

Prioriteringsnivåer akut kirurgi

Syfte och omfattning

Antalet operationsfall jourtid överskrider ofta antalet operationslag vilket medför att prioriteringar krävs. Alla verksamhetsområden ska prioritera akuta ingrepp enligt nedan;

1. Tillstånd där omedelbar operation/behandling kan vara livräddande och som bryter annan verksamhet.
2. Tillstånd som bör åtgärdas inom 2 timmar
3. Tillstånd som bör åtgärdas inom 6 timmar
4. Tillstånd som bör åtgärdas inom 24 timmar, dock inte nattetid mellan kl. 21.00-07.00

Respektive bakjour eller husjour ansvarar för den medicinska prioriteringen vid anmälan av egna akuta operationsfall, vid behov i samråd med anestesijour eller anestesibakjour.

Alla specialiteter som har akuta operationsfall anmälda i Orbit ska vid behov medverka i prioriteringen och operationsresurserna fördelas enligt medicinsk prioritet och efter kompetens på tjänstgörande jourlag.

OBS! Patientens tillstånd kan över tid förändras och därmed behövs en omvärdering. Överskriden väntetid inom samtliga priogrupper är en anledning till att se över prioriteringsordningen.

Nivåer

Prio 1 Omedelbar operation/behandling som kan vara livräddande och som bryter annan verksamhet. Här ingår inom kvinnosjukvård urakut sectio och akut sectio inom 20 - 30 minuter. Urakuta tillstånd inom ÖNH.

Prio 2 Bör åtgärdas inom 2 timmar

Prio 3 Bör åtgärdas inom 6 timmar

Prio 4 Bör åtgärdas inom 24 timmar, dock inte nattetid med operationsstart start efter kl. 21

Kvinnosjukvård

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Urakut sectio inom 15 min och brådskande sectio, inom 20-30 min	Icke brådskande sectio inom 75 min.	Sfinkter/bristning som ej blöder	Exeres
Instabila blödningar	Blödningar som vid anmälan är stabila.	Laparoskopi, extraurerin graviditet där patienten är cirkulatoriskt stabil	Abrasio
Extrauterin graviditet i chock		Laparotomier/relaparotomier med stabil patient	Bartiolinit
Ovarialtorsion			

Barnkirurgi/urologi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Akuta blödningar inkl postoperativa blödningar	Generell peritonit p g a perforation. Spädbarnslaparatomier p g a NEC-misstanke	Lokal peritonit (appendicit)	Pylorusstenos
Multitrauma med akut interventionsbehov	Inklämt bråck	Ileus utan strangulationsmisstanke	
Akut testistorstion med <6 h väntetid från smärtdebut	Gastroschisis	Pågående blödningar utan chock	
Akut volvolus med iskemimisanke			
I övrigt se vuxenkirurgi och urologi			

Barnortopedi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Bäckenfrakturer med behov av akut stabilisering	Extremitetshotande tillstånd, v g se vuxenortopedins prioriteringslista	Indirekt extremitetshotande diagnoser, v g se vuxenortopedins prioriteringslista	V g se vuxenortopedins prioriteringslista

Övrig barnverksamhet

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Urakuta kärlaccesser	Inläggning av PD-katetrar vid Hemolytisk Uremiskt Syndrom (HUS)	Akuta kärlaccesser inkl dragnings av CVK/portar vid infektioner mm	

ÖNH kirurgi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Urakut; Svårkontrollerad blödning i svalg/luftväg/näsa	Främmande kropp i esofagus med perforationsrisk	Abscess i halsens mjukdelar som inte akut påverkar luftväg men skall dräneras	Främmande kropp i esofagus utan perforationsrisk
Urakut; Hotad luftväg pga hematoma/ blödning/ infektion/ trauma		Orbital el periorbital abscess som kan påverka ögonfunktion	Akut mastoidit
Urakut; Nekrotiserande fasciit		Akut sinus-infektion med neurologiska symtom både frontal och sfenoidal sinus	>24 timmar Larynxfraktur utan hotad luftväg
Urakut; Främmande kropp i luftvägen			>24 timmar Förtäring av lut/syra (inom 48 timmar)

