

Bilaga F – Vårdavdelning

Före operationen

Ankomstsamtal på operationsdagen

Ankomstsamtal med sjuksköterska bör innehålla

- ID-kontroll
- Inhämtande av kontaktuppgifter till närmast anhörig/närstående
- Information om sekretess
- anamnes
- information om eventuella matallergier
- kontroll av välbefinnande
- status
- kontroll av fasta
- kontroll av hudstatus
- kontroll av att läkemedel justerats enligt ordination
- tillfälle för patienten att framföra frågor och funderingar kring operationen
- riskbedömningar vid inläggning (fall, trycksår och nutrition) [1].

Helkroppsdesinfektion

WHO rekommenderar bad eller dusch med antingen vanlig eller antimikrobiell tvål inför kirurgi [2]. Inför elektiv höftproteskirurgi rekommenderas preoperativ helkroppsdesinfektion med klorhexidininnehållande tvål [3]. Tvålen ska användas minst två gånger på kroppen (dubbeldusch) och en gång i håret för att få effekt [1]. Minst två dubbelduschningar rekommenderas [3] med den sista duschen på operationsdagen [1]. Patienter som inte klarar av att utföra tvättningen enligt instruktion ska få hjälp med detta [3, 1].

Hudkostym

På operationsdagen bör hudkostymen undersökas och eventuella sår, eksem eller hudinfektioner dokumenteras [1]. Optimalt är att hudkostymen är helt intakt. Pågående hudinfektion är en kontraindikation till elektiv höftprotesoperation och innebär att operation ska skjutas upp tills dess infektionen är utläkt [3, 4]. Patienter med eksem bör vara optimalt behandlade innan operation och om möjligt bör snittföring genom eksem undvikas [4].

Håravkortning

Rakning inom operationsområdet innebär ökad risk för infektion jämfört med hårklippning eller att lämna håret kvar [5]. Om håret måste kortas ska sax eller hårklippare användas och klippningen ske i nära anslutning till operationen [1, 5].

Märkning av operationsfältet

Operatören ansvarar för att markera rätt sida för ingreppet på patientens hud med märkpenna som inte raderas av huddesinfektionsmedel [1]. Enligt Socialstyrelsen är det verksamhetschefens ansvar att ta fram och fastställa lokala rutiner för att säkerställa patientsäkerheten [6]. Eventuell delegering av sidomarkering bör regleras genom dokumenterad lokal rutin [6].

Urinkateter

Urinvägsinfektion som komplikation efter höftproteskirurgi är vanligt och ofta associerat till kvarsittande urinkateter [5]. Rutinanvändning av urinkateter i samband med höftproteskirurgi rekommenderas inte av ERAS Society [7]. Vid restriktiv användning av urinkateter måste risken för urinretention beaktas [1, 5]. Kvarsittande urinkateter ska avlägsnas så fort som möjligt efter operationen och användning mer än 24 timmar bör undvikas [7, 5]. Kvarsittande urinkateter under högst 24 timmar eller intermittent kateterisering har likvärdig risk för urinvägsinfektion [5]. Vid insättning och skötsel av kateter ska noggrann aseptik tillämpas [1, 5].

Vätskebalans

Intravenös vätska ordineras vid behov i väntan på operationen för att bibehålla vätske- och elektrolytbalansen [7].

Efter operationen

Syftet med tiden på vårdavdelningen efter operationen är att minimera potentiella postoperativa komplikationer, erbjuda patienten en adekvat smärtlindring, initiera den postoperativa rehabiliteringen och förbereda patienten för vidare rehabilitering i hemmiljö. Målet är att möjliggöra en trygg och säker tidig hemgång. Under det senaste decenniet har vårdtiden på svenska sjukhus, i samband med planerad höftproteskirurgi, mer än halverats. Medianvärdet för vårdtid efter höftproteskirurgi var 2017 två dagar [8]. Detta har inte lett till ökat antal återinläggningar [9]. På enstaka ställen kan höftproteskirurgi hos vissa patienter utföras dagkirurgiskt. Objektiva utskrivningskriterier rekommenderas [7].

