

Akuta operationer – prioritering vid SÄS

Sammanfattning

Vid några tillfällen kan det finnas flera patienter som akut behöver opereras och ansvaret för att fördela resurserna på de operativa enheterna på SÄS ligger på bakjouren anesthesi. Detta gäller vid alla tillfällen utom vid förhöjd beredskapsnivå i samband med en allvarlig händelse, då Chef Särskild sjukvårdsledning (Kirurgens bakjour) kan ta över ansvaret för denna typ av beslut.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund	2
Förutsättningar	2
Operationsanmälan.....	2
Ansvar	2
Anmälade läkare	2
Bakjourer	2
Ansvar i beredskaps-/katastrofläge.....	3
Prioriteringsgrupper	3
0 timma	3
2 timmar	3
6 timmar	3
24 timmar	3
>24 timmar (inom aktuellt vård-/behandlingstillfälle, normalt inom en vecka)	3
Genomförande	4
Prioritering per opererande klinik/specialitet	4
Kirurgiska fall.....	4
Urologiska fall.....	5
Ortopediska fall	5
Gynekologiska fall	6
ÖNH	6
Medicinska fall.....	7
Uppföljning	7
Dokumentinformation	7

Bakgrund

Vissa akuta operationer måste genomföras utan fördröjning och kan innebära att andra planerade operativa ingrepp måste skjutas upp. Andra akuta ingrepp är inte lika brådskande och kan anpassas till den planerade verksamheten. Det är absolut nödvändigt att den läkare som är ansvarig för patienten anger en korrekt medicinskt prioritering när patienten anmäls för operation.

Förutsättningar

Operationsanmälan

Alla läkare som anmäler en patient för akut operation måste ange angelägenhetsgrad, vilket görs genom att ange inom vilket tidsspann operationen ska genomföras. Angelägenhetsgrad anges i 0, 2, 6, 24 eller >24 timmar.

Angelägenhetsgrad 0, 2 och 6 timmar ska vara strikt grundad på den medicinska prioriteringen, och får under inga omständigheter vara grundad på operatörskompetens eller på administrativa omständigheter.

Ansvar

Anmälande läkare

Vid en anmälan av en patient där det finns ett akut behov av operation inom 2 timmar, måste den anmälande läkaren alltid kontakta narkosläkare, dagtid telefon **3329** och på jourtid telefon **3113**. I första hand försöker narkosjouren och den anmälande läkaren skapa förutsättning för att patienten blir åtgärdad inom utsatt tid, men om man inte kommer överens om handläggandet ska narkosens bakjour involveras.

Bakjourer

Bakjour narkos och bakjouren på den klinik som önskar genomföra akutoperation, får då diskutera fallets angelägenhetsgrad och se över de konsekvenser en operation får i relation till de konsekvenser som hotar om operationen inte blir gjord. Om det finns patienter från olika kliniker med samma akuta behov av operation, får samverkan ske mellan samtliga involverade bakjourer.

Bakjour narkos har rätt att kalla in förstärkning till operation efter samråd med berörda bakjourer för opererande specialiteter.

Det är möjligt att förändringar i följande dags planerade operationsprogram måste göras, om extra personal kallats in under natten. Dessa förändringar får göras i samverkan mellan de opererande klinikerna.

Ansvar i beredskaps-/katastrofläge

Vid allvarlig händelse då sjukhuset tvingas höja sin beredskapsnivå tar, enligt sjukhusets katastrofplan, Chef Särskild Sjukvårdsledning (vilket initialt utgörs av kirurgens bakjour) över ansvaret för hur sjukhusets operationsresurser ska utnyttjas.

Prioriteringsgrupper

Tiderna anger inom vilken tid patienten behöver opereras, d.v.s. den tid som man i värsta fall kan vänta med operationen.

0 timma

Omedelbar tillgång till resurs – bryter all annan verksamhet, inkluderar även medicinska tillstånd som behöver assistans från personal från operation 1.

2 timmar

Medicinskt indicerad åtgärd ska startas inom 2 timmar, kan innebära att elektiva ingrepp måste senareläggas eller strykas.

6 timmar

Medicinskt indicerad åtgärd ska startas inom 6 timmar, kan innebära att elektiva ingrepp måste senareläggas eller strykas.

24 timmar

Medicinskt indicerad åtgärd ska startas inom 24 timmar. Om möjligt ska dessa ingrepp påbörjas innan kl 21:00.

Om väntan över natten innebär att patienten överskrider 24 timmars operationsväntetid, prioriteras patienten upp gentemot andra patienter utifrån medicinsk bedömning. Detta kan innebära att det elektiva programmet måste brytas.

>24 timmar (inom aktuellt vård-/behandlingstillfälle, normalt inom en vecka)

Startas inom det aktuella vårdbehandlingstillfället, planeras in på akutsal dagtid. Ska anmälas utan fördröjning för att underlätta planeringen på operation 1.

