

Nya andningsskydd för användning vid konstaterad eller misstänkt Covid-smitta

Region Västerbotten har uppdaterat sina rekommendationer gällande munskydd och andningsskydd vid konstaterad eller misstänkt Covid-smitta. Den nya rekommendationen är att andningsskydd (FFP2, FFP3, KN95 eller N95) ska ersätta munskydd typ IIR som del i personlig skyddsutrustning vid all vård och omsorg vid misstänkt smitta samt vid bekräftad Covid-19 under den första sjukdomsveckan.

I tidigare riktlinjer har Vårdhygien rekommenderat användning av andningsskydd (FFP2 och FFP3) som del i personlig skyddsutrustning i samband med vårdåtgärder som innebär ökad risk för aerosolbildning, exempelvis CPAP, inhalation via nebulisator och trakeostomivård. Den riktlinjen gäller fortfarande. Nu utökar Vårdhygien användning av andningsskydd till **all vård och omsorg under vårdtagare/brukares första sjukdomsvecka i Covid-19 samt vid misstänkt smitta.**

Åtgärden förespråkas sedan 1 december av WHO om det inte råder en bristsituation av andningsskydd och genomförs nu som en försiktighetsåtgärd.

Genomförande

Lagret för skyddsutrustning kommer skicka ut andningsskydd samt instruktioner om hur de ska användas till samtliga verksamheter 21-23 december som komplement till era lokala akut-kit.

Medarbetare och chefer kommer att ha möjlighet att ställa frågor och få stöd genom dagliga call-in möten

21/12 - 23/12 kl 09.30 och 13.00

28/12 - 30/12 kl 09.30 och 13.00

[Länk till Teamsmötet!](#)

De andningsskydd som skickas ut är klassificerade N95 och motsvarar FFP2 som vanligen nämns i instruktioner. På paketen är det tryckt information om att klassningen gäller till 2020-12-31. Tillverkaren har dock utfärdat ett nytt certifikat kring andningsskydden som klargör att den är certifierad, godkänd och klassad även under 2021.

Vid brist på andningsskydd beställs nya från lagret enligt samma rutin som för munskydd.

Ytterligare information kommer publiceras på skelleftea.se/coronavirus de närmaste dagarna.

Frågor och svar

När ska andningsskydd ersätta munskydd typ IIR som del i personlig skyddsutrustning?

- Vid vårdåtgärder som innebär ökad risk för aerosolbildning, exempelvis via CPAP, inhalation via nebulisator, trakeostomivård och HLR, det är ingen förändring jämfört tidigare.
- Vid alla kontakter med vårdtagare/brukare med misstänkt eller bekräftad covid-19 fram till 7 dygn har förflutit sedan symtomdebut. När mer än sju dygn har förflutit ersätts andningsskydd med munskydd typ IIR.

Hur ska andningsskydd användas som del i personlig skyddsutrustning?

- För att skydda mot luftburen smitta ska andningsskyddet tillpassas så att inte luft kan passera vid sidan om skyddet. Täthetskontroll ska utföras. Det är inte möjligt att få andningsskydd att sluta tätt om man har skägg. Noggrann följsamhet till basala hygienrutiner är nödvändigt vid all hantering av andningsskyddet.
- Andningsskydd ska alltid användas tillsammans med visir.
- Andningsskydd är en engångsprodukt och ska kasseras efter varje patientmöte.

Folkhälsomyndigheten har inte ändrat sina rekommendationer, varför gör Region Västerbotten en annan bedömning?

Region Västerbotten har från pandemins början valt att följa rekommendationerna från WHO:s expertpanel gällande riktlinjer för vårdhygieniska skyddsåtgärder. Andningsskydd föreslås sedan 1 december av WHO om det inte råder en bristsituation av andningsskydd. WHO har alltså också kvar möjligheten att använda IIR. Vår nya rekommendation är att andningsskydd under den första sjukdomsveckan i covid-19 ska ersätta munskydd typ II, detta då vi inte har någon brist på andningsskydd.

Har tidigare skyddsutrustning inte varit tillräckligt bra?

Den skyddsutrustning som används är bra. Denna nya rekommendation är en extra försiktighetsåtgärd. Det finns inte klara bevis på att det skyddar bättre men heller ingen anledning att tro att det kan vara sämre.

Finns det forskning som påvisar en mindre risk att drabbas av smitta som personal om man använder andningsskydd?

Det finns inga studier ännu från riktigt vård som ställer dessa två mot varandra. Studier på till exempel influensa har inte visat någon tydlig skillnad. Andningsskydd rekommenderas alltså nu som en extra försiktighetsåtgärd.

Vi har fått utbildning i att viruset smittar främst via droppsmitta, menar ni nu att det är luftburet i och med att andningsskydd skyddar även mot luftburna partiklar?

Droppsmitta betraktas fortfarande som den viktigaste smittvägen. Det är fortfarande så att covid-19 inte smittar på långa avstånd. Andningsskydd ger skydd mot mycket små vätskedroppar på nära håll, under förutsättning att det används på korrekt sätt. Det är möjligt att sådana små droppar kan finnas i tillräcklig mängd för att vid inandning orsaka smitta med covid-19, till exempel om man arbetar lång tid nära en patient som nyligen insjuknat i covid-19. Införandet är alltså en försiktighetsåtgärd.

Jag tycker det är svårt att andas/obekvämt att arbeta med andningsskydd, är detta ett tvingande beslut?

Vi vill att man så långt det är möjligt följer vårdhygiens riktlinjer. Men har man besvär av att använda andningsskydd så är det okej att fortsätta med munskydd klass IIR i kombination med visir, dock inte i de situationer där det finns ökad risk för aerosolbildning, som exempelvis CPAP, trakeostomivård, inhalation via nebulisator. Där måste man använda andningsskydd.