



PATIENTFAKTORER SOM PÅVERKAR GIPS RESULTATET

- från akuten till av gipsning på mottagningen.

INLEDNING

Vi har valt att beskriva olika patientfaktorer som påverkar gips resultatet från akutskedet till av gipsning. Då vi i gruppen arbetar i olika verksamheter (akut + mottagning) kan patient faktorernas betydelse varierar.

SMÄRTA

Smärta definieras enligt IASP (international association for the study of pain) som en obehaglig, sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada. Det blir en varningssignal för individen att något i kroppen är fel eller skadat. I fallet vid frakturer är smärtan uppenbar men kan vid andra tillstånd vara oklar.

Smärta är en subjektiv upplevelse och vi uppfattar och upplever den olika beroende på ett antal faktorer. Dels vilken situation och miljö vi befinner oss i. Vilken personlighet och vilket beteende vi har spelar in. Familjerelationer samt vilken omgivning lever i och dessutom vilja erfarenheter vi har av smärtupplevelser.

Själva smärtupplevelsen kan delas in i olika komponenter. Dels ur ett sensoriskt perspektiv det vill säga smärtans lokalisation, karaktär, intensitet och varaktighet. Även det obehag som följer av smärtan samt hur den inverkar på handlingar och tankar.

Fysisk smärta kan delas in i olika typer, nociceptiv, neuronen, idiopatisk och psykogen.

Den vanligaste typen är nociceptiv som uppkommer vid vävnadsskada. Perifera smärtreceptorer stimuleras och fortleds i nervsystemet och registreras till slut i hjärnan och vi blir medvetna om att en skada har skett.



ORO

Alla kan känna oro ibland. Oro är en naturlig reaktion som kan förbereda dig på utmaningar eller undvika risker.

Att vara mycket orolig under en längre tid kan däremot göra att du fungerar sämre i vardagen. Oron kan vara en följd av att du är med om förändringar. Då kan oron hjälpa dig att leta efter nya lösningar och brukar gå över när du klarat av det du skulle.

Alla oroar sig olika mycket och vad man oroar sig för skiljer mycket från person till person.

Det är vanligt att oro sig över sin hälsa att något ska hända en närstående eller ett problem på jobbet eller i skolan. Ibland kan man även oro sig över ekonomin.

Det finns även oro som kan utlösas av olika kriser eller stress ex krig naturkatastrofer .Hur man märker om någon är orolig är väldigt individuellt.

En del personer vill bara vara i fred och drar sig undan medans en del absolut inte vill vara ensamma.

Man kan bli rastlös få svårt att sitta still och koncentrera sig.

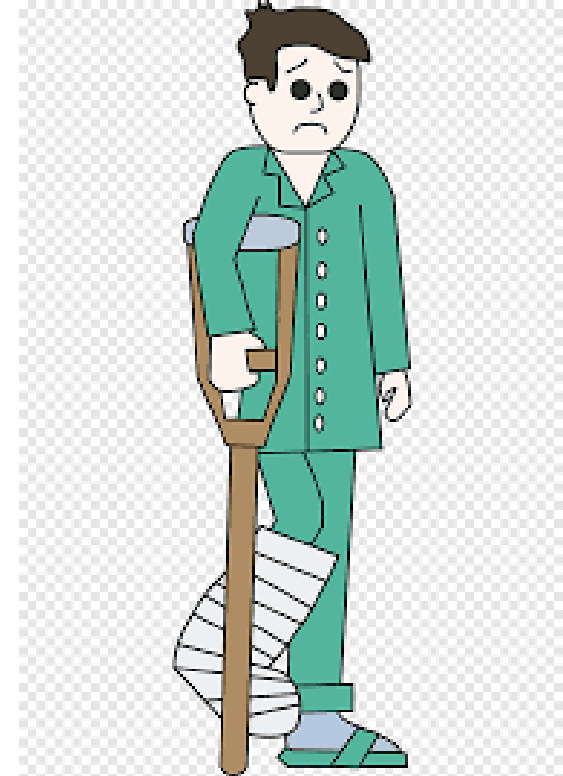
Vissa blir otåliga och lättirriterade, andra blir passiva och får svårt att fatta beslut.

Oron kan även upplevas i kroppen. Det är inte farligt men kan vara obehagligt när kroppen känns annorlunda. Man kan tappa aptiten, få ont i magen eller känna sig spänd och öm i musklerna.

