

Gäller för: Operation NÄL

Giltig från: 2025-01-21

Innehållsansvar: Malin Holmgren, (malol9), Operationssjuksköterska

Giltig till: 2027-01-13

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Preparathantering operation NÄL

Revidering i denna version

Ingen revidering

Bakgrund

Ett felaktigt eller uteblivet omhändertagande av biologiska preparat i samband med operationer kan leda till fel behandlingsmetod eller osäkerhet i den fortsatta vården för den enskilde patienten. Dessa felaktiga omhändertaganden leder till onödigt lidande för patienten och senarelägger i vissa fall diagnostik och behandling. Förekomsten av felaktigt omhändertagande av biologiska preparat i samband med operationer är rapporterade vid olika typer av ingrepp både avseende ingreppets art och omfattning. Missförstånd i kommunikationen vid överräckning av biologiska preparat mellan olika personalkategorier kan även bidra till felaktigt omhändertagande.

Syfte

Dokumentet syftar till att skapa säkra rutiner vid hantering av preparat.

Ansvar

Avdelningschefen ansvarar för att rutinen är känd.

Operationssjuksköterskan ansvarar för att föreskrivna kontroller utförs.

Vilka berörs

Operationssjuksköterskor, undersköterskor och läkare på Operation, NÄL.

Rutin vid provtagning

Operationssjuksköterskans ansvar:

Hon/han skall alltid kontrollera att burken är korrekt märkt och att locket är ordentligt påsatt innan preparatet tas från operationssalen och ansvarar för att preparatdokumentation (från Orbit) och att preparatmärkningen på burk stämmer överens med patientens identitet. Operationssjuksköterskan kontrollerar att kirurgen har fixerat tarmpreparatet och märkt burken.

Mer information

Gå till: Opererande Specialiteter – OP NÄL
– Kir - Relaterade länkar (högerspalten) - Provtagningsanvisningar för Histopatologi

Märkning av preparat och remiss

Preparatburken (ej locket) skall vara märkt med:

- Patientens namn och personnummer (10 siffror)
(skall vara förtryckta lappar från mottagningen och avdelningen)
- Operatörens VGR ID
- Mottagningens eller avdelningens namn
- Preparatets art och lokalisation
- Operationsdatum

Preparatremissen skall vara tydligt och korrekt ifylld. Operatören ansvarar för att remissen skrivs. Den skall vara fullständigt ifylld med:

- Patientens namn och personnummer (10 siffror)
(förtryckta lappar från mottagningen och avdelningen)
- Mottagningens eller avdelningens namn
- Operationsdatum
- Adress dit svaret skall skickas
- Remitterande läkare
- Preparatets art
- Preparat som är numrerade skall det tydligt framgå vad som är vad
- Kliniska data och frågeställning

Praktiska råd

Om prov tages från olika lokalisationer skall dessa anges på burkarna genom numrering med romerska siffror. Samma numrering måste skrivas på remissen, på därför avsedd plats och i Orbit.

Bilaterala preparat rekommenderas **aldrig** att läggas i samma burk. Operatör och operationssjuksköterska är gemensamt ansvariga för att rätt preparat ligger i rätt burk vid operationsavslutning.

Vid blodsmitta skall detta anges med etikett "Blodsmitta" både på burk och remiss.

Hur preparatet skall fixeras ordinerar av ansvarig operatör.

Preparat får ej förvaras eller sköljas i koksaltlösning före fixering med undantag för thyreoideapreparat.

Patientens identitet skall före operationen kontrolleras mot tillgängliga handlingar. De på burken påförda uppgifterna skall i anslutning till provtagningen kontrolleras mot journal/remisshandlingar.

Preparatet ska läggas i fixeringslösning **4% fosfatbuffrad formaldehyd**, (formalin). Så snabbt som möjligt. Mängden formaldehyd ska om möjligt vara 20 ggr större än preparatets volym och när preparatet från alla sidor.

Preparatet skall förvaras i rumstemperatur (lägre temperatur fördröjer fixeringstiden). Vid extremt stora preparat finns stor "hink" på c-op. Locket är dock inte tätt och preparat bör vid dessa tillfällen omedelbart transporteras till patologen. Ev. fylls formalin på där!

Operationssjuksköterskan tillser att rätt remiss kopplas till rätt preparat i preparatrummet, alternativt om det skickas direkt till patologen.

Tarmpreparat (enligt Patologen)

Operatören ansvarar för att preparatet hanteras korrekt.

Preparatet uppklippas och sköljs noggrant. Klipp ej genom tumören och ulcera.

Ventrikelpreparat klipps upp genom curvatura major, colon genom taeninalibera.

Suturmarkering kan användas om specifik uppmärkning krävs.

Suturmarkeringarna anges och beskrivs på remissen.

Preparatet läggs i en väl tilltagen burk (6 liters eller 10 liters) och 4 % fosfatbuffrad formaldehyd (formalin) hälls på för fixering. Mängden formaldehyd skall vara minst 5-10 ggr preparatvolymen för att få optimal fixering.

Referenser: Regionalt vårdprogram, cancer recti 2009 och KVA
ST Gastrointestinal Patologi 2013

Uteruspreparat

I slutet av operationer där hysterektomi utförs ska ansvarig operatör skära ett snitt i uterus så att formalin naturligt kommer åt hela slemhinnan/kavitets alla sidor. Snittet görs med vanligt knivblad direkt i preparatburken, alt. på ett separat bord före uterus läggs i preparatburk.