Prioritering av akuta ÖNH-fall på jourtid

I en del av de urakuta fallen kan prioriteringen för kirurgi komma att ändras om luftvägen kan säkras dessförinnan

Plastikkirurgi/BRIVA/Käkkirurgi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Svåra mjukdelsinfektioner, Nekrotiserande fasciit	Compartiment syndrom (extremitet/buk) på brännskadad	Sårvård brännskadad/TEN	Öppen mandibelfraktur
	Reoperation av mikrovaskulär lambå som måste opereras inom 2 timmar	Amputationer brännskadad	Käkledsluxation
		Abscess i halsens mjukdelar som inte akut påverkar luftväg men skall dräneras	
		Barn med omfattande tandtrauma	

Neurokirurgi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Traumatisk intrakraniell blödning (EDH, aSDH, kSDH) med masseffekt och hotande/ pågående inklämning	Traumatisk intrakraniell blödning (EDH, aSDH, kSDH) med masseffekt och neurologisk påverkan	Traumatisk intrakraniell blödning (EDH, aSDH, kSDH) med masseffekt och neurologisk påverkan	Borttagning infekterad benlambå
Spontan intracerebral eller cerebellär blödning med masseffekt och hotande/pågående inklämning	Spontan intracerebral eller cerebellär blödning med masseffekt och hotande/pågående inklämning	Impressionsfraktur	Sårrevision
Akut hydrocefalus med hotande/ pågående inklämning	Akut hydrocefalus med neurologisk påverkan	Spontan intracerebral eller cerebellär blödning med masseffekt och neurologisk påverkan	Tätning likvorläckage
Postoperativ intrakraniell blödning med masseffekt och uttalad neurologisk påverkan	Byte av v-drän om ICP-problem	Akut hydrocefalus med neurologisk påverkan	Shuntrevision
Clipsligatur och utrymning hematoma av intrakraniellt aneurysm med hematoma om hotande inklämning	Postoperativ intrakraniell blödning med masseffekt och måttlig neurologisk påverkan	Byte av v-drän, om ej högt ICP	Kroniskt subduralhematom med mild neurologisk påverkan
	Hemikraniektomi pga mediainfarkt	Shuntrevision	Hypofystumör med progredierande visusförsämring

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
	Intrakraniell tumör med hotande radiologisk bild eller progredierande/uttalad neurologisk påverkan	Postoperativ intrakraniell blödning med masseffekt och neurologisk påverkan	Intrakraniell tumör med hotande radiologisk bild eller progredierande neurologisk påverkan
	Clipsligatur och utrymning hematoma av intrakraniellt aneurysm med hematoma med uttalad neurologisk påverkan alternativt hotande radiologisk bild	Intrakraniell tumör med hotande radiologisk bild eller progredierande/uttalad neurologisk påverkan	Instabil spinal fraktur med ryggmärgspåverkan, komplett påverkan
	Endovaskulär behandling av intrakraniellt aneurysm	Diskbråck med cauda equina symptom	Clipsligatur alt endovaskulär behandling av intrakraniellt aneurysm
		Instabil spinal fraktur med ryggmärgspåverkan, där inkomplett påverkan misstänkes	Slutning myelomeningocele
		Clipsligatur och utrymning hematoma av intrakraniellt aneurysm med hematoma	Neonatal VP-shunt
		Endovaskulär behandling av intrakraniellt aneurysm	

