

# Riktlinjer för spinal rörelsebegränsning HSH

Gäller när traumalarm ej utlöses

Från ↓	Till →	Trauma transfer	Bårvagn/säng	Till CT bord
<b>scoopbår</b>		Scoopbåren flyttas över till traumatransfer med tillhörande huvudblock och scoopbåren avlägsnas, huvudet stabiliseras manuellt när scoopbår tas bort, detta kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Skall inte undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer.	Scoopbåren flyttas över till bårvagn/ säng huvudet stabiliseras manuellt när scoopbår tas bort detta kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare Patienten ligger då med vaccumkudde utan remmar.	
<b>På lakan i Vaccumdrass</b>		Patienten flyttas över med hjälp av glidskenor som försiktigt läggs under lakanet efter att vaccumet släppts i vaccumdrassen. Huvudet stabiliseras manuellt under förflyttning med minst två personal på var sida av patienten. Detta kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Skall inte undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer.	Patienten flyttas över med hjälp av glidskenor som försiktigt läggs under lakanet efter att vaccumet släppts i vaccumdrassen. Huvudet stabiliseras manuellt under förflyttning och med minst två personal på var sida av patienten. Detta kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Patienten ligger på säng/bårvagn med huvudet i vaccumkudde utan remmar	
<b>Ferno XT direkt på strykerbår</b>		Förflyttas med hjälp av glidskenor som försiktigt läggs under Ferno XL. Minst två personal på var sida av patienten vid förflyttning av patienten. Tänk på att benen ej är fixerade i Ferno XL. Förflyttning kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Ferno XT knäpps upp och dras sedan rakt bakåt vid patientens huvudända under samtidigt manuell stabilisering av halsryggen inte Skall undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer.	Förflyttas med hjälp av glidskenor som försiktigt läggs under Ferno XL. Minst två personal på var sida av patienten vid förflyttning. patienten. Tänk på att benen ej är fixerade i Ferno XL. Förflyttning kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Ferno XT knäpps upp och dras sedan rakt bakåt vid patientens huvudända under samtidigt manuell stabilisering av halsryggen. Patienten ligger på säng/ bårvagn med huvudet i Vaccumkudde utan remmar	
<b>Ferno XT på scoopbår</b>		Scoopbår lyfts över till traumatransfer och avlägsnas. Ferno XT knäpps upp och dras sedan rakt bakåt vid patientens huvudända under samtidigt manuell stabilisering av halsryggen. Skall inte undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer.	Scoopbår lyfts över till säng/ bår och avlägsnas. Ferno XT knäpps upp och dras sedan rakt bakåt vid patientens huvudända under samtidigt manuell stabilisering av halsryggen. Patienten ligger på säng/bårvagn med huvudet i vaccumkudde utan remmar	
<b>Stryker ambulansbår med vaccumkudde</b>		Förflyttas med hjälp av glidskenor som försiktigt läggs under patienten. Alt om patienten guidats på skadeplats, guidas över av ambulanspersonal till traumatransfer. Skall inte undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer.	Förflyttas med hjälp av glidskenor som försiktigt läggs under patienten, alt om patienten guidats på skadeplats, guidas över av ambulanspersonal till säng/bår läggs i planläge med vaccumkudde.	
<b>Bårvagn</b>		Patienten förflyttas med hjälp av scoopbår, Scoopbåren flyttas över till traumatransfer med tillhörande huvudblock och avlägsnas, huvudet stabiliseras manuellt när scoopbår tas bort detta kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Skall inte undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer		Läkaren ordinerar efter undersökning hur patienten får förflyttas. Får patienten ej röra sig fritt skall personal medfölja till RTG. I första hand flyttas patient som ej får röra sig fritt till traumatransfer alt flyttas med hjälp av glidskenor Huvudet stabiliseras manuellt under förflyttning och minst två personal på var sida av patienten.
<b>Traumatransfer</b>			Patienten förflyttas med hjälp av scoopbår Huvudet stabiliseras manuellt när scoopbår tas bort detta kan göras av ambulans och akutpersonal utan närvaro av läkare. Patienten ligger på säng/bårvagn med huvudet i vaccumkudde utan remmar	Personal medföljer till RTG Patienten förflyttas fixerad på traumatransfer till CT bordet
<b>Gående</b>		Patient som inte är fullt vakna, påverkade av någon substans, har neurologiska bortfall eller distraherande skada guidas av triagsjuksköterskan till traumatransfer och rörelsebegränsas där med huvudstöd och remmar.  Skall inte undersökning direkt påbörjas fixeras patienten med remmar och huvudstöd på traumatransfer.  Tänk på att om patienten har neurologiska bortfall skall traumalarm dras	Patient som är fullt vaken, ej påverkad av någon substans, inga neurologiska bortfall eller distraherande skada, guidas av triagsjuksköterskan till säng/bårvagn och läggs i planläge med vaccumkudde.	

