

Gäller för: Verksamhet Hybrid och intervention, Läkare kärlikirurgi

Giltig från: 2025-10-06

Innehållsansvar: Sofia Strömberg, (sofut), Sektionschef

Giltig till: 2027-10-06

Granskad av: Sofia Strömberg, (sofut), Sektionschef

Godkänd av: Sophie Lindgren, (sopli2), Verksamhetschef

Denna rutin gäller för

Bedömning av inkommande remisser till Kärlikirurgen Sahlgrenska i Sälma.

Revideringar i denna version

Uppdaterad figur Flödesschema.

Syfte

- jämlik sjukvård
- att göra korrekta remissbedömningar inklusive korrekt prioritering
- att ensa remissbedömningarna mellan olika remissbedömare
- att undvika onödiga mottagningsbesök, där remisserna kan besvaras brevlades
- att undvika bedömningar på Sahlgrenska i de fall där patienterna tillhör annan vårdgivares upptagningsområde

Arbetsbeskrivning

Övergripande struktur för remissbedömningen (se även figur 1 nedan)

Bedömningarna sker huvudsakligen baserat på remisstexten och däri framkommande uppgifter. Man bör dock alltid konsultera Melior vid minsta oklarhet samt om det om det framkommer att:

- patienten varit på bedömning hos kärlikirurg tidigare
- patienten har genomgått kärlikirurgiskt ingrepp tidigare
- patienten har andra allvarliga diagnoser eller funktionsnedsättningar som är av vikt att kommentera i kommentarsfältet i SÄLMA och som är bra att mottagningspersonalen känner till (tolkbehov, nedsatt fysisk funktion, tidigare amputation, kognitiva problem etc.)
- andra tidigare vårdtillfällen av vikt framkommer som kan påverka remissbedömningen

DET FÖRSTA MAN BÖR KONTROLLERA PÅ REMISSEN ÄR ÄVEN ATT PATIENTEN TILLHÖR VÅRT UPPTAGNINGSSOMRÅDE!

Om remissen inte innehåller tillräckliga uppgifter för att (1) kunna avgöra om kärlikirurgisk diagnos föreligger och/eller (2) kunna göra en korrekt tidsmässig prioritering så – förutsatt att ärendet inte brådskar – begär in komplettering från inremitterande. För benartärsjukdom och venös insufficiens finns remissmallar som man med fördel kan bifoga när man begär sådan komplettering.

Om ärendet kräver enbart bildgranskning för att kunna besvara remiss så görs detta i första hand enskilt av remissbedömaren. Om man bedömer att bildgranskning måste i samråd med kärlikollegorna och/eller ske av kvalificerad radiolog så skrivs skyltningsremiss. Om man skyltar bilder till konferens bör man skriva en kort anteckning i Melior som inringar frågeställningen.

Noteringar i SÄLMA:S kommentarsfält

1. Om patient aktuell för PSV kritisk ischemi skriv "PSV kritisk ischemi" och prioritera rätt tidsrymd ("röd", "orange" resp. "gul", se nedan)
2. Om patienten är lämplig för kandidatmottagning – skriv "ev. kandidatmottagning"
3. Om patienten är aktuell för venmottagning skriv "venmottagning"

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

4. För patienter som bedöms ha glädje av det skriv "duplexmottagning" om man utifrån remissen finner att duplex i samband med mott besöket ökar den totala kvaliteten i bedömningen.

Vilka patienter bör vid remittering kallas till mottagningen för bedömning?