Kommentarer till prioriteringslistan Neurokirurgi

1. Alla tänkbara neurokirurgiska ingrepp är inte inkluderat i listan, utan endast de vanligast förekommande akuta tillstånd som kräver akut neurokirurgisk intervention
2. I den neurokirurgiska verksamheten är det inte enbart typen av patologi och typ av operation som avgör med vilken skyndsamhet som ett tillstånd måste genomgå akut neurokirurgisk intervention. Snarare är det patientens status, såsom reaktionsgrad enl RLS-85, fokalneurologiska bortfallssymptom, hastighet med vilken symptomen har utvecklats samt tid som en neurologisk påverkan har förelegat, progress av neurologisk försämring, monitorerade fysiologiska parametrar såsom intrakraniellt tryck, förekomst av epileptiska anfall, radiologisk bild (t ex med hotande inklämning) eller känd förväntad risk för neurologisk försämring (t ex re-blödning av aneurysm) som avgör tidsramen inom vilken neurokirurgisk intervention måste ske (prioriteringen).
3. Förändring av patientens tillstånd kan ske snabbt hos neurokirurgiska patienter och omprioritering av tidigare angiven tidsram (prioriteringsnivå) kan följaktligen också ske snabbt.
4. Förekomst av andra skador och sjukdomar hos patienten (t ex koagulopati som skall korrigeras) kan påverka prioriteringen av ett specifikt ingrepp.
5. Förekomst av flera patienter med tillstånd som kräver akut neurokirurgisk intervention är snarare regel än undantag, vilket kan påverka prioriteringen av varje enskilds patients ingrepp, för att säkerställa en säker pre- och postoperativ vård för samtliga patienter på kliniken.
6. Dagtid vardagar beslutar neurokirurgens läkarchef (programansvarig operation) om prioritering av patienterna. Under jourtid beslutar neurokirurgens bakjour om prioritering av patienter från verksamhetsområdet.

Andra verksamhetsområden som anmäler operationer till neurokirurgoperation under jourtid (plastikkirurgi, ÖNH) anmäler till jourhavande narkosläkare (specialanestesijouren) samt informerar neurokirurgens bakjour. Om prioriteringsdiskussion uppstår (ex 2 operationer med samma prioritering från olika verksamhetsområden) där neurokirurgens operationslag berörs beslutar neurokirurgens bakjour i samråd med involverade verksamhetsområdenas bakjourer om turordning. Anledningen till detta förfarande är att neurokirurgen inte sällan har patienter på väg från andra sjukhus som kan behöva omedelbar operation vid ankomst, men som ännu inte är anmälda till neurooperation och specialanestesi. I de fall operationslaget på inte neuro berörs, sker prioritering av anestesiouren i samråd med berörda.

Kirurg-/Urologoperation

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Carotis Blödning (postoperativ, trauma) samt omedelbar postoperativ stroke/symptom- progress	Carotisstenos med crescendo/progressiva symptom	Symptomatisk carotisstenos (upprioriteras till Prio 3 12h innan 72h- gränsen nås)	Symptomatisk carotisstenos (skall op inom 48h)
Postoperativ halssvullnad/blödnin g efter carotis- /tyroideakirurgi	Generell peritonit pga perforation av organ	Lokal peritonit (appendicit, kolecystit)	VAC omläggning
Blödningar med chock som följd; Aortaruptur. Akuta blödningar i mag-tarmkanalen (ex esofagusvaricer, blödande ulcus). Post-operativa djupa blödningar. Trauma med blödning i buken. Bäckenfraktur med retroperineal blödning	Ileus med strangulationsmisstanke / Akut tarm ischemi	Post-op blödning utan shock (inkl transuretrala ingrepp	Kolonileus
	Tunntarmsileus (utan strangulations- misstanke)	Blåsevakuering	Bräck - reponerbara
	Anastomosläckage	Abscess (exempelvis perianal/skrotal)	Gallstensmärtal/lindrig kolecystit med upprepade vårdbesök
	Inklämt bräck	Njurtransplantation / pankreastransplantati on (varje timmas väntan dock risk för försämring av organfunktion)	J-stent/LLT (smärtindikation eller kraftig stas på njuren)

	Sårruptur		
	Komplicerade typ B dissektion (ischemi)		
Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
	Extremitets kompartment syndrom		
	Kärtrauma alt. Akut ischemi med omedelbart hotade extremitet		
	Abdominellt kompartment syndrom		
	Mjukdelsinfektioner med gasgangrän		
	Testistorsion		
	J-stent vid avstängd pyelit		
	Blåstamponad		

Kommentarer till prioriteringslistan för akuta kirurgiska och urologiska ingrepp vid kirurgoperation

Alla tänkbara ingrepp ryms inte i denna tabell.

Tabellen går inte att användas strikt, då patientens fysiologiska tillstånd ofta är mer avgörande för prioriteringsgrad. Patienter kan dessutom variera tillhöra Prio 1 - Prio 4 kategorierna beroende på akutisering i sitt tillstånd (exempel kolonileus).