## Spinal rörelsebegränsning intrahospitalt – HS.

Grund för dokumentet: hård halskrage avvecklas nationellt pre- och intrahospitalt.

### **Patienter med suspekt rygg- och/eller nackskada kan ankomma till akuten på olika sätt:**

*Ambulans, som traumalarm NIVÅ 1 eller NIVÅ 2 – teamleader bestämmer hur patienten förflyttas*

Om inga kriterier för traumalarm är uppfyllda, men ett eller flera "observandum" föreligger (se bilaga) tag kontakt med primärjour i kirurgi för att diskutera uppgradering av larmet till traumalarm.

*Om ej traumalarm uppfylls:*

Patienter som kommer via ambulans är redan prehospitalt bedömda enligt Nexus angående risken för rygg- och/eller nackskada. Patienter med suspekt rygg- och/eller nackskada kan vara rörelsebegränsade på flera olika sätt anpassade efter patientens behov och tillstånd. Kontakta ledningssjuksköterska för att bestämma lämplig bår och övervakning. Förflyttning till Traumatransfer eller bårvagn sker enligt bilaga. Detta kan göras av ambulans- och akutpersonal utan närvarande läkare. När ansvarig läkare är på plats görs bedömning om fortsatt omhändertagande."

Om ej traumalarm uppfyllts och om patient med positiv nexus guidats ur fordon kan samma metod upprepas av ambulanspersonalen för att flytta patienten från deras utrustning till akutmottagningens. Kontakta ledningssjuksköterska för att bestämma bår och övervakning. Har man ej kunnat guida patienten prehospitalt rekommenderas förflyttning med glidbrädor och lakansdrag.

### *Triage*

Patienter som ej kommer i ambulans utan som söker akutmottagningen själv ska bedömas av triagesköterska enligt Nexus. De punkter som då tas i beaktande är:

1. Ömhet över kotpelaren.
2. Intoxikation.
3. Medvetandesänkning.
4. Fokalneurologi.
5. Disträherande skada.

Patienter med negativ Nexus ska ej rörelsebegränsas - dessa patienter prioriteras i Retts för skadorna de har. Om någon punkt däremot utfaller positivt, ska man betrakta det som en möjlig spinal skada och vidta följande åtgärder:

- En vuxen patient som är alert, fullt vaken och ej påverkad av någon substans kan själv hållas ansvarig för att ligga still i ryggläge. Patienten kan då guidas av triagesköterska till akutbår/vanlig madrass med huvudstöd (vaccumkudde används som huvudstöd i säng).
- Vid tveksamt kring patientens förmåga att medverka ska man guida patienten/förflytta på det sätt situationen tillåter till TraumaTransfer och rörelsebegränsa i väntan på undersökning. Ansvarig läkare gör sedan en bedömning om fortsatt omhändertagande.

**Rörelsebegränsade patienter får orange prioritet och ska vara under övervakning.**

### **På akutmottagningen**

När läkare gjort sin bedömning frias antingen patienten från misstanke om rygg- eller nackskada, alternativt fattas beslut om vidare utredning. Generellt gäller att förflyttning av spinalt rörelsebegränsade patienter mellan olika bårar eller madrasser etc. sker med hjälp av glidbrädor och manuell stabilisering av halsrygg. Scoopbår fungerar ej med nuvarande utrustning. Stockvändning ska minimeras vid hantering av patienter med misstänkt spinal skada. Om möjligt kan patienten guidas till att förflytta sig självt av ansvarig läkare till TraumaTransfer.

### **Röntgenundersökning**

En patient som ska genomgå en datortomografi på misstanke om spinal skada ska i möjligaste mån ligga rörelsebegränsad på TraumaTransfer med tillhörande huvudblock. En rörelsebegränsad patient ska transporteras till röntgen av personal från akutmottagningen. Om det inte är möjligt att använda TraumaTransfer, ska medföljande sjukvårdspersonal ansvara för överflyttningen mellan akutbår och CT-apparat enligt ansvarig läkares ordination.