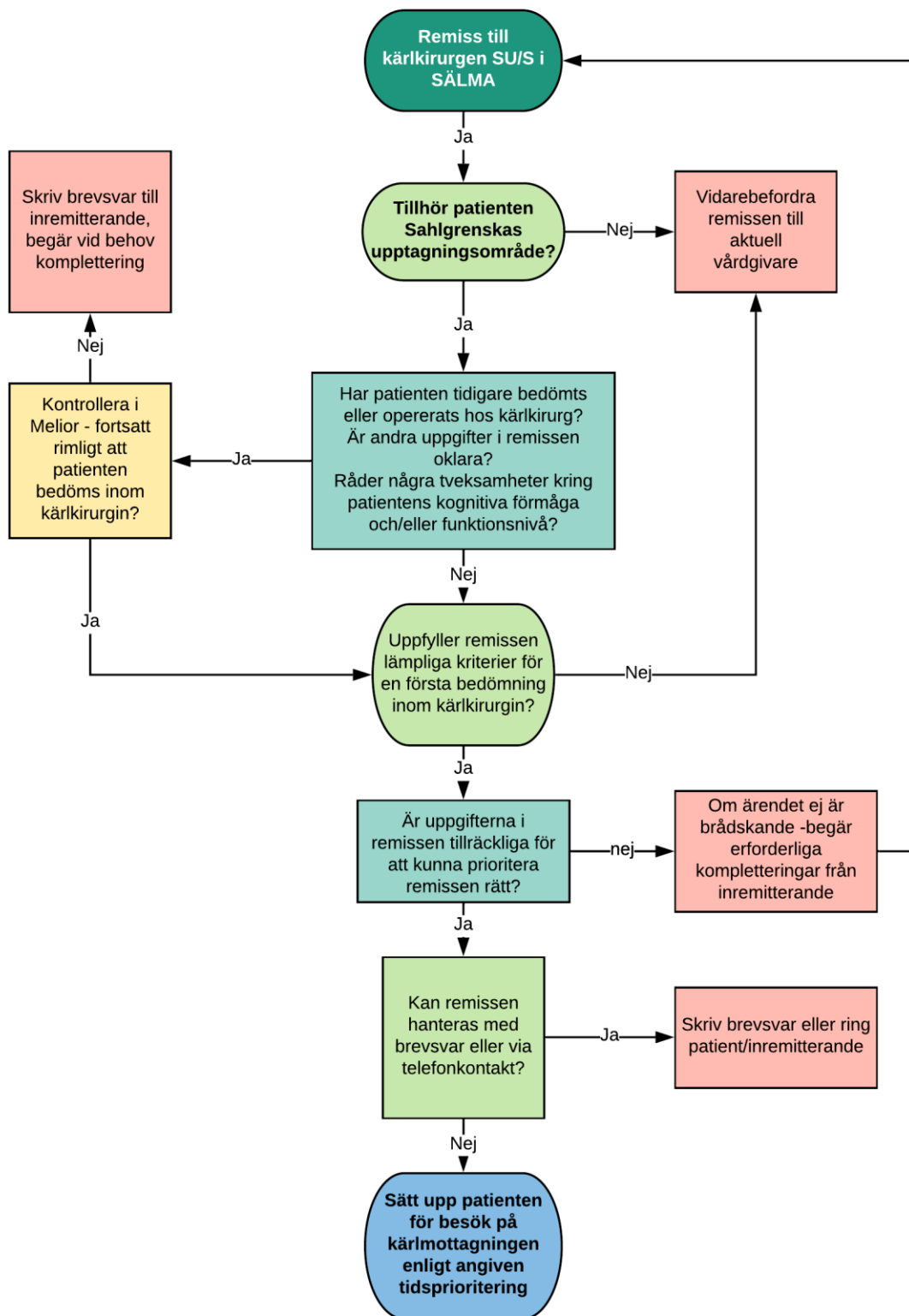
1. Nyupptäckta AAA oavsett storlek förutsatt att det bedöms preliminärt rimligt mot bakgrund av komorbiditet och interkurrenta sjukdomar
2. Torakala aneurysm och dissektioner som närmar sig behandlingsstorlek
3. Mindre torakala aneurysm och dissektioner; om ytterligare information och/eller klinisk bedömning anses öka patientnyttan
4. Patienter med kronisk extremitetshotande ischemi
5. Patienter med invalidiserade claudicatio (beroende på remissens innehåll är brevsvaret acceptabelt här om symptomen som framkommer är lindriga och patienten inte verkar ha en klar invasiv behandlingsönskan)
6. Ytlig venös insufficiens från CEAP 3 och uppåt
7. Kronisk mesenteriell ischemi
8. Popliteaaneurysm >15 mm
9. Alla oklara eller ovanliga potentiella kärlfall där en klinisk bedömning hos oss bedöms öka patientnyttan eller underlätta för andra vårdenheter inklusive primärvården

Vilka patienter bör inte kallas till kärlmottagningen (typexempel)?