Eftersom oro aktiverar kroppen kan det vara svårt att somna. När du somnar kan rädslan dyka upp i tankarna. Sömnens blir orolig och kan vakna ofta under natten och tidigt på morgonen.

Sömnens är viktig för att må bra och återhämta sig,

När oron är allvarlig och du har svårt att hantera vardagen kan du få mardrömmar och ångest och kanske behöver söka hjälp och få prata med någon.



DEMENS

Demens orsakas av skador i hjärnan och kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar som drabbas. Förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor och minnet försämras är vanligast. Språk, tidsuppfattning, orienteringsförmåga, men även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar är andra så kallade kognitiva funktioner som påverkas negativt.

Den vanligaste demenssjukdomen i Sverige är Alzheimers och står för 60-70 procent av samtliga fall. Drabbar ofta personer över 65 år. Symtomen kommer smygande och med tiden försämras även kroppsliga funktioner. Sjukdomen gör att hjärncellerna gradvis förtvinar och dör. I dagsläget finns inget botemedel mot Alzheimers utan bara symtomlindrande.

Andra exempel på demenssjukdomar är

Vaskulär demens, blodkärlsdemens. Orsakas genom att blodproppar eller blödningar stryker syretillförseln till hjärnan.

Lewykroppsdemens, är lewykroppar som innehåller en skadlig form av proteinet alfa-synuklein och kan finnas i hjärnbarken och hjärnstammen men även i delar av nervsystemet. Börjar ofta med störd drömsömn, ropar och fäktas i sömnen, kommer flera år innan andra symtom, senare visar sig synhallucinationer, påtaglig trötthet och minnesstörningar.

Frontotemporal demens, pannlobs- eller frontallobsdemens. I båda fallen förtvinar nervceller gradvis. Vanlig redan i yrkesverksam ålder, 50–60 år. Förväxlas ofta med depression, utmattningssyndrom eller annan psykisk ohälsa då symtomen är väldigt lika. Koncentration, omdöme, impuls kontroll, sämre initiativförmåga och flexibilitet. Personen blir ofta apatisk, rastlös, självupptagen och känslomässigt avtrubbad. Senare del av sjukdomen blir talet drabbat.

I en del fall kan en rad andra sjukdomstillstånd leda till demens som tex alkoholmissbruk, könssjukdomar som syfilis och HIV och B12-brist. Då vissa är behandlingsbara är det alltid viktigt att utreda vad som orsakar demens.



OLIKA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

En funktionsnedsättning är när en person inte har samma fysiska, psykiska eller intellektuella förmåga som de flesta. Funktionsnedsättningen kan uppstå som en följd av en medfödd skada eller sjukdom, det kan också uppstå på grund av en skada eller efter en olycka.

Funktionsnedsättningar delas upp i tre olika grupper, beroende på sina funktioner.

Har man en fysisk funktionsnedsättning så har personen svårigheter att använda, stora, balansera och koordinera sitt huvud, bål, armar och ben. Cerebral pares och ryggmärgsbräck hör till gruppen fysisk funktionsnedsättning.

Har man istället en neurologisk funktionsnedsättning så kan det innebära att personen har svårigheter som påverkar den sociala förmågan, svårt att tolka andra människors känslor och svårt att koncentrera sig, även en känslighet för olika sinnesintryck som exempel ljus, ljud och lukt kan också vara ett problem. Till denna funktionsnedsättning räknas ADHD och autism.

Den tredje gruppen är personer som har intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning, som då innebär att personen har svårigheter att ta emot, bearbeta och förstå information.

En och samma person kan antingen ha en eller flera olika funktionsnedsättningar samtidigt.

SPRÅKFÖRBRISTNINGAR

Kommunikation är ett viktigt verktyg för att kunna ge god vård. Med en ökande del människor som talar ett annat språk så ställs vårdpersonalen inför svårigheter när detta utgör ett hinder.

Det är viktigt att belysa konsekvenserna som kan uppstå när kommunikationen är ett hinder mellan patienter och sjukvårdspersonal. Att inte kunna förstå varandra kan leda till misstolkningar och en misstro mot vården. För att kunna ge bästa möjliga vård måste man i möjligaste mån undanröja kommunikationsproblem.

Det behövs en större insikt hos vårdpersonalen om att kommunikationssvårigheter inom vården är vanliga och att det finns ett ökat behov av kunskap om olika sätt att hantera detta på. Det är viktigt att förstå och respektera patienternas känslor och behov, särskilt när det gäller patienter som genom sitt språkhinder hamnar i en utsatt situation.