### **CT-remiss**

På remissen till röntgenavdelningen för CT-undersökning ska det framgå tydligt om patienten är spinalt rörelsebegränsad eller ej. Detta underlättar prioritering av undersökningen. Om patienten av någon anledning inte är fysiskt rörelsebegränsad, men ändå har restriktioner i sin rörlighet p.g.a. misstänkt skada spinalt, är det extra viktigt att detta framgår i remissen. Personal från akutmottagningen, narkos eller IVA medföljer då till röntgenavdelning och ansvarar för överflyttningar enligt ansvarig läkares ordination.

Maximal tid på Trauma Transfer är 4 h, vilket inkluderar tiden från det tillfälle ambulanspersonalen rörelsebegränsar patienten på skadepplatsen. Om tiden närmar sig 4 h +, kontakta ansvarig läkare för diskussion av nästa steg.

## **CT-svar**

- *Ingen skada:*

Finner man inga tecken till skada på CT ordinerar ansvarig läkare att patienten blir av med sin rörelsebegränsning och kan mobiliseras. Vid kvarstående kraftigt status sker dialog med ortoped för att komplettera med t.ex. MR.

- *Skada cervikalt:*

Vid påvisad eller misstänkt skada på CT ska kontakt tas med ortopedjour av remittenten - en Aspen VISTA krage sätts på patienten om det ordinerar. Om detta är den enda skadan spinalt och om ortopedjouren bedömer skadan som stabil med Aspen VISTA krage på, kan patienten därefter mobiliseras efter förmåga. I övriga fall kvarstår behovet av förflyttning med glidbrädor och lakansdrag. Om skadan sitter så belägen att en Aspen VISTA krage inte förmår stabilisera den, ska ortopedjour ta kontakt med traumabakjour som i sin tur konsulterar ryggortoped/neurokirurg. Om CT-undersökning inte kunnat fria halsryggen, och misstanke om skada kvarstår, förses patienten med Aspen VISTA krage i väntan på vidare utredning.

- *Skada thorakalt eller lumbalt:*

Kontakt tas med ortopedjour som fattar vidare beslut.

## **Inläggning på avdelning**

Patienter som läggs in på avdelning innan definitivt CT-svar föreligger ska flyttas över till säng med hjälp av glidbrädor och manuell stabilisering av halsrygg samt fortsatt vara försedda med huvudstöd (filtar används som huvudstöd i säng på avdelning). När CT-svaret kommer hanteras resultatet enligt punkterna ovan.

## **Kliniktilhörighet**

Behåll NIVÅ 1-traumalarmpatienter som kirurgpatienter i minst 24 h. Det underlättar sekundära transporter samt ger extra trygghet för patienten då kirurgiska skador inte alltid upptäcks vid första bedömningen.

## **Barn**

Behandlas på samma sätt som vuxna. Om nexus utfaller positivt på mindre barn, som inte alltid kan samarbeta, rekommenderas tidig kontakt med primärjour i kirurgi eller ortoped för att diskutera bästa möjliga rörelsebegränsning som situationen tillåter.

### **Utrustning som nämns i dokumentet och deras lokalisation:**

#### *Akutmottagningen HSH*

Traumatransfer med tillhörande huvudblock: Utanför akutrummet.

Huvudstöd i säng: Vaccumkudde på akutmottagnigen, filter på avdelning.

Aspen VISTA krage: Ortopedförrådet på akutmottagningen.

#### *Akutmottagningen HSV*

Traumatransfer med tillhörande huvudblock: Vid ambulansentrén.

Huvudstöd i säng: Vaccumkudde på akutmottagnigen, filter på avdelning.

Aspen VISTA krage: Rum 10, ortopedrum.

Om utrustningen i specialfall behövs på andra delar av sjukhuset (t.ex. IVA, mottagning eller patientavdelning) används akutmottagningens utrustning som därefter återställs till lokalisation ovan.

### **BILAGOR**

Observandum:

- Successiv försämring av misstänkt allvarligt skadad patient
- Ökad blödningsrisk (antikoagulantia)
- Ålder <5 år eller >60 år
- Allvarlig grundsjukdom
- Hypotermi <35°C
- Drogpåverkad
- Gravid