

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Giltig från: 2026-01-13

Innehållsansvar: Susanne Läckberg, (susjo35), Sektionsledare

Giltig till: 2026-11-03

Granskad av: Marcin Król, (markr46), Överläkare

Godkänd av: Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

UVA- Total knäledsplastik och halv/UNI, dagkirurgisk vård

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

Syfte

För att säkerställa en god och säker vård för patienter som opereras för knäledsplastik i dagkirurgisk vård. Minska belastningen på inneliggande sjukhusvård.

Bakgrund

Operationsindikation

Artros uppstår i leden när brosket som täcker ledkula och ledpanna försvunnit och den underliggande benvävnaden inte längre ger något skydd, vilket orsakar smärta. Grava ledförändringar kan också orsakas av reumatoid artrit eller trauma. Syftet är att minska smärta och öka patientens aktivitetsnivå och korrigera uppenbara felställningar.

Selekterade patienter. [Polikliniska knäproteser-PM](#)

Kirurgiskt ingrepp

Den defekta knäleden byts ut mot en konstgjord led (hel-eller delprotes).

Operatören beslutar om ingreppet ska utföras i blodtomt fält. Patienten får perioperativt Cyklokapron för att minska blödningsrisken.

Anestesiform

Generell anestesi eller spinalanestesi med hyperbaric Bupivacaine i anpassad dos.

Viktigt att patienten återfår rörligheten snabbt postoperativt för tidig mobilisering och för att undvika urinretention. Vid behov ges spinalanestesi i kombination med sedering.

Perioperativt ges lokalanalgetika (Ropivacain med adrenalin) in i och runt knäleden för att minska postoperativ smärta, denna analgesiform kallas för lokalinfiltrationsanestesi-LIA.

Arbetsbeskrivning

Se rutin: [UVA-Dagkirurgisk vård](#) för generella instruktioner.

Hårvorkortning och descutantvätt görs inne på operationsavdelningen.

Specifik postoperativ övervakning och observation

Cirkulation

Risk för blodtrycksfall och bradykardi i samband med att spinalbedövningen släpper.

Cyklokapron ges för att minska blodförlusten. Dos 1 ges på operation. Dos 2 ges ca 3 timmar efter dos nr 1, se kirurg- och ortopedklinikens rutin: [Strataxen vid axel-, höft- och knäledsplastik \(vgregion.se\)](#)

Nutrition

Patienten får dricka. Patienten får äta efter att spinalbedövningens effekt försvunnit.

Njurfunktion/urinvägar

Patienten ska tömma blåsan innan operation. Bladderscan ska alltid utföras på operation efter avslutat ingrepp. KAD sätts enbart enligt särskild ordination.

Postoperativt följs [Blåsövervakning i samband med operation](#)- Vårdhandboken

Hud/vävnad

Patienten har [Ice-Band](#) (kylbandage) på knät från operation. Förbandsbyte ska undvikas pga infektionsrisk. Om förbandet är mättat eller där risk finns för läckage skall förbandet bytas under sterila förhållanden innan patienten går hem. [Förbandsbyte höft-, knä- och axelprotes.](#)

Om behov av förbandsbyte efter hemkomst ska patienten kontakta ortopedisk mottagning dagtid och ortopedisk avdelning kvällar och helger.

Svullnad i knäet kan förekomma. Patienten kan ha en liten hoprullad handduk i knävecket vid behov i smärtstillande syfte. Avlasta hälarna vid behov för att förebygga trycksår på hälarna speciellt om patienten är immobiliserad pga intakt spinal under flera timmar.

Aktivitet/rörelse

Kontrollera Bromage och distalstatus.

Uppmana patienten till fottramp och djupandning, samt informera om att man skall röra på sig i sängen. Patienten får ligga på sidorna och sitta upp i sängen.

När spinalens effekt försvunnit mobiliseras patienten till sängkanten och upp i fåtölj. Fysioterapeuten mobiliserar och instruerar patienten i användandet av kryckkäppar med prioritering på självständighet, ej rörlighet. Full belastning är tillåten.

Patienten ansvarar själv sedan för att boka tid till fysioterapeut i öppenvård 5 dagar efter hemkomst. LIA-bedövningen kan sjunka ner i foten och ge känselbortfall och ibland rörelseinskränkning i fotleden vilket kan hålla i sig länge. Det går bra att mobilisera trots att foten är bedövad av LIA förutsatt att patientens spinalbedövning har släppt-Bromage 0/0.

Tidig mobilisering är viktigt. Mobilisering har en smärtlindrande effekt då aktiviteten i knäleden minskar svullnaden och därmed smärtan postoperativt samt påskyndar det allmänna välmåendet.

Patienten har innan operation fått information om att en **anhörig/vän SKA finnas hemma första natten.**

Röntgen

Röntgen görs postoperativt innan hemgång då spinalbedövningen släppt. Remissen skickas av operatör.

Smärta

Patienten är välinformerad av operatören innan operationen gällande smärta och smärtlindring.

Kontrollera VAS. Basmsmärtlindring enligt ordination. Tablett Alvedon alternativt intravenöst. Oxycodone 2–5 mg iv. Acceptabel VAS i vila är 5 och vid belastning 7–8.

Trombosprofylax

Alla patienter skall ha trombosprofylax med tablett **Eliquis** 2,5 mg 1 tablett 2 gånger per dag i 10 dagar enl. ordination med **start dagen efter operation**

Antibiotikaprofylax

Alla patienter skall ha antibiotikaprofylax, se rutin [Antibiotikaprofylax vid ortopedisk kirurgi](#)

Recept

Patienten har vid läkarbesöket innan operation fått utskrivet recept på smärtstillande och blodförtunnande läkemedel och information hur hen ska ta aktuella mediciner. Det är patientens ansvar att hämta ut medicinen innan operationsdagen.

Utskrivning

Patienten är hemgångsklar när sista dosen antibiotika är given, utskrivningskriterier uppfyllda (högre VAS accepteras, se smärta), självständig mobilisering med kryckkäppar och kontroll av förband är gjord. Ansvarig operatör ger godkännande.

[UVA- Utskrivningskriterier, dagkirurgiska patienter.](#)

Läkarsamtal

Ansvarig operatör informerar om operationen och fortsatt behandling och aktuella läkemedel postoperativt innan hemgång. Suturtagning 3 veckor postoperativt på ortopedmottagningen och återbesök 2 månader postoperativt för klinisk kontroll.

Telefonuppföljning

Informera patienten att han/hon blir kontaktad dagen efter av sjuksköterska på UVA. Fysioterapeuten kontaktar också patienten. Dokumentera under fliken Postop/Telefonuppföljning i Orbit.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Susanne Läckberg, (susjo35), Sektionsledare

Granskad av: Marcin Król, (markr46), Överläkare

Godkänd av: Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-988

Version: 3.0

Giltig från: 2026-01-13

Giltig till: 2026-11-03