SOCIALA FAKTORER

- Kulturella skillnader

Människor flyttar till andra länder på grund av olika orsaker. Det kan vara till följd av krig, fattigdom eller av andra skäl. Invandrarna har oftast med sig en annan kultur som uttrycks med ett annat beteendemönster såsom religiösa övertygelser och språk.

Kultur är de värderingar, regler och symboler som delas av en grupp människor. Kultur kan påverka människans handlingar i olika situationer. Varje samhälle och kultur har sin syn på exempelvis hälsa, sjukdom och död och hur dessa uppkommer samt botas.

Kulturella skillnader som trots värderingar, religion utlevelse, familjedynamik, kön och tidigare erfarenhet av hälso-och sjukvård påverkar patienter i mötet för vårdpersonal. Dessa faktorer kan påverka vård mötet.

En del av de kulturella skillnaderna är att religionen spelar en stor roll i en individs liv. Vårdpersonalen känner sig frustrerade över hur religionen och religiöst utövande har en sådan stark inverkan på patienterna och att det förhindrar dem från att ge en tillräckligt god och sammanhängande vård till sin patient.

Ett exempel är när vissa patienter vägrar ta sin medicin eftersom de anser och tror att medicinen är förbjuden enligt deras religion. Det uppstår även ett visst dilemma när patienter fastar och som är tvungna att ta sina mediciner i samband med måltid vid en speciell tid.



- Missbruk och beroendeproblematik

De tre huvudsakliga drogerna som missbrukas i Sverige och resten av västvärlden är alkohol, lugnande medel och narkotikapreparat. Ett missbruk kan beskrivas som konsumtion av en substans som leder till skador psykiskt, somatiskt eller socialt. Missbruk bedöms även som nyttjandet av en substans som är illegal och användande av ett receptbelagt preparat, som en person inte längre har indikationer till att nyttja.

Socialstyrelsen delar in överanvändande av substanser i följande grupper; riskbruk, missbruk och beroende.

Riskbruk innebär konsumtion som ännu inte påverkar personens hälsa eller sociala omgivning. Ett fortsatt bruk kan däremot äventyra detta.

Missbruk ger inget fysiskt beroende, dock risk för ovan nämnda skador. Om substans missbruket gått så långt att det blivit ett beroende innebär det att personen både är socialt, psykiskt och somatiskt bunden vid drogen och kommer med stor sannolikhet få kroppslig abstinens vid avgiftning.

Alkohol är den vanligast förekommande och även den mest riskabla substansen delvis på grund av att den är laglig men även eftersom den är så pass socialt accepterad.

Det finns många olika sätt att se på missbruk och man försöker med hjälp av olika verktyg få grepp om vad det egentligen innebär att vara beroende. Som vårdpersonal har man många skyldigheter och uppgifter som ibland kan vara svåra att möta. Som hjälp finns det riktlinjer, regler och koder för hur man ska arbeta och vara.



- Ålder

Ålder är den tid en individ levtt, i år och månader. I stora delar av världen mäts åldern från den dag vi föds, oavsett om man är för tidigt född. I andra kulturer som tex. i delar av Tibet räknas ålder från befruktningen, dvs att barnet är 9 månader när det föds.

Vad händer då hos den åldrande människan? När börjar man åldras?

Redan i medelåldern börjar man märka av förändringar i kroppen, men åldrandet går olika fort i olika organ. Och såklart beror det ju på om man får vara frisk eller om man har några sjukdomar. Men fram till ca 70 års ålder har de flesta funktionerna i kroppen samma funktionsnivå.

Med stigande ålder blir blodkärlen stelare vilket ofta leder till högre blodtryck. Hjärtats förmåga att pumpa runt blodet i kroppen minskar pga, att hjärtat blir mindre töjbart.

Lungfunktionen försämras, och vid 80 års ålder går njurfunktionen ner till hälften av den ursprungliga förmågan. Skelett, muskler och leder blir svagare med stigande ålder.

Artros är vanligt hos äldre, det drabbar olika leder som tex, knä led, fingerled och höftled.

Benskörhet är vanligare hos kvinnor än män. Benskörheten gör att man lättare får ett benbrott om man ramlar.

Huden blir mindre elastisk och torr vilket gör att den blir mer känslig och fungerar sämre som skyddande barriär.

