

Bilaga G – Vårdavdelning

Före operationen

För att minimera risk för komplikationer vid knäproteskirurgi.

Ankomstsamtal på operationsdagen

Ankomstsamtal med sjuksköterska bör innehålla:

- ID-kontroll
- inhämtande av kontaktuppgifter till närmast närstående
- information om sekretess
- anamnes
- information om eventuella allergier
- kontroll av välbefinnande
- 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 (till exempel fall, trycksår och nutrition) (1)
- inventera behovet av utökad hjälp i hemmet eller annat boende.

Helkroppsdesinfektion

Inför elektiv knäproteskirurgi rekommenderas preoperativ helkroppsdesinfektion med tvål som innehåller klorhexidin. Tvålen ska användas minst två gånger på kroppen (dubbeldusch) och en gång i håret för att få effekt (1). Minst två dubbelduschningar rekommenderas med den sista duschen på operationsdagen (2). Patienter som inte klarar av att utföra tvättningen enligt instruktion ska få hjälp med detta (2).

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 knäprotesoperation och innebär att operation ska skjutas upp tills dess infektionen är utläkt (2, 3). Patienter med eksem bör vara optimalt behandlade innan operation och om möjligt bör snittföring genom eksem undvikas (2).

Håravkortning

Rakning inom operationsområdet innebär ökad risk för infektion jämfört med hårklippning eller att lämna håret kvar (4). Om håret måste kortas ska sax eller hårklippare användas och klippningen ske i nära anslutning till operationen (4).

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. Eventuell delegering av sidomarkering bör regleras genom dokumenterad lokal rutin (5).

Urinkateter

Urinvägsinfektion som komplikation efter knäproteskirurgi förekommer och är ofta associerat till kvarsittande urinkateter (4). Rutin användning av urinkateter i samband med knäproteskirurgi rekommenderas inte av ERAS Society (6). Vid restriktiv användning av urinkateter måste risken för urinretention beaktas (4). Kvarsittande urinkateter ska avlägsnas så fort som möjligt efter operationen och användning mer än 24 timmar bör undvikas (4, 6). Kvarsittande urinkateter under högst 24 timmar eller intermittent kateterisering har likvärdig risk för urinvägsinfektion (4). Vid insättning och skötsel av kateter ska noggrann aseptik tillämpas (1, 4).

Vätskebalans

Intravenös vätska ordineras vid behov i väntan på operationen för att bibehålla vätske- och elektrolytbalansen (6).

Efter operationen

Syftet med tiden på vårdavdelningen efter operationen är att minimera potentiella postoperativa komplikationer, erbjuda patienten 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 knäproteskirurgi mer än halverats. Detta har inte lett till ökat antal återinläggningar (7). På vissa enheter utförs knäproteskirurgi dagkirurgiskt. Objektiva utskrivningskriterier rekommenderas (6).

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 men kan ges efter noggrant övervägande.

Postoperativt illamående

Postoperativt illamående är påfrestande för patienten och är även associerat med förlängd vårdtid (6) och bör behandlas. I grundbehandlingen ingår att se till att patienten är adekvat hydrerad och smärtlindrad samt att undvika blodtrycksfall (8). Det bör övervägas om illamåendet kan vara relaterat till opioidanvändning (8). Om tillägg av läkemedelsbehandling behövs och patienten inte fått profylax, rekommenderas 5-HT₃-receptor-antagonister, till exempel ondansetron i första hand (9). Om patienten fått profylax, bör ett preparat från en annan klass än det som använts som profylax väljas (9). Kortison är alternativ vid manifest postoperativt illamående (8, 9).

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, tidig mobilisering och vid behov även tarmreglerande läkemedel (1).

B-glukos

bör kontrolleras regelbundet hos patienter med diabetes. Avvikande blodsockernivåer är förknippade med postoperativa komplikationer hos både patienter med och utan diabetes. Postoperativt blodsocker <10 mmol/L bör eftersträvas (4).

Röntgenkontroll

Den postoperativa röntgenundersökningen rekommenderas omfatta frontal, sida och patellaxial och behöver inte vara belastad (mer information finns i Bilaga A). Röntgenkontroll bör göras tidigt i det postoperativa förloppet för att säkerställa protesläget och utesluta protesnära fraktur.

Sårkontroll och förband

På grund av infektionsrisk bör förbandsbyte undvikas under de första 48 timmarna och operationsförbandet bör helst sitta kvar till suturtagning, vilket sker två till tre veckor efter operationen. Vid infektionstecken, läckage eller mättnad byts förbandet enligt steril rutin (10).

Läkemedel

Administrering av läkemedel sker enligt ordination (mer information finns i Bilaga C och F). Kontrollera att lämpliga ordinationer finns.

- Gör smärtskattning fortlöpande för rätt dosering av smärtstillande läkemedel och uppföljning av smärtans utveckling.

- Ge profylaktisk antibiotika
- Ge trombosprofylax
- Återinsätt pausade läkemedel.

Rehabilitering

Tidig mobilisering inom timmar efter operationen minskar smärtor och förkortar vårdtiden. Rehabiliteringen bör därför helst starta redan på operationsdagen och inte senare än 24 timmar efter operationen. Rehabiliteringen på avdelningen ska förbereda patienten för en trygg hemgång, innefattande förflyttning och dagliga aktiviteter. Patientens egen träning instrueras på avdelningen och bör innehålla dagliga övningar för cirkulation, muskelfunktion, rörlighet och gångträning med lämpligt gånghjälpmedel (mer information finns i Bilaga I). Träning individanpassas (6). Rehabiliteringen kan kompletteras med kryoterapi och kompressionsbehandling för smärtlindring och svullnadsprofylax. I de fall behov av insatser från socialtjänsten eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården finns, ska detta samordnas före hemgång.

Postoperativa restriktioner/försiktighetsåtgärder

Eventuella postoperativa restriktioner bör vara individuellt anpassade utifrån patientrelaterade omständigheter.

Referenslista för Bilaga G – Vårdavdelning

1. Sveriges Kommuner och Regioner. Vårdhandboken 2021. Hämtad från: www.vardhandboken.se.
2. PRISS. Riskfaktorer för ledprotesrelaterad infektion samt optimering av patient inför elektiv ledprotesoperation 2019-12-15. Hämtad från: <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/Riskfaktorer-samt-optimering.pdf>
3. International Consensus Group. Second International Consensus Meeting (ICM) on Musculoskeletal Infektion 2018. Hämtad från: www.icmphilly.com.
4. PRISS. Optimal operationsmiljö vid protesoperation i knä eller höft, slutrapport PRISS expertgrupp 4 2023-04-18. Hämtad från: <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/Optimal-operationsmiljo.pdf>
5. SOSFS 2005:12 (M): Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 (M) (2005).
6. 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. ActaOrthop. 2020;91(1):3-19.
7. 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 Orthop. 2018;89(5):522-7.
8. Region Stockholm. Postoperativt illamående och kräkning – dokumentation, profylax och behandling 2019. Hämtad från: www.janusinfo.se.
9. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting Gan, Tong J et al *Anesthesia & Analgesia* [131\(2\):p 411-448, August 2020](https://doi.org/10.1093/aesop/akz001).
10. PRISS. Tidig upptäckt av postoperativ infektion samt infektionsregistrering, slutrapport PRISS expertgrupp 3 2018-11-20. Hämtad från: <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/Uppfoljning-och-infektionsregistrering.pdf>