En patient som är uppsatt som en P4 kan när 24 timmar gått inte stå kvar som en P4 ytterligare ett antal dygn (exempel carotis, trombolyskontroll), då måste dessa patienter prioriteras upp.

Organdonation ska enligt lag utföras inom 24 timmar men här krävs att man tillsammans diskuterar lämplig tid då andra sjukhus är starkt beroende på att resa till AS för att medverka vid operation och med hänsyn till stand-by patienter som förbereds för operation (ex hjärta) på andra sjukhus.

Under jourtid beslutar husjour, v b med hjälp av bakjour, om prioritering av patienter från VO kirurgis verksamhetsområde. Detta betyder att kärkirurger och transplantationskirurger måste informera husjouren om de har patienter från deras sektioner tillagda på operationsprogrammet.

Andra verksamhetsområden som anmäler operationer till kirurgoperation under jourtid (KK, barnkir, ortoped, urologer) informerar jourhavande narkosläkare. Om prioriteringsdiskussion uppstår, exempelvis två operationer med samma prioriteringsnivå från olika VO, kontaktar anmälande kirurg husjour/bakjour på VO kirurgi som i samråd med involverade VO:s bakjourer om turordning. Därefter kontaktar ansvarig kirurg anestesi-jouren och informerar om turordning. Prioriteringsbeslut tydliggörs i Orbit.

Ortopedi och handkirurgi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
Nekrotiserande fasciit. Mjukdelsrevision extremiteter	Traumatiska amputationer. Replantation övre extremitet	Öppna frakturer /luxationer. Sårrevision och temporärfixation ex extern fixation /stiftning	Slutna luxationer /frakturer utan nerv, kärll och hudpåverkan Sluten reposition fraktur, led och protes
Gangrän/ischämi nedre extremitet med toxisk påverkan. Amputation underben/lårben	Compartmentsyndrom Compartmentklyvning extremiteter	Omfattande sår/mjukdelsskador extremiteter. Sårrevision	Sen, nerv och ligamentskador. Sutur
Multitraumapatient/ Damage control. Externfixation extremiteter	Extremitetsskada med kärllskada/påverkan- Externfixation, kärllkirurgi	Slutna frakturer/luxationer med nerv/hudpåverkan. Reposition, ev temporärfixation	Huddefekter. Hud transplanterat, lambå

Kommentarer till prioriteringslistan för akuta ortopediska och handkirurgiska ingrepp vid ortopedoperation.

Alla tänkbara ingrepp och skador går inte att sammanfatta i denna tabell.

Många patienter som råkat ut för stort trauma har både ortopediska och kirurgiska skador. Oavsett skadebild räknas **stort trauma** som kirurgisk patient de första 24 timmarna. Vid behov av damage control/stabilisering och externfixation av extremiteter används det jourlag som finns tillgängligt eller är mest lämpligt.

Vid handskada med behov av re-implantation finns separat dokument (*Personalplanering re-implantationer, AnOp*). Obs att detta gäller **endast** re-implantation, ej andra handskador då patienterna får prioriteras i förhållande till andra akuta patienter. Medicinsk prioritering gäller.

Övriga akuta ortopediska patienter som kommer in under jourtid, när inget ortoped-lag finns tillgängligt, prioriteras enl. medicinsk angelägenhet och får hanteras av tillgänglig personal i

förhållande till andra akuta patienter. Husjouren på kirurgen tillsammans med ortopedbakjouren gör gemensam bedömning ang. prioriteringen av patienterna.

[Personalplanering re-implantationer, AnOp](#)

Ögonkirurgi

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4
	Endoftalmit a) TAP: HR, röd reflex; resurs; även främre b) PPV: P+L, ingen röd reflex; resurs bakre		Intraokulär främmande kropp a) inte nattetid
	Bulbruptur a) dygnet runt (annars risk för expulsiv blödning, infektion) b) Resurs; även främre		Makulahotande amotio a) inte nattetid b) positionering av patienten på en gång
			Amotio med avlossad makula a) nyligen 3 dygn b) tidigare inom 1 vecka

Om det inte finns bemanning att utföra operation enligt rekommendationerna ska patienten remitteras till närmaste center.