Hjärnskakning Akutmottagningen Sahlgrenska, behandlingssjuksköterska

Senast reviderad: 2025-10-24
Dokumentet gäller för: Akutmottagningen Sahlgrenska
Innehållsansvarig: Kenneth Jönsson, medicinsjuksköterska Akutmottagningen
Granskad av: Antonia Panteli, VÖL Akutmottagningen, Christian Axelsson, tf VEC Akutmottagningen
Godkänd av: Linnea Gustafsson, sektionschef Akutmottagningen

Revideringar i denna version

Inga ändringar

Syfte

Syftet med rutinen är att korta ledtiderna och höja vårdkvaliteten för patienter som söker själva eller med remiss på Akutmottagningen med frågeställning trauma huvud.

Med behandlingssjuksköterskor (B-SSK) kan vissa patienter processas och färdigbehandlas med bibehållen patientsäkerhet. Detta med syfte att öka patienternas nöjdhet, minska ledtider och att allvarligt sjuka patienter kan bli läkarbedömda tidigare.

Arbetsbeskrivning

För att få ett överskådligt flödesschema för patienter med hjärnskakning/ commotio cerebri är detta PM baserat på en lokal modifiering och översättning av ”Scandinavian guidelines for initial management of adult patients with minimal, mild and moderate head injury” av the Scandinavian Neurotrauma Committee (SNC).

Statusmall för B-SSK på Akuten Sahlgrenska

- **<u>Vid skallskada:</u>**

Vakenhet:

RLS 1/GCS 15 (vaken och orienterad x3)
RLS 2/GCS 13-14 (slö eller desorienterad)

RLS 3/GCS 9-12 (mycket slö och desorienterad, kontakt vid smärta)
RLS ≤ 4/GCS ≤8 (medvetslös)

Pupiller: Sidlika, normalstora, reagerar liksidigt för ljus

Ögonrörelser: Rör symmetriskt vertikalt och horisontalt, inget dubbelseende eller skelning

Nystagmus: Finns/finns ej

Sensorik: Beröring sidlikt i ansikte, på armar, bål och ben.

Grov motorik: Liksidig kraft i armar och händer. Kan hålla armar/ben upp mot gravitation.

Grasset/armar utåt sträck: Sänker/vrider sig (pronerar) handen?

Finger-näs: Dysmetri (felpekning) eller ataxi (”vinglar”)?

Babinski: Finns/finns ej. Sidoskillnad?

- **<u>Vid nackskada:</u>**

Sensorik i ansikte, hals, axlar, överarmar, underarmar, lillfinger och thorax. Beröring och stick, notera avvikelse/skillnad

Motorik: lyfta axlar, abducera överarmar, flektera armbåge, krama hand och spreta med fingrar

Skallskada indelning

Minimal skallskada
GCS 15 utan riskfaktorer. Mycket låg risk för allvarlig intrakraniell komplikation och bör skickas hem från akuten utan CT.

Mild skallskada

1. **Låg risk**
   GCS 14 utan riskfaktorer ELLER GCS 15 och kortvarig medvetandeförlust eller upprepade (minst två) kräkningar skall genomgå CT och om den är normal kan patienten gå hem från akuten.
2. **Medel risk**
   GCS ≤14-15 och är ≥65 år OCH tar trombocythämmare skall genomgå CT och om den är normal kan patienten gå hem från akuten.
3. **Hög risk**
   GCS ≤14-15 och har någon av följande riskfaktorer:

- Posttraumatiskt krampanfall
- Fokalneurologiska fynd

- Kliniska tecken till skallfraktur (palpabel nedpressning, skalldeformitet, brillenhematom, hemotympanum, rhinorré av CSF)
- Shuntbehandlad hydrocephalus
- Antikoagulationsbehandling
- Känd koagulationsstörning (hemofili, grav levercirros etc)

Dessa patienter skall genomgå CT och inläggning för observation ≥24h oavsett CT-fynd bör övervägas. Om blödning på CT bör neurokirurg kontaktas.

Medelsvår skallskada
GCS 9-13. Skall genomgå CT och bör läggas in för observation ≥24h oavsett CT-fynd. Om blödning på CT kontaktas neurokirurg.

Vidare handläggning

Utskrivning från akuten
ALLA patienter med skallskada som skrivs hem skall få muntlig OCH skriftlig information (se ”Till dig som drabbats av mild skallskada/hjärnskakning” s.5).

Observationsrutiner på avdelningen
GCS, pupillstorlek och – reaktivitet, enkel neurologstatus, BT, puls, POX och AF var 15e min under de första 4h efter skadan, var 30e min under timme 5-8 och därefter minst varje timma.

