

# Buklarm "Rädda buken" - arbetsrutin

## Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument

## Bakgrund och syfte

Patienter som behöver akut bukkirurgi har en hög risk för mortalitet och morbiditet. För att minska denna risk bygger projektet på att så tidigt som möjligt identifiera dessa patienter samt säkerställa tillgång till högsta möjliga kompetens tidigt i sjukdomsförloppet. Checklista "Rädda buken" utgör en central del av projektet, och dess åtgärder är i stort sett framtagna utifrån ERAS riktlinjer och anpassade till vår verksamhet.

## Utförande

### Identifiering av patienter

Projektet bygger på att så tidigt som möjligt identifiera patienter som behöver akut bukkirurgi samt bereda högst möjliga kompetens tidigt i sjukdomsförloppet.

Dessa patienter kan vi stöta på i triagen på akutmottagning, under första kirurgiskbedömning på akutmottagning, på kirurgavdelning, IVA/IMA eller efter DT-svar – alla ska inkluderas.

Det som ingår i checklistan som inte är redan gjort, ska göras.

I praktiken kommer större andel av buklarm/röda/orangea patienter inledningsvis inkluderas i protokollet men klinisk bedömning har sin plats – misstanke om sten smärta eller gynekologiska åkommor ska inte inkluderas.

Om man är osäker på om patienten uppfyller kriterier för aktivering av protokollet kan man ta hjälp av kirurgjour innan checklistan påbörjas.

Vi vill främst identifiera patienter med buksmärta som potentiellt kan behöva kirurgisk åtgärd urakut, inom 2 samt 6 timmar.

Exempelvis:

- perforation
- tarmischemi
- ileus
- inklämt bräck
- anastomosinsufficiens.

Patienter med kolecystit eller appendicit ska inte inkluderas.

Blödningslarm och traumalarm ingår i sina egna spår och ska inte inkluderas.

Tillstånd som återkommande ileus eller anastomosinsufficiens som behandlas konservativt ska inte heller inkluderas.

### **Triage**

Vid ankomst till akutmottagning/samtal från ambulansen ska triagering ske som vanligt, d v s, enligt WEST och NEWS2.

OBS: förtydligande WEST – vegetativa symptom vid orange buksmärta kan vara illamående/kräkningar, svaghet, svimning, kallsvettning.

Triageringssjuksköterska signalerar till ledningssjuksköterska att patienten finns.

Vid behov kan ledningssjuksköterska hjälpa till med bedömning kring misstanke om stensmärta eller gynekologiska åkommor vs ”rädda buken” patient.

RÖD buksmärta ska omhändertagas på akutrummet  
ORANGEA buksmärta ska till kirurgakuten.

**Vid RÖD** buk aktiverar Ledningssjuksköterska ”Rädda buken” protokoll samt informerar ledningsläkare, kirurgprimärjour samt husjour (de tider denna finns i tjänst).

Under den initiala rapporten till primärjour kirurgi och ledningsläkare görs värdering och tas beslut om högre kompetens behöver kallas till akuten eller kontaktas.

DT-SSK på akutradiologin (**31355**) ska meddelas av ledningssjuksköterska så fort man vet att en RÖD buksmärta/buklarm är på väg till akutmottagning.

**Vid ORANGE** buk ska kirurgjour informeras snarast av kirurgsjuksköterska och patienten bedöms så snart så möjligt. Dagtid kontaktar primärjour husjouren för bedömning.

DT-SSK på akutradiologin (31355) ska meddelas *efter* att kirurgjour har bedömt patienten.

Om patienten uppfyller kriterier för aktivering av protokollet och befinner sig på akuten ska det signaleras som **buk** i mappen ”larm” i ELVIS.

### **Akutmottagning**

Åtgärder skall genomföras enligt checklista.

Alla punkter i checklistan ska uppfyllas så fort som möjligt men ingen av dem ska fördröja tid till operationsavdelning. Detta gäller också preoperativ dusch.

Ansvarig SSK på kirurgakuten ska följa med till DT-lab för övervakning och snabb hantering/förflyttning av patienten.

Arbetsbelastning varierar – en god kommunikation mellan samtliga avdelningar är avgörande.

Inläggning av dessa patienter ska prioriteras.

### **Patient som befinner sig på vårdavdelning**

Identifiering av ”rädda buken” patienter kan ske både på akutmottagning och vårdavdelning.

Inklusionskriterier i checklistan för patienter som är redan inlagda betyder ofta att en stor del av utredning och i vissa situationer en del av behandlingen är gjorda.

Buksmärta av högre intensitet eller förändrad i karaktär, peritonit eller ökning av 2 poäng i NEWS ska bedömas så snart som möjligt.

Ansvarig SSK kontaktar avdelningsansvarig läkare dagtid. Kväll, natt och helg kontaktas jour.

I checklistan menas med blodprover: *blodstatus, krea, Na+, K+, albumin, AST, ALT, ALP, bilirubin, p-amylas, CRP + venös blodgas.*

Ansvarig SSK/USK på avdelning ska följa med till DT-lab för övervakning och snabb hantering/förflyttning av patienten.

**Patienter som ska inkluderas** är de som potentiellt kan behöva opereras urakut, inom 2 timmar samt inom 6 timmar:

Exempelvis:

- perforation
- tarmischemi
- ileus
- inklämt bräck
- anastomosinsufficiens
- postoperativ blödning

1.