Kontroller under tiden på vårdavdelningen

Vitala parametrar: Andningsfrekvens, saturation, blodtryck, puls, medvetande, kroppstemperatur enligt National Early Warning Score (NEWS2) [1] bör rutinemässigt kontrolleras. Frekvensen av dessa kontroller kan variera utifrån patientens tidigare hälsotillstånd.

Hemoglobin (Hb): Anemi bör vid behov identifieras genom att mäta hemoglobinnivåer.

Blodtransfusion är sällan aktuell efter proteskirurgi. Blodtransfusion ges till cirkulatoriskt instabila patienter och

- vid Hb < 70 g/L hos patienter utan känd kronisk ischemisk hjärtsjukdom
- vid Hb < 80 g/L hos patienter med känd kronisk ischemisk hjärtsjukdom
- vid Hb < 90 g/L hos patienter med akut kranskärlssjukdom [10, 11].

Ge en enhet erythrocyter och utvärdera därefter effekten.

Postoperativt illamående är påfrestande för patienten, är associerat med förlängd vårdtid [7] och bör behandlas. I grundbehandlingen ingår att se till att patienten är adekvat hydrerad och smärtlindrad samt att undvika blodtrycksfall [12]. Det bör övervägas om illamåendet kan vara relaterat till opioidanvändning [12]. Om tillägg av läkemedelsbehandling behövs och patienten inte fått profylax, rekommenderas 5-HT3-receptor-antagonister, till exempel ondansetron i första hand [13]. Om patienten fått profylax, bör ett preparat från en annan klass än det som använts som profylax väljas [13]. Dexametason eller betametason är alternativ vid manifest postoperativt illamående [13, 12].

Miktionsobservation: Patienter i alla åldrar har risk för postoperativ urinretention och blåsövervakning bör ske enligt Vårdhandbokens riktlinjer för blåsövervakning i samband med operation [1].

Obstipation kan förebyggas genom peroralt vätskeintag, snabb mobilisering och vid behov även tarmreglerande läkemedel [1].

B-glukos bör kontrolleras regelbundet hos patienter med diabetes [5]. Avvikande blodsockernivåer är förknippade med postoperativa komplikationer hos både patienter med och utan diabetes [5]. Postoperativt blodsocker < 10 mmol/L bör eftersträvas [5].

Röntgenkontroll: Den postoperativa röntgenundersökningen ska omfatta protesbäcken och höftfrontal och höftaxial av aktuell sida där hela femurprotesen och cementmanteln är avbildad [14]. Röntgenkontroll bör göras tidigt i det postoperativa förloppet för att säkerställa protesläget och utesluta protesnära fraktur [15].

Sårkontroll och förband: På grund av infektionsrisk bör förbandsbyte undvikas under de första 48 timmarna [1, 16] och operationsförbandet bör helst sitta kvar tills sårläkning. Vid infektionstecken, läckage eller mättnad byts förbandet enligt steril rutin [1, 16].

Läkemedel

Administrering av läkemedel sker enligt ordination (se Bilaga C). Kontrollera att lämpliga ordinationer finns.

- Gör smärtskattning fortlöpande för rätt dosering av smärtstillande läkemedel och uppföljning av smärtans utveckling.
- Ge antibiotikaprofylax.
- Ge trombosprofylax.
- Återinsätt pausade läkemedel.

Rehabilitering

Tidig mobilisering, inom timmar efter operationen, minskar smärtor och förkortar vårdtiden [7, 17]. Rehabiliteringen bör därför helst starta redan på operationsdagen och inte senare än 24 timmar efter

operationen [7, 18]. För att ge patienten en trygg och effektiv tidig rehabilitering bör patienten redan innan operationen vara välinformerad om vad rehabiliteringen kommer att innehålla. En diskussion bör ha förts om nödvändiga hjälpmedel och eventuellt behov av andra hjälpinsatser [19]. Rehabiliteringen på avdelningen ska förbereda patienten för att kunna utföra både aktiviteter i dagligt liv (ADL) och fysisk träning efter utskrivningen [18]. Patientens egen träning instrueras på avdelningen och bör innehålla dagliga övningar för cirkulation, muskelfunktion, rörlighet, balans och gångträning. Träningen individanpassas vid behov. I de fall behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården finns, ska detta samordnas före hemgång [20].