Förnyad CT
CT skall ej upprepas rutinmässigt.

CT skall omedelbart förnyas om: GCS försämras ≥2 poäng ELLER vid nytillkomna/förvärrade fokalneurologiska symptom

Ansvar

Linjechefen ansvarar för att rutinen finns och följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Revisionsansvarig tillsammans med innehållsansvarig och VöL på Akutmottagningen ansvarar för att rutinen följ upp.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Relaterad information

Commotio för behandlingssjuksköterskor (se Bilaga 1)

Blanketten Nackskada för behandlingssjuksköterskor (se Bilaga 2)

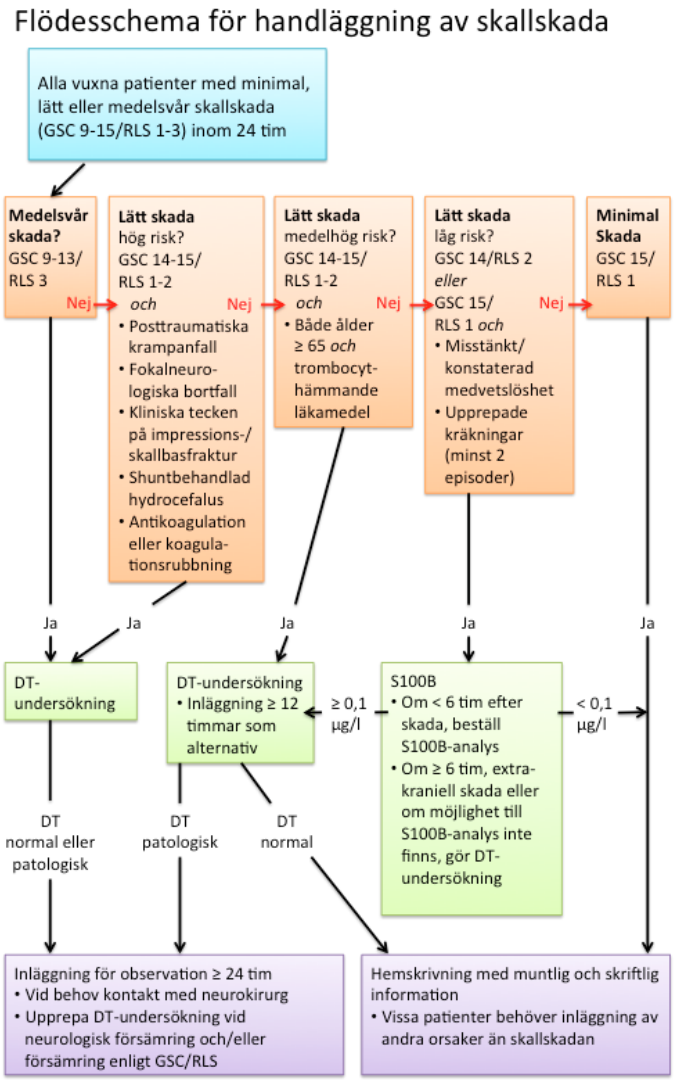
Dokumentation

Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Kunskapsöversikt

Införandet av behandlingssjuksköterskor har skett på flera akutmottagningen i Sverige. Utvecklingen av sjuksköterskors arbete har sedan länge pågått i andra länder så som USA, Storbritannien och Australien. I dessa länder har begreppet Nurse Practitioner etablerats.

