

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Pasi Bauer, (pasba1), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-02-26

Giltig till: 2028-02-29

Patient med gynekologisk sjukdom eller gravid och **samtidig** akut internmedicinsk sjukdom

Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

Bakgrund

Patienter som söker på akutmottagningen med komplex sjukdomsbild i behov av multidisciplinära team är svårtriagerade och behov av riktlinjer för vem som ska ansvara för akut bedömning och behandling behövs.

Mål

Bästa möjliga omhändertagande utifrån patientens akuta situation.

Medel

Samverkan över specialitetsgränserna både inom diagnostik, behandling, val av vårdnivå och vårdenhet. Här behövs ofta att kontakt och dialog sker på överläkar-/bakjournsnivå.

Riktlinjer

Misstänkt eller verifierad enkel djup ventrombos under graviditet eller upp till 42 dagar postpartum eller postoperativ efter gynekologisk operation, handläggs primärt av gynjour och vårdas på kvinnokliniken.

Patient under cytostatikabehandling för gynekologisk cancer går som öppen retur till gynavdelning och bedöms primärt av gynjour som vid behov konsulterar medicinjour för bedömning.

Patient som opererats för benign sjukdom inom 6 veckor och som söker för misstänkt internmedicinsk sjukdom (bröstmärtor, dyspné, misstanke om infarkt, lungemboli, pneumoni, diabeteskoma) går primärt till medicinjour som står för diagnostik. Gynjour konsulteras om tillståndet kan ses som postoperativ komplikation. Om behandling kan tillgodoses utan skillnad på gynekologisk- som på internmedicinsk avdelning, vårdas patienten på gynavdelning. I annat fall MAVA, HIVA eller IVA.

Gravid kvinna som söker för misstänkt svår internmedicinsk sjukdom (bröstmärtor, dyspné, misstanke om infarkt, lungemboli, pneumoni, diabeteskoma) går primärt till medicinjour oavsett graviditetens längd.

Diagnostik sker alltid via medicinjurens försorg med sedvanlig undersökning och provtagning, exempelvis infarkt- eller koagulationsprover. Observera att D-dimer ofta är förhöjda hos gravida utan tromboembolisk sjukdom.

Då diagnos är ställd konsulteras gyn- eller förlossningsjour för att gemensamt besluta om behandling och på vilken enhet patienten ska vårdas. Valet görs alltid utifrån de mest akuta behov som patienten har. Patient med infarkt, hjärtsvikt, omfattande lungembolisering med kardiopulmonell påverkan, eller diabeteskoma vårdas på MAVA eller IVA. Personal från förlossningen ansvarar för intermitterande kontroll av fostret med CTG om så erfordras efter graviditetsvecka 25+0. Förlossningsbarnmorska ansvarar för att patienten finns på förlossningens beläggningslista och rondas för obstetriker.

Arbetsgrupp som tagit fram styrdokumentet

Gerald Wallsterson och Annette Treng.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Pasi Bauer, (pasba1), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-31

Version: 8.0

Giltig från: 2026-02-26

Giltig till: 2028-02-29