

Innehållsansvarig: Lukas Helgesson, Specialistläkare, Läkare Ortopedi Skövde (lukhe1)

Granskad av: Helena Benjaminsson, Processchef, Läkare Ortopedi Skövde (helbe36)

Godkänd av: Henrik Hjulström, Verksamhetschef, Ledningsgrupp K4 (henhj3)

Publicerad av: K4 Ortopedi

Revideringar i denna version

Ny rutin

Bakgrund, syfte och mål

Rekommendationer avseende intrahospital spinal rörelsebegränsning hos misstänkt nack-/ryggskada, lokalt tillägg till regional riktlinje.

Dessa rekommendationer tillämpas i tillägg till "Intrahospital spinal rörelsebegränsning vid traumalarm nivå 1 och 2" från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

[Intrahospital spinal rörelsebegränsning vid traumalarm nivå 1 och 2](#)

Rekommendationerna gäller vid misstänkt nack-/ryggskada. När vi har en verifierad skada får skadans art bestämma fortsatt handläggning.

"Akutnackkragen" Stifneck (den gula och blå nackkrage vi tidigare använt) kommer försvinna, varför vi kommer behöva använda andra sätt för spinal rörelsebegränsning. Ambulansen använder inte nackkrage längre.

OBS! Nackkrage för behandling av skador kommer finnas kvar (t.ex. Vistakragen), detta dokument gäller endast spinal rörelsebegränsning fram till diagnos.

Förutsättningar

Detta dokument syftar till att förtydliga beslutsprocessen och ansvarsfördelningen för spinal rörelsebegränsning vid traumalarm på SkaS Skövde, fram till dess att den misstänkta skadan är utredd.

Arbetsbeskrivning

Vad är det som skall bestämmas när det gäller spinal rörelsebegränsning?

Behövs spinal rörelsebegränsning? Vilken form av rörelsebegränsning skall användas? Vilken nivå skall rörelsebegränsas? Vilken plan finns för att utreda skadan? När omprövas beslutet?

Vem tar beslut om spinal rörelsebegränsning?

Beslut om spinal rörelsebegränsning tas av läkaren som träffar patienten. Här syftas det till den läkare som beslutar om att det finns en misstanke om skada, t.ex. den som skriver en röntgenremiss på misstanke om skelettskada eller den som tar emot patienten och misstänker en skada som kräver rörelsebegränsning. Om läkaren som träffar patienten inte vet om man skall rörelsebegränsa eller bestämma nivå/metod för rörelsebegränsning skall man fråga ortopedjouren.

Ortopedjouren har beslutanderätt i fråga om spinal rörelsebegränsning i de fall ortopedjouren är vidtalad.

Metod för spinal rörelsebegränsning?

Det finns många olika metoder (t.ex. TraumaTransfer, "hästskokuddar", filter, Vistakrage, sandsäckar, patienten skyddar sin halsrygg genom att ligga still, manualstabilisering m.fl.) och vilken metod som används beslutas av läkaren som ansvarar för patienten. Vid osäkerhet om metodval kontakta ortopedjour.

I många fall där sandsäckar används kan man använda hästskokudde på röntgen (detta då de sandsäckar vi har inte kan köras genom DT).

I de fall sjuksköterskor eller undersköterskor tar emot en patient där det uppkommer en mycket stark misstanke att en spinal rörelsebegränsning behövs, bör de rekommendera att patienten försiktigt lägger sig ned på rygg i en så smärtfri position som möjligt, håller nacken still, planläge (så länge det inte ökar smärtan och då patientens anatomi tillåter detta – t.ex. kraftig kyfos får inte pressas ut i planläge) eller absolut max 30 grader höjning av ryggstöd på brits. Vid osäkerhet kontakta ortopedjour.

Spinal rörelsebegränsning får aldrig tvinga patienten till en mer smärtande position än den hade utan rörelsebegränsning.

När tas beslut om spinal rörelsebegränsning?

Beslut skall tas direkt när man träffar och undersöker patienten, och bör omvärderas så snabbt ny information uppkommer.

Hur kommuniceras beslut om spinal rörelsebegränsning?

Beslut skall kommuniceras muntligen direkt till personalen på akuten som är ansvariga för patienten. Personalen från akuten som följer med patienten till röntgen har ansvar för att veta om läkarens ordination, dvs. om rörelsebegränsning finns och i sådana fall i vilken form/nivå. På traumalarm skall beslutet tydligt kommuniceras som senast innan läkare lämnar rummet.

Hur länge gäller beslut om spinal rörelsebegränsning?

Gäller tills ansvarig läkare omprövar beslutet. Patienter på TraumaTransfer bör flyttas av med hjälp av skopbår så snart de är på IVA, op eller tillbaka på akuten om inte annat specifikt ordinerats, men beslut skall tas av läkare som har ansvar för patienten och spinal rörelsebegränsning får inte avslutas innan läkaren i fråga (eller kollega som tagit emot rapport alternativt ortopedjouren) är vidtalad. Vid osäkerhet om när spinal rörelsebegränsning kan avslutas kontakta ortopedjour. Det är viktigt att patienten inte tillbringar längre tid än absolut nödvändigt på TraumaTransfer.

Om patienten tas tillbaka till akuten efter CT bör man vid kraftig misstanke eftersträva att med skopbår flytta över patienten direkt till en avdelningssäng och inte till brits, för att minimera antalet förflyttningar.

Blåsfunktion vid spinal rörelsebegränsning

Patienter som har spinal rörelsebegränsning då det finns misstanke på ryggskada får aldrig få en urinkateter utan att den ansvariga läkaren är vidtalad och har kännedom om fallet. Att följa med bladderscan rekommenderas och sker enligt ordination av ansvarig läkare. Om patienten behöver en urinkateter bör den ansvarig läkaren, om det inte är ortopedjouren själv, diskutera fallet med ortopedjouren innan man sätter urinkateter.