Preparatet ska i formalin så snart som möjligt, men om inget fördröjer, kan operatör avsluta operationen och därefter ta hand om preparatet. Om operationen efter uterusextirpation drar ut på tiden, ska operatör vid lämpligt tillfälle avbryta operationen kort för att lägga snittet i uterus.

Undersköterska kan därefter vara behjälplig med att fylla med formalin.

Preparatet bör sänkas i formalin inom två timmar.

OBSERVERA!! Viktigt med "tumörseptik" vid detta moment och operatör ska byta handskar före fortsatt operation.

Hysterektomi på benign indikation: Preparatet vägs och operatör dikterar sedan in vikten i Melior/Gynop register. Ultrasafe-maskinen kan med fördel användas.

Hysterektomi/Vårdprogram på malign indikation behövs ingen vikt på preparatet. Vid oklarheter fråga operatör.

Registrera preparat i Orbit:

Sätt på en patientdataetikett på preparatlappen, och skriv för hand preparat/odling mm.

Ta med preparat och preparatlappen till preparatrummet.

När preparatet skickats tillsammans med PAD-remissen sätts preparatlappen in i pärm avsedd för detta. Signera och datera.

Alla tagna preparat dokumenteras i Orbit i fasen Operation.

Vid funderingar ring patologen tel: 010-435 28 34.

Fryssnitt

Preparat för fryssnitt skickas torrt, dvs utan fixering och sänds in under pågående operation. Svaret är avgörande för operationens fortsatta förlopp.

Fryssnitt föränmäls till patologen på morgonen eller i god tid, tel: 010-435 2834.

Provet lämnas till personalen på patologen. Markering på remissen i rutan för "Fryssnitt" skall vara ifyllt samt telefonnummer till mottagaren av svaret.

Svar lämnas direkt till opererande läkare via telefon inom 15–20 min från provets ankomst till patologen. Svar skickas även skriftligt.

Lägg preparatet i tom burk eller i burk med fuktig kompress (NaCl).

Ofixerat vävnadsmaterial

Ofixerat vävnadsmaterial föränmäls till patologen tfn 010-435 28 34.

Provet lämnas direkt till personalen.

Rutiner för hantering av preparat vid körtelextirpation SVF lymfom som skickas till Patologen på SU. [Se separat rutin.](#)

Bakteriologi

Odling skickas i rör så fort som möjligt. Aerob och Anaerob, odlingsflaskor för vätska får vi låna från IVA. Vid tveksamhet ring Kem lab. Dagtid tfn 010-435 30 36, Jourtid tfn 010-435 27 00 Remissen fylls i av operatören.

Tularemi och TB-prover skickas till Klinisk Kemi (provinlämning i rörpost)

Proverna packas och skickas till Umeå mm.

Provtagning: TB: sterilt rör, inga tillsatser. Tularemi: Sterilt rör, tillsatt ev en liten mängd NaCl (ca 0,5 ml)

Rutin för ortopediska infektioner, synpunkter bakteriologisk diagnostik finns i Barium ID 12157.

Cytologi

Speciella instruktioner för olika provtyper måste följas! Mer information om

Vid tveksamheter kontakta patologen tfn 010-43528 34 eller på intranätet.

Obs! Gyn´s cervixcytologiprover får INTE förvaras i kyl!

Ansvar för transport av preparat till Patologen

Varje vardag (måndag-fredag) klockan 14.30 hämtas preparat i preparatrummen (gyn- och kirurgsektionen) av operationssjuksköterska som börjar kl 12 (eller någon som delegerat uppgiften till) för transport till Patologen.

Källa och lästips

AORN (2013). Perioperative Standards and Recommended practices. Denver: AORN.

Arbetsmiljöverket (2008). Exponering för formaldehyd. Mätprojekt 2004 och 2006. Rapport 2008:3.

Graybill-D'Ercole, P. (2014). Recommended Practices. RP Implementation: Specimen Management. AORN Journal 100(6), 626-633.

Kim, J.K., Dotson, B., Thomas, S., & Nelson, K.C. (2013). Standardized patient identification and specimen labeling: A retrospective analysis on improving patient safety. Journal of the American Academy of Dermatology 68, 53- 56.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (2012). Checklista för säker kirurgi. Hämtad 2016-01-22 från:

<http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/swedish.pdf>

<http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/swedish.pdf><http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/swedish.pdf>

Makary, M.A., Epstein, J., Pronovost, P.J., Millmans, E.A., Hartmann, E.C., & Freisxhlag, J.A. (2007). Surgical specimen identification errors: A new measure of quality in surgical care. Surgery 141(4), 450 – 455.

Nationella biobanksrådet (NBR). Hämtad 2016-01-22 från:

<http://registerforskning.se/biobanker/nationella-biobanksradet-nbr/-biobanksradet-nbr/> <http://registerforskning.se/biobanker/nationella-biobanksradet-nbr/>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation NÄL

Innehållsansvar: Malin Holmgren, (malol9),
Operationssjuksköterska

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Dokument-ID: NU10093-1252922689-49

Version: 7.0

Giltig från: 2025-01-21

Giltig till: 2027-01-13