Postoperativa restriktioner/försiktighetsåtgärder

Fri mobilisering utan restriktioner efter primär höftprotesoperation oavsett typ av snitt, ökar inte risken för luxationer [8, 21]. Restriktioner kan ha en negativ effekt på tidig återhämtning, både fysisk och mentalt [8]. Restriktioner kan begränsa patienternas aktivitet och vissa patienter håller kvar vid dem längre än planerat [21]. Eventuella postoperativa restriktioner bör vara individuellt anpassade utifrån patientrelaterade omständigheter.

Referenser bilaga F – Vårdavdelning

1. Sveriges Kommuner och Regioner. Vårdhandboken 2021. Available from: www.vardhandboken.se.
2. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection: World Health Organization; 2016.
3. PRISS. Riskfaktorer för ledprotesrelaterad infektion samt optimering av patient inför elektiv ledprotesoperation 2019-12-15. Available from: www.lof.se/filer/Riskfaktorer-samtoptimering.pdf.
4. International Consensus Group. Second International Consensus Meeting (ICM) on Musculoskeletal Infektion 2018. Available from: www.icmphilly.com.
5. PRISS. Optimal operationsmiljö vid protesoperation i knä eller höft, slutrapport PRISS expertgrupp 4 2019-06-30. Available from: www.lof.se/filer/Optimal-operationsmiljo.pdf
6. SOSFS 2005:12 (M): Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 (M) (2005).
7. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta orthopaedica. 2020;91(1):3-19.
8. Kärrholm J, Rogmark C, Nauclér E, Nåtman J, Vinblad J, Mohaddes M, et al. Swedish Hip Arthroplasty Register: Annual Report 2019. Gothenburg; 2020.
9. Berg U, Bülow E, Sundberg M, Rolfson O. No increase in readmissions or adverse events after implementation of fast-track program in total hip and knee replacement at 8 Swedish hospitals: an observational before-and-after study of 14,148 total joint replacements 2011–2015. Acta orthopaedica. 2018;89(5):522-7.

10. Wikman A, Egenvall M, Jansson KÅ, Jeppsson A, Lindgren S, Nilsson M, et al. Transfusionsstrategi—att ge blod på rätt indikation—I Sverige ges fler blodtransfusioner än i jämförbara länder—restriktiv policy ger inte sämre vårdresultat. Läkartidningen. 2020;117.
11. Sundhetsstyrelsen. National kliniske retningslinje: Indikation for transfusion med blodkomponenter 2018. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkrindikation-for-transfusion-med-blodkomponenter>.
12. Region Stockholm. Postoperativt illamående och kräkning – dokumentation, profylax och behandling 2019. Available from: www.janusinfo.se.
13. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesthesia & Analgesia. 2014;118(1):85-113.
14. Svensk Ortopedisk Förening. Höft: Radiologisk undersökning vid proteskirurgi. 2006.
15. British Orthopaedic Association. Best Practice for Hip Arthroplasty Surgery Documentation 2019. Available from: <https://www.boa.ac.uk/resources/best-practice-hip-arthroplasty.html>.
16. PRISS. Tidig upptäckt av postoperativ infektion samt infektionsregistrering, slutrapport PRISS expertgrupp 3 2018-11-20. Available from: www.lof.se/filer/Optimal-operationsmiljo.pdf.
17. Colibazzi V, Coladonato A, Zanazzo M, Romanini E. Evidence based rehabilitation after hip arthroplasty. HIP International. 2020;30(2_suppl):20-9.
18. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder: National Institute for Health and Care Excellence; 2020 [updated 04 June. guideline NG157. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng157.
19. Royal College of Occupational Therapists. Occupational therapy for adults undergoing total hip replacement. Practice guideline (Second Edition) 2017. Available from: <https://www.rcot.co.uk/practice-resources/rcot-practice-guidelines/hip>.
20. Sveriges Riksdag. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
21. Sundhetsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hofteartrose: Ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik 2016. Available from: www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/64C2665956B24E7CB624E7FF2EA7D892.ashx.