Syner och hörseln försämras, även balansen blir sämre och kan bidra till ökad fallrisk.



-FRÅN AKUTEN TILL MOTTAGNINGEN

Demens/Funktionsnedsättning

När vi på akuten får in en patient med antingen demens eller någon form av funktionsnedsättning som har trillat och gjort sig illa och då ådragit sig en fraktur, är det viktigt att man försöker få med sig patienten på det som ska göras och att patienten får ett förtroende för mig. det är ju något som är svårt i många lägen på just en akutmottagning just för att allt händer väldigt snabbt och det är omöjligt att hinna förbereda något just för att vi inte vet vilka patienter vi får.

Har patienten med sig någon anhörig eller medföljare så brukar jag försöka ta reda på om det är något speciellt som patienten gillar, det brukar underlätta om man pratar om något som patienten gillar.

I ett akutläge så är det många gånger svårt att få till en helt optimal förutsättning för att få med sig patienten helt och hållet, på grund av alla olika omständigheter så, som Oplanerat besök, oro och smärta. Men det jag upplever är att det är viktigt att ta sig tid föra patienten. oftast blir det är bättre slutresultat om jag faktiskt tar mig tid att vara inne hos patienten kanske 15 min extra. På en akutmottagning är det svårt att förbereda olika hjälpmedel, just för att vi inte vet vad det är som kommer och när och i vilket skick, så på en akutmottagning får man improvisera och vara väldigt lyhörd.

I vissa fall funkar det jättebra att avleda på olika sätt och i andra lägen funkar det inte alls. Många gånger är denna patientkategori både rädda, ledsna, förvirrade, de har ont och dom förstår inte varför, dom förstår inte heller varför inte vi kan göra så att dom inte har ont, för dom är ju hos doktorn, dom är i en situation dom kanske aldrig tidigare varit i. Patienter med någon slags funktionsnedsättning behöver oftast mycket förberedelse för att klara av att göra olika nya saker, en förberedelse dom inte hinner att få när dom skadar sig och det blir en akut situation. Denna förberedelse kan vara hela förutsättningen för att få till en bra undersökning och gipsning.

En sak som är extra svårt med dessa patienter är att deras humör kan svänga väldigt snabbt. dom kan vara med på en sak först och tycka att allt är bra och roligt och intressant och bara på en liten kort stund kan allt ändra sig, så på en akutmottagning gäller det att kunna vara lyhörd och även vara beredd på att ändra sin första tanke och göra på något annat sätt helt plötsligt.

När patienten med någon form av demenssjukdom/funktionsnedsättning kommer till ortopedmottagningen i Ljungby är besöket oftast bokad av akutvårdspersonal för omgipsning/sår kontroll till vår sjuksköterskemottagning några dagar senare.

Vi har då möjlighet att går igenom vår mottagningslista under dagen och kan läsa på om våra patienter och deras behov. Patienten med demens kan vara jätteglad och tillmötesgående när han/hon kommer men kan också skifta väldigt snabbt. Ofta har patienten kanske en anhörig/personal med sig som kan underlätta som man är trygg med.

Vi försöker att man är två personer från början, den ena försöker distrahera och inger trygghet och trivsel, medan den andra kan fokusera helt på ett bra gips. Kanske får man ibland gå ut ur rummet och lämna patienten själv en stund för att sen gå in igen.

En patient med funktionsnedsättning kräver ofta välplanerat besök. Tydlighet och struktur, nästan ibland att man går ner som till ett barns nivå. Hela tiden informerar om vad man gör och varför man gör så. Göra patienten delaktig i allting att tex få välja färg på gipset, blåsa såpbubblor eller bjuda på en glass i vissa situationer. Oftast blir detta väldigt bra hos oss på vår mottagning att besöket får ta längre tid med dessa patienter.

Smärta/oro

Detta kan vara ett stort problem på akutmottagningen då miljön hos oss upplevs som väldigt stressande och att patienten kan vara väldigt smärtpåverkad i det akuta skedet. Därför kan det vara svårt att ge en orolig patient optimala förutsättningar.

Dels är man orolig över det som har hänt, man är i en främmande miljö och man vet inte hur illa skadan är. Vi brukar försöka att ta oss tid och förklara vad som kommer att ske, va lyhörd om patienten har några frågor. Stänga dörren in till rummet om det är mycket stim utanför. Är det barn som har skadat sig upplever vi att det är viktigt att föräldrarna är med på vad som ska hända. Är dom oroliga smittar deras oro till barnen. Vi har även som mål att läkaren ska gå in till barnen så fort som möjligt.

