



---

# GIPSTEKNISKA KOMPLIKATIONER AV RADIUSFRAKTURER

---

Gipsteknikerutbildning vt 2022



DEN 6 MAJ 2022  
Josephine Greneheim,  
Madeleine Lundstedt,  
Anna Krussgård-Jansson,  
Cecilia Mowitz-Shala

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	s.2
<b>Fakta</b>	s.2
<b>Intervjuer</b>	s.3-4
<b>Sammanfattning</b>	s 5
<b>Källförteckning</b>	s. 5

## Inledning:

Vi har valt att skriva om gipstekniska komplikationer av distala radiusfrakturer. Vi valde det här ämnet för att det är ett gips som förekommer ofta på våra arbetsplatser, akutmottagningen och ortopedmottagningen. Vår önskan med det här arbetet är att få ökad kunskap och förståelse för hur vi på bästa sätt kan undvika komplikationer efter gipsning.

## Fakta:

En distal radiusfraktur är den vanligast förekommande frakturen. Kvinnor över 50 år är överrepresenterade bland de patienter som söker vård för denna fraktur, man ser en ökning under vinterhalvåret. Ofta uppkommer denna typ av fraktur vid fall där man tar emot sig med en utsträckt hand. En odiclocerad radiusfraktur behandlas med en dorsal radiusskena i 4 till 6 veckor. Prognosen uppfattas som god.



Det finns en grupp riskpatienter, till exempel patienter som är dementa, neurologiskt funktionshindrade, extra rörliga eller patienter som lider av missbruk. Dessa individer behöver till exempel en extra noggrann gipsinformation och eventuellt förstärkning av sitt gips.

Vanliga komplikationer som kan uppstå är svullnad i tumme och fingrar. Detta ger försämrade cirkulation, läkning och smärta. En svullnad kan bero på att lindan eller gipset sitter för hårt, det kan även bero på att patienten slarvar med ödemprofylax. Men även ett för löst sittande gips, dåligt cast index, med till exempel för mycket polster kan ge komplikationer så som smärta på grund av rörelse i frakturen. Ytterligare en vanlig komplikation är tryck och sår, detta kan uppkomma av till exempel ett dåligt modulerat och applicerat gips.

Några mer ovanliga komplikationer som kan uppstå är kompartiment på grund av ett för hårt lindat gips. DVT, lungemboli, neurologiska skador och senskador.

## Intervjuer:

Vi har valt att intervjua fyra gipstekniker, från olika delar av landet, om deras erfarenheter av gipsning och gipstekniska komplikationer av distala radiusfrakturer.

Frågorna vi har ställt är:

1. Vilken gipstyp är att föredra vid en distal radiusfraktur?
2. Vilket material föredrar du att använda, kalk eller syntet?
3. Hur väljer du att polstra, cirkulärt, i skenan, punktpolstring?
4. Vilka gipstekniska komplikationer ser du efter en distal radiusfraktur?

Svar från gipstekniker Emma Lindell som arbetar på akutmottagningen i Skövde

1. Vid en odiclocerad radiusfraktur föredrar jag en dorsal radiusskena. Jag lägger den gärna lite bredare för bättre stöd och hållfasthet.
2. Patienten som jag har framför mig avgör vilket gips jag föredrar. I många fall föredrar jag en skena i syntet på såväl yngre som äldre patienter. På de yngre blir det starkare och hållbarare vilket passar bra då barn ofta håller igång ungefär som vanligt trots ett gips. Risken för att de ska behöva komma för omgipsning känns mindre med ett syntetmaterial. För äldre kan det många gånger underlätta eftersom de gipsen blir lättare och kan underlätta för patienten.
3. Jag väljer helst att polstra direkt på patienten då jag tycker att det är lättare att få det att ligga precis som jag vill. Jag upplever att jag då har bättre koll på punktpolstring. Tillfällen då jag ändå väljer att polstra i skenan är ofta i de lite mer akuta situationerna. Eller vid vissa reponeringar. Vid de akuta situationerna punktpolstar jag inte alltid på samma sätt. Dels för att man helt enkelt inte hinner och kommer åt och dels så vet man att patienten inte kommer ha gipset en längre tid på grund av att patienten ska opereras.
4. Enligt mig är de vanligaste komplikationerna att patienten inte fått fullgod information om vikten av rörelseträning och därför svullnat om hand och fingrar. Även en för hårt sittande linda upplever jag att man ser då och då, ofta efter en operation.