1. AAA utan signifikant progress som redan bedömts och är under surveillance
2. Patienter med kritisk ischemi oavsett grad som helt saknar egen förflyttningsförmåga (ofta svårt att bedöma från remiss!)
3. Claudicatiopatienter som röker. I dessa fall skrivs lämpligtvis ett brevsvaret till inremitterande om kravet på rökfrihet inför kärlkirurgiska interventioner, och att ny remiss ev. emottas när patienten är rökfri (framgår det inte i remissen så skall komplettering begäras in).
4. Ytlig venös insufficiens CEAP 1-2
5. AV-malformationer samt hudnära kärltumörer/kärlanomalier (hänvisas till plastikkirurgen)
6. Isolerade a ascendensaneurysm (hänvisas till kardiologen)
7. Asymptomatiska carotisstenoser (alla carotisstenosfrågeställningar samt subclavian steal hänvisas till carotissteamet på neurologen)

Tidsmässig prioritering

Remissorsak	Tid från remissankomst till mottagningsbedömning	Kommentarer
Nyupptäckta AAA <55 mm	3 mån	
Nyupptäckta AAA 55 - 65 mm	1 mån	Skriv CT remiss vid remissbedömningen
Nyupptäckta AAA >65 mm	2 veckor	Skriv CT remiss vid remissbedömningen
Nyupptäckta stora torakala aneurysm och dissektioner >70 mm	2 veckor	Skyltas till kärl-thoraxkonferens
Nyupptäckta mindre torakala aneurysm och dissektioner <70 mm	1 mån	Skyltas till kärl-thoraxkonferens
Uttalad kritisk ischemi och djup fotinfektion, snabbt fortskridande gangrän eller omfattande hud- och mjukdelsengagemang (Wifl stadium 4)	Vanligen inläggningsfall	Direktkontakt skall tas antingen med patienten eller med kärlmottagningen för snarast möjliga inplanering för bedömning. Enligt PSV kritisk ischemi bilddiagnostik inom 1/2 – 3 dagar. Skriv "PSV RÖD" i SÄLMA:S kommentarsfält.
Kritisk ischemi utan ovanstående men med sår/gangrän proximalt om tå eller snabb progredierande sår/gangrän på tå (Wifl stadium 3)	5 - 7 dagar	Företrädesvis till duplexmottagning. Tag direktkontakt med kärlmottagningen. Enligt PSV kritisk ischemi bilddiagnostik inom 7 dagar och revaskularisering inom 14 dagar. Skriv "PSV ORANGE" i SÄLMA:S kommentarsfält.
Kritisk ischemi med enbart vilovärk och/eller stabilt sår på tå (Wifl stadium 1-2)	1 - 2 veckor	Företrädesvis till duplexmottagning. Enligt PSV kritisk ischemi bilddiagnostik inom 14 dagar men utan borte tidsgräns till revaskularisering. Skriv "PSV GUL" i SÄLMA:S kommentarsfält.
Claudicatio intermittens	3 månader	
Varicer med bensår	1 månad	Skriv "venmottagning" i SÄLMA
Varicer utan bensår	3 månader	Skriv "venmottagning" i SÄLMA
Kronisk mesenteriell ischemi	2 - 4 veckor	Om symptom bilden signalerar snabb försämring så skall patienten handläggas akut
Popliteaaneurysm	1 månad	
Övriga fall (t ex TOS utan akuta symptom, vulvaricer, djup venös obstruktion, visceral aneurysm, carotisaneurysm etc.)	Bedöms från fall till fall	



Figur 1: Flödesschema för remissbedömningen i SÄLMA

Ansvar

Sektionschef för Kärlkirurgi, Hybrid och Intervention, ansvarar för att rutinen blir känd för medarbetare vid Kärlkirurgiska sektionen.

Uppföljning, utvärdering och revision

Sektionschefen för Kärlkirurgi, Hybrid och Intervention, ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Joakim Nordanstig, Överläkare Kärlkirurgi, Hybrid och Intervention, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,

Marcus Langenskiöld, Överläkare Kärlkirurgi, Hybrid och Intervention, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,

Angelica Perlander, Specialistläkare Kärlkirurgi, Hybrid och Intervention, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Hybrid och intervention, Läkare
kärlkirurgi

Innehållsansvar: Sofia Strömberg, (sofut), Sektionschef

Granskad av: Sofia Strömberg, (sofut), Sektionschef

Godkänd av: Sophie Lindgren, (sopli2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-214

Version: 5.0

Giltig från: 2025-10-06

Giltig till: 2027-10-06