, DASAIM 2012
- Rekommandation for overvågning efter anæstesi, DASAIM 2012
- Guidelines for office-based anaesthesia, ASA 1999, revideret oktober 2009.
- Surgery and general Anaesthesia in General Practice Premises
The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 1995
- Standards & Guidelines for General Anaesthesia for Dentistry
The Royal College of Anaesthetists 1999, revideret 2008