### **Primärjour kirurgi**

Primärjour kirurgi ska undersöka patienten och ansvarar för att ordinera behandling och åtgärder enligt checklistan. Denne ansvarar för inläggning.

Om kirurgjour är tidigt år (1-3) av sin ST, ska husjour/bakjour kontaktas tidigt i förloppet och bedöma patienten på plats.

Den kliniska erfarenheten kan se lite olika ut och tidig kontakt med husjour/bakjour bör eftersträvas. Nattetid om det inte finns en husjour ska liberal kontakt med bakjouren tas när behovet finns.

Efter bedömning tillsammans med erfaren kirurg ska remiss till radiologi skrivas.

Remiss för DT buk markeras som "rädda buken" och frågeställningar ska vara så riktade som möjligt enligt klinisk kontext. Den kirurg som konsulteras ska namnges i remissen.

Kända kontrastallergier som inte redan är flaggade i PACS/OM systemet ska anges i remissen.

Kirurgjour alternativt husjour ska följa med patienten till DT-labb.

DT-SSK på akutradiologin (31355) ska meddelas så snart som möjligt att Rädda-bukremiss är på gång.

För att underlätta inläggning har vi tagit fram en läkemedelsmall som man får använda sig av och som heter "Rädda buken". Aktiv ställning till alla läkemedel i mallen ska tas dagligen av ansvarig läkare. **Observera** att NSAIDs ingår i den multimodala postoperativa smärtbehandlingen och att just den läkemedel kan vara kontraindicerad beroende på aktuella och tidigare diagnoser (perforerat ulcus, GBP komplikation, hjärtsvikt, njursvikt, allergi, mm).

Om aktuellt, ska preoperativ stomimarkering göras. Detta ska göras i sittande och stående position om patientens tillstånd tillåter. Finns det stomisjuksköterska som resurs på plats ska detta utnyttjas.

### **DT-lab**

DT buk ska göras enligt förbestämt protokoll (buk med kontrast, artär- och venfas), men beroende på frågeställning kan avsteg från detta tas i samråd med radiologen.

Har man markerat "rädda buken" kommer radiologiavdelning att tolka det som att man inte ska vänta på prover, exempelvis kreatinin.

Dag- och kvällstid ska radiologjour möta kirurgjour under DT-undersökning för muntligt preliminärt svar. Ett skriftligt svar ska vara tillgänglig inom 2 timmar.

Undersökningen inplaneras som nästa patient på DT.

Pågående undersökningar ska INTE avbrytas. DT "rädda buken" går inte före DT som beställs för traumalarm, aortaruptur misstanke eller DT "rädda hjärna".

Mellan kl. 22.00-07.30 bedöms DT av teleradiologi då det inte finns radiolog på plats, om man önskar muntligt svar kan man ringa 73685 cirka 15 minuter efter DT är gjord.

### **Opererande kirurg**

Opererande kirurg ska träffa patienten innan induktion av anestesi.

Ska ta kontakt med operationskoordinator för planering av operation (prioritering av väntetid till operation, eventuella speciella behov vad gäller instrument, mm).

Före operationsstart, räknas NSQIP med hjälp av ACS kalkylatorn som finns lättillgänglig på [ACS Risk Calculator - Home Page](#).

Pre- och postoperativ vårdnivå ska beslutas i samråd med ansvarig anestesilog.

Ställningstagande till eventuella vårdbegränsningar ska tas och dokumenteras om sådana finns. Information till patient och/eller anhöriga om detta ska ske före operation.

### **Narkosjour**

Blir kontaktad av kirurgjour när ingående patient har identifierats. Ansvarar för att så snart som möjligt bedöma patient där denne befinner sig och göra en plan tillsammans med kirurgen avseende preoperativ optimering, vårdnivå och ev behandlingsbegränsningar.

### **Anestesirutin/Postop/IVA/IMA**

För peri- och postoperativt handläggande vg se rutin "LÄNK"

### **På avdelning efter operation**

Åtgärder enligt checklista.

Akut ERAS har adapterats till vår verksamhet. Protokollet ska följa med patienten fram till utskrivning – ansvarig SSK ansvarar för att ha med den under rondan.

**Dietistkontakt** anpassas individuellt men rekommenderas frikostigt. Men i regel vid lång fasta och långvarig v-sondsbehandling (oftast med behov av TPN), nutritionssond eller undernäring ska dietisten kontaktas.

Man ska kryssa i rutorna där åtgärder är gjorda. När flera rutor finns i rad, till exempel "Näringsdryck □□□" ska man kryssa hur många patienten har fått i sig, målet per dag är således 3st.

Vid längre vårdtid än POD4 kan man med fördel använda sig av samma checklista som finns i rutan *POD4* och bifoga detta vid utskrivning.

Vid utskrivning ska formuläret till kirurgavdelning 51-52 till facket "Rädda buken" som finns i ÖvreGastro rondrummet.

Patienter inlagda på andra kirurgiska avdelningar ska hanteras på samma sätt – utskrivande läkare ansvarar för att lägga formuläret i ovannämnt fack alternativt kan formuläret lämnas till Specialistläkare Joana Moura på kirurgkliniken.

## Checklista

### "Rädda buken" avdelning

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

## "Rädda buken" akuten

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VO3 Anestesi Operation Intensivvård, VE Kir Uro Pall  
Onkologi

**Innehållsansvar:** Joana Soares de Moura, (joaso4),  
Specialistläkare

**Godkänd av:** Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9710-1396384072-117

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2026-04-23

**Giltig till:** 2028-04-23