Genomförande

Prioritering per opererande klinik/specialitet

Kirurgiska fall

Prioritering	Timmar
Traumafall med livshotande blödning, svår hjärnskada, svår thoraxskada eller perforation av hålorgan	0
Pågående livshotande gastrointestinal eller annan blödning	0-2
Septiska patienter, med eller utan peritonit, med eller utan gangrän	2
Rupturerat aneurysm i aorta eller annan lokal	0
Artäremboli/trombos med gangränhot (utan sepsis)	2-6
Inklämt bräck med gangränhot (utan sepsis)	2-6
Tunntarms-/colonileus med gangränhot (utan sepsis)	2-6
Progredierande gangrän i extremitet (utan sepsis)	<24
Reoperation p.g.a. blödning, peritonit/sepsis, sårruptur	<24
Akut appendicit	<24
Colonileus utan gangränhot eller peritonit	>24
Akut cholecystit	<24 - >24
Akut gallstenspankreatit/avlastning ERCP	<24 - >24
Inklämt ljumskbräck som reponerats inom rimlig tid, patient utan allmänpåverkan	>24
Incision av abscess	<24
Sårbehandling	<24 - >24
Gastrointestinal blödning utan allmänpåverkan	<24
Inklämda hemorrojder	<24
Akut colit utan sepsis/allmänpåverkan eller akut tarmdilatation	<24

Urologiska fall

Prioritering	Timmar
Njurtrauma med blödningschock	0
Testistorsion	2
Urosepsis med avflödes hinder	2
Urinblåseruptur intraabdominellt	2
Urinblåsetamponad med pågående blödning	2
Urinretention som inte kan avlastas per uretra/suprapubiskt	2
Akut svår blås-prostatablödning	6
Penisfraktur	6
Prostata- urinblåseblödning med transfusionsbehov	<24
Högt avstängd övre urinväg med funktionsbortfall eller svårbehandlad smärta	<24
Abscesser	<24 - >24
Scrotaltrauma	<24 - >24

Ortopediska fall

Prioritering	Timmar
Luxationer, t.ex. proteslux höft, armbågslux	<24
Öppen fraktur, fraktur med luxation, t.ex. luxerad fotledsfraktur	2-6
Frakturer som kan ge cirkulationspåverkan om de inte opereras inom 6 timmar, t.ex. suprakondylär humerusfraktur hos barn	2-6
Fraktur med cirkulatorisk allmänpåverkan, t.ex. instabil bäckenfraktur, femurfraktur med cirkulatorisk påverkan	0-6
Infektioner med allmänpåverkan	<24
Infektioner med risk för brottskador om inte punktion utförs, t.ex. septisk artrit hos barn	2-6
Amputationer med allmänpåverkan/svår smärta	<24
Öppna handskador	<24
Fraktur på långa rörben, lednära frakturer där svullnad försämrar operationsresultatet, t.ex. fotledsfraktur och armbågsfraktur	<24
Höftfraktur inkl akut protesoperation höft	<24
Punktioner av leder vid misstänkt infektion, dränage av ortopediska infektioner utan allmänpåverkan	<24
Amputationer utan svår allmänpåverkan eller smärta	>24
Slutna handskador	>24
Underarmsfraktur barn	<24

Gynekologiska fall

Prioritering	Timmar
Urakuta snitt	0
Akut snitt prio 1	0
Akut snitt prio 2	2
Akut snitt prio 3	2-6
Postpartumkomplikation (blödning, kvarhållen placenta, ruptur)	2
Komplikation efter abort eller missfall med riklig blödning eller kvarvarande rester/placenta	6
Postpartumkomplikation, t.ex. med större bristning	6
Extrauterin graviditet	0-24
Misstanke torkverat adnex	2
Blödande corpusluteumcysta	<24
Abrasio och exeres vid svår blödning	0-2
Abrasio och exeres vid hotande blödningstillstånd	<24
Reoperationer	<24
Thorakocentes	<24

ÖNH

Prioritering	Timmar
Hotad luftväg	0
Främmande kropp i esofagus där perforationsrisk bedöms föreligga eller patienten har mycket stora subjektiva besvär	2-6
Ethmoidit med hotande orbital komplikation	2-6
Frontalsinuit med risk för intrakraniell eller orbital spridning	2-6
Otit med komplikation	<24
Blödningar, traumatiska eller postoperativa	<24
Suturering av sårskador i narkos	<24
Ettskador i esofagus (syra, lut, batteri)	6
Dränering av ethmoidit	<24
Främmande kropp i esofagus där perforationsrisk inte bedöms föreligga	<24
Traumafall utan större blödningar, skelett eller mjukdelar	<24
Expansiva infektiösa förändringar som kräver incision/dränering	<24
Främmande kropp i näsa/öra	<24

Medicinska fall

Prioritering	Timmar
Akut hjärt-lungräddning	0
Akut pacemaker	0-2
Pericardtappning	0-2
Permanent pacemaker	>24
Permanent central dialyskateter (CDK)	>24
Vascuport	>24
Central venkateter (CVK)	<24

Uppföljning

Medvetna avsteg ska dokumenteras. Avvikelser åtgärdas enligt rutiner för avvikelshantering.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Sverrir Rikardsson, specialistläkare/läkarchef/MLA, anestesikliniken, SÄS
Mikael Forslund, överläkare, anestesikliniken, SÄS

Remissinstanser utgåva 5

Biträdande sjukhusdirektör Joakim Höstner samt följande verksamhetschefer med opererande specialiteter bekräftar härigenom att riktlinjen ”Akuta operationer – prioritering vid SÄS” ska vara styrande för den akuta operationsverksamheten vid anestesikliniken, SÄS Borås:

Håkan Joelsson, verksamhetschef, anestesikliniken, SÄS
Erica Cedervret Nilson, verksamhetschef, kvinnokliniken, SÄS
Jerker Nilsson, verksamhetschef, kirurgkliniken, SÄS
Marie Melin, tf verksamhetschef, ortopedkliniken, SÄS
Lena Hedlund, läkarchef, öron-näs-halssjukdomar, SÄS
Karin Hederstierna, verksamhetschef, medicinkliniken, SÄS

Fastställt av

Nina Widfeldt, tf chefläkare, SÄS

Nyckelord

Prioriteringar, prioriteringsgrupper, vårdbehov, akutooperationer, akutingrepp, operationsresurser, operationsplanering, katastrofberedskap