



Kloka Kliniska Val inom öron-, näs- och halssjukdomar

Framtagen av Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi (SFOHH) tillsammans med föreningens gren- och subspecialitetsföreningar. Beslutad av styrelsen för SFOHH.

"Undvik rutinmässig användning av fullständig steril uppdukning och skyddsklädsel vid mindre ingrepp i områden som inte går att sterilisera (t.ex. munhåla och näsa), där ren rutin är tillräcklig."

Motivering: Vid ingrepp som tonsillektomi, abrasio, rörinsättning eller biopsier i mun/näsa är operationsområdet per definition inte sterilt. Att använda resurser (rockar, omfattande drapering) som krävs för steril kirurgi innebär onödigt resursslöseri och miljöpåverkan utan att minska infektionsrisken för patienten. (1, 2)

"Undvik generell anestesi för endoskopiska ingrepp i näsa och svalg om ingreppet kan utföras patientsäkert och med god komfort i lokalbedövning."

Motivering: Generell anestesi innebär alltid en risk för patienten och kräver stora resurser. Genom att aktivt välja lokalbedövning där det är medicinskt och patientmässigt försvarbart minskar man risken för narkosrelaterade komplikationer och frigör anestesiresurser till de patienter som verkligen behöver dem. (3, 4)

"Undvik att rutinmässigt remittera för extern radiologi (DT/MR) vid ytliga mjukdelsförändringar om nära-patient-ultraljud (POCUS) eller klinisk undersökning ger tillräckligt beslutsunderlag."

Motivering: Överanvändning av bildiagnostik är en känd källa till lågvärdesvård. Att använda POCUS ger snabbare svar, ingen strålning och sparar resurser. Eskalering till DT eller MRT bör ske när POCUS och klinisk undersökning inte ger tillräcklig information. (5, 6)

"Förskriv inte antibiotika rutinmässigt vid okomplicerad akut rinosinuit."

Motivering: De flesta fall läker spontant utan antibiotika och riskerna överväger de marginella fördelarna vid okomplicerad akut rinosinuit.(7, 8)

"Undvik rutinmässig användning av antibiotika som profylax vid okomplicerad näs- och bihålekirurgi."

Motivering: Risken för postoperativa infektioner efter okomplicerad näs- och bihålekirurgi är mycket låg och antibiotikaprofylax minskar inte infektionsfrekvensen signifikant. (9-11)

"Undvik omfattande kirurgi på sköra äldre patienter utan att först ha genomfört en strukturerad skörhetsbedömning (frailty) och värderat ingreppets nytta i relation till förväntad livskvalitet."

Motivering: För patienter med stor skörhet kan riskerna med kirurgi och anestesi vida överstiga den potentiella vinsten. Preoperativ skörhetsbedömning och geriatrisk helhetsbedömning har visat sig minska postoperativ mortalitet, komplikationer och institutionalisering. Skörhetsbedömning underlättar patientcentrerad vård genom att klargöra prognos, optimera modifierbara riskfaktorer och stödja beslut att modifiera eller avstå från kirurgi när den förväntade nyttan är begränsad. (12, 13)

Referenser

1. Taub PJ, Oleru O, Mandelbaum MG, Seyidova N. Application of Field Sterility to Safely Reduce Cost and Waste in Cleft Surgery. *J Craniofac Surg.* 2023;34(7):2008–11.
2. Brewer JD, Gonzalez AB, Baum CL, Arpey CJ, Roenigk RK, Otley CC, et al. Comparison of Sterile vs Nonsterile Gloves in Cutaneous Surgery and Common Outpatient Dental Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2016;152(9):1008–14.
3. Wellenstein DJ, van der Wal RAB, Schutte HW, Honings J, van den Hoogen FJA, Marres HAM, et al. Topical Anesthesia for Endoscopic Office-based Procedures of the Upper Aerodigestive Tract. *J Voice.* 2019;33(5):732–46.
4. Bar R, Mattei A, Haddad R, Giovanni A. Laryngeal office-based procedures: A safe approach. *Am J Otolaryngol.* 2024;45(2):104128.
5. Furukawa M, Hashimoto K, Kitani Y, Yoshida M. Point-of-care ultrasound in the head and neck region. *J Med Ultrason (2001).* 2022;49(4):593–600.

6. Liao LJ, Wen MH, Yang TL. Point-of-care ultrasound in otolaryngology and head and neck surgery: A prospective survey study. *J Formos Med Assoc.* 2021;120(8):1547–53.
7. Payne SC, McKenna M, Buckley J, Colandrea M, Chow A, Detwiller K, et al. Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis Update. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 2025;173(S1):S1–S56.
8. Lemiengre MB, van Driel ML, Merenstein D, Liira H, Mäkelä M, De Sutter AI. Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9(9):Cd006089.
9. Barrette LX, Cohen WG, Chao T, Douglas JE, Kearney J, Thaler E, et al. Enhanced recovery after endoscopic sinus surgery: Establishing comprehensive protocols for improvement of perioperative patient care. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2025;11(1):147–57.
10. Swords CE, Wong JJ, Stevens KN, Psaltis AJ, Wormald PJ, Tan NC. The Use of Postoperative Antibiotics Following Endoscopic Sinus Surgery for Chronic Rhinosinusitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy.* 2021;35(5):700–12.
11. Mehdizadeh M, Foster L, Cordero JJ, Schonebaum DI, Garbaccio NC, Smith JE, et al. Antibiotics in Septorhinoplasty: Routine Necessity or Unnecessary Precaution? A Nationwide Propensity-Score Matched Retrospective Cohort Study. *Aesthetic Plast Surg.* 2026.
12. George EL, Hall DE, Youk A, Chen R, Kashikar A, Trickey AW, et al. Association Between Patient Frailty and Postoperative Mortality Across Multiple Noncardiac Surgical Specialties. *JAMA Surg.* 2021;156(1):e205152.
13. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *The New England journal of medicine.* 2024;391(6):538–48.