Svar från gipstekniker Sofia Lundberg som arbetar på ortopedmottagningen i Skövde.

1. Dorsal radiusskena
2. Kalk
3. Cirkulärt och punktpolstring vid behov.
4. Att strumpan, lindor och gipset är för hårt applicerat runt tumbasen, tummen svullnar på grund av att det stasar. Tryck på utstickande utskott, för långt gips distalt och proximalt vilket gör att patienten ej kan böja i armvecket eller rörelseträna fingrarna. Veck på gipset som gör ont och skaver. Den yttre elastiska lindan är för hårt lindad, det kan även vara för löst lindat och för mycket polster, med tanke på cast index, då fixeras inte frakturen bra och ger mer smärta.

Svar från gipstekniker Anders Johansson som arbetar på ortopedmottagning i Halmstad.

1. Dorsal radiusskena, jag tror att en volar skena är skönare men jag lägger det som läkare har ordinerat. Får jag fria händer att välja, lägger jag en zickzackskena med trepunktsstöd som inte går upp i handflatan.
2. Syntet.
3. Cirkulär polstring, oftast punktpolstring.
4. Att gipsskenan är för hög vid tummen, att gipsskenan är för hög vid lillfingret, att den är för lång distalt och/eller proximalt och EPL-ruptur.

Svar från gipstekniker Roos-Marie Brodèn som arbetar på ortopedmottagning i Motala.

1. Dorsal gipsskena med volart stöd, "Malmöskena"
2. Kalk
3. Cirkulärt, punktpolstring vid behov.
4. För lång distalt så att den låser fingrarna, ej tillräckligt urklippt vid tummen, för kort proximalt så att skenan inte låser frakturen, att den inte är formad tillräckligt, ej hindrat rotationen i armen som då ger smärta i frakturen.

Svar från gipstekniker Magnus Andersson som arbetar på ortopedmottagning i Malmö.

1. Dorsal/volar skena, "Malmöskena".
2. Kalk.
3. Cirkulärt.
4. Fel applicerat gips, till exempel för hög och för låg, att det inte är tillräckligt urklippt runt tummen, att fästlindan är för hårt applicerad.

Exempel på ett gips som är för långt distalt, det går ner över fingrarna, ej fria MCP-leder.



## Sammanfattning:

I detta arbete har vi samlat uppgifter kring gipstekniska komplikationer av distala radiusfrakturer. Vi har intervjuat gipstekniker från olika delar av landet, vi har sökt fakta i litteratur och på nätet. Det vi har kommit fram till är att många av dessa komplikationer kan undvikas genom att ge patienten tydlig gipsinformation som till exempel högläge och rörelseträning för att minska svullnad. Torktid och vikten av att gipset inte får bli blött. En sak till som vi har kommit fram till är hur viktig "teachback" från patienten är, alltså att patienten verkligen förstår informationen och gärna kan återberätta vad det är för information som den har fått till sig i både skrift och tal, för att verifiera att patienten verkligen har förstått och accepterar sin uppgift och roll i sin gipsbehandling. En annan reflektion som vi har gjort är att alla gipstekniker som vi har intervjuat föredrar att polstra cirkulärt och de vill betona vikten av att klippa ur noggrant vid tummen. Eftersom patienter med radiusfraktur som behandlas med dorsal radiusskena är en vanligt förekommande patient på både akutmottagning och ortopedmottagning, vill vi aktivt arbeta för att minska komplikationer och ge patienten en så bra möjlighet till behandling och läkning som möjligt. Det här är något som vi kommer ta med oss i vår framtida yrkesroll som gipstekniker.

## Källförteckning:

### Litteratur:

Ortopedi: Patofysiologi, sjukdomar och trauma hos barn och vuxna-M.Karlsson, J.Karlsson, H.Roos.

### Internet:

1177.se

gipsteknik.com

internetmedicin.se