Artikelgranskning och evidensgradering

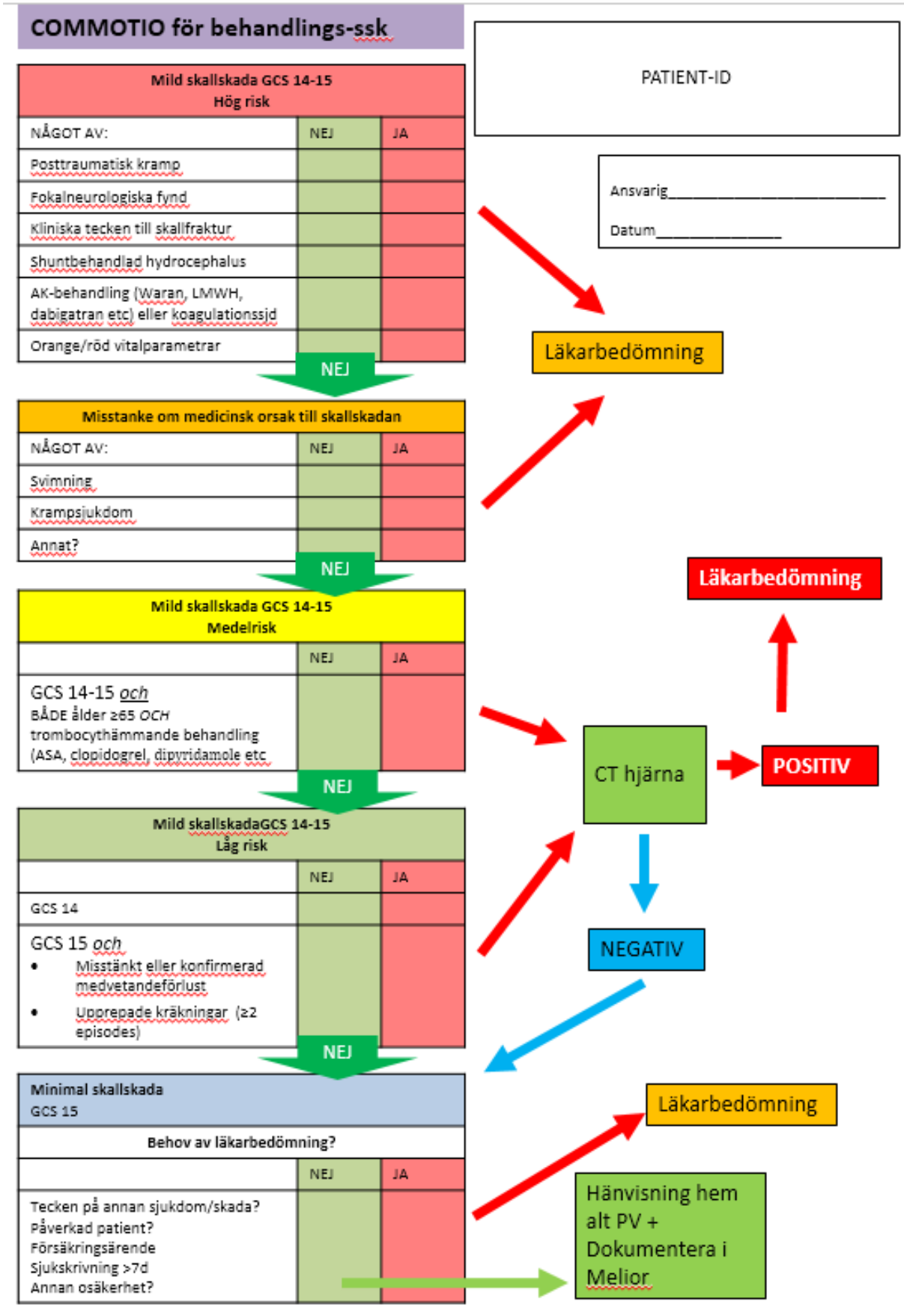


http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Rapport/2013/10/Uppdaterad-handlaggning-av-vuxna-med-skallskada/

Bilagor

Bilaga 1 Commotio för behandlingssjuksköterskor

Bilaga 2 Blanketten Nackskada för behandlingssjuksköterskor


COMMOTIO för behandlings-ssk
PATIENT-ID
Ansvarig_____
Datum_____
Mild skallskada GCS 14-15
Hög risk
NÅGOT AV:
NEJ
JA
Posttraumatisk kramp
Fokalneurologiska fynd
Kliniska tecken till skallfraktur
Shuntbehandlad hydrocephalus
AK-behandling (Waran, LMWH, dabigatran etc) eller koagulationssjd
Orange/röd vitalparametrar
NEJ
Läkarbedömning
Misstanke om medicinsk orsak till skallskadan
NÅGOT AV:
NEJ
JA
Svimning
Krampsjukdom
Annat?
NEJ
Läkarbedömning
Mild skallskada GCS 14-15
Medelrisk
NEJ
JA
GCS 14-15 och
BÅDE ålder ≥65 OCH
trombocythämmande behandling
(ASA, clopidogrel, dipyridamole etc
CT hjärna
POSITIV
NEJ
Mild skallskadaGCS 14-15
Låg risk
NEJ
JA
GCS 14
GCS 15 och
Misstänkt eller konfirmerad medvetandeförlust
Upprepade kräkningar (≥2 episodes)
NEGATIV
NEJ
Minimal skallskada
GCS 15
Behov av läkarbedömning?
NEJ
JA
Läkarbedömning
Tecken på annan sjukdom/skada?
Påverkad patient?
Försäkringsärende
Sjukskrivning >7d
Annan osäkerhet?
Hänvisning hem alt PV + Dokumentera i Melior

Bilaga 2 Nackskada protokoll