Smärtan är ju oftast det största problemet vid en fraktur. Kommer patienten med ambulans har dom kanske fått smärtlindring annars ger vi alltid Alvedon vid ankomst. Sen försöker vi alltid låta patienten ligga bekvämt det brukar underlätta.

Sen är det ju svårt att inte uppleva smärta hos oss då det ska undersökas röntgas ev. re poneras. Sen blir ju ofta besöken ganska långdragna och är man trött och hungrig får man ju mer ont.

När man vet vad det är för fraktur och om det ej behöver akutopereras erbjuder vi alltid något att äta och barnen får alltid glass.

När patienten kommer till ortopedmottagningen har det oftast gått några dagar upp till en vecka efter skadetillfället. Patienten har då oftast blivit ordinerad och intagit adekvat smärtlindring. Då smärta är en individuell upplevelse har patienten ofta "lärt känna" sin smärta och kan hantera den. Det händer dock att patienten blir inbokad tidigare på grund av smärta.

Då handlar det oftast om att svullnaden ökat och att gipset sitter för hårt. Genom att avlägsna gipset och gipsa om lindras smärtan.

Möjligheterna till medicinsk smärtlindring på mottagningen är begränsade och behövs sällan. Genom att använda sig av bra metoder, hålltekniker så blir upplevelsen oftast bra. Vad gällande barn så finns möjligheten att använda lustgas vid omgipsningar och stiftdragningar. Detta fungerar mycket bra och uppskattad av både barnen och deras föräldrar.

Vid mottagningsbesöket har patienten hunnit acceptera och hantera följderna av sin skada. Dock kan det finnas oklarheter eller funderingar kring deras behandling eller livssituation. Genom att ge information kring detta kan vi inge en viss trygghet. Bemötande är en viktig del i besöket. Genom att se och lyssna på patienten kan vi möta den där den befinner sig.

Barn är liksom vuxna individer och reagerar olika. På mottagningen finns ett så kallat barn rum med färgglada motiv och figurer på väggarna samt såpbubblemaskin för att distrahera barnet. Detta fungerar mycket bra. Genom att kunna avleda och även involvera barnet i det vi gör så upplevs besöken som positiva både av barnen och föräldrarna.

SPRÅKBRISTNINGAR

Hos oss **på akuten i Motala** upplever jag inte att språkförbristningar är ett jättestort problem. Vi har bra tillgång till telefon tolk och kan få det på väldigt kort varsel. Men de flesta som har ett annat modersmål än svenska, speciellt äldre patienter har nästan alltid med sig någon som kan tolka åt dem. Nu under pandemin när man inte fått ta med sig någon medföljare till akuten så har många haft en anhörig i telefonen istället när de kommer till oss.

Arabiska är det vanligaste språket som vi behöver tolk till, men ibland har vi tur att våran läkare eller någon annan i personalen pratar arabiska. I det akuta skedet blir det en annan trygghet för patienten som kan göra sig förstådd på ett annat sätt då.

Våra doktorer är bra på att använda tolk och informera patienterna innan de ska gipsas, så de brukar vara införstådda med vad vi ska göra. Och har den en medföljare med sig så kan ju den hjälpa mig att förklara hur jag vill att patienten ska hålla tex, handleden eller fingrarna under gipsningen. Vi lämnar även ut skriftlig gipsinformation på olika språk.

På ortopedmottagningen i Motala upplever vi inte mycket oro för att våra patienter inte ska förstå oss pga språkbristningar. Eftersom att vi alltid har planerade besök för gipskontroller/av gipsningar så har vi alltid en tolk som vi har bokat inför besöket, om möjligt.

Detta betyder inte att det inte uppstår andra problem gällande våra tolk också. Ibland går det inte att hitta tolk gällande språket i tolklistan. När ett sånt problem dyker upp och vi verkligen inte kan ordna en tolk innan besöket, meddelar vi alltid patienterna att de ska ha med sig någon som kan tolka under besöket.

Ett språk kan ha flera dialekter. När vi inte vet vilken dialekt patienten pratar, väljer vi en av dialekterna när vi bokar. Om vi har valt fel dialekt, blir det tyvärr oftast missförstånd mellan patienten och tolken.

När en patient inte kan uttrycka sig, skapar det såklart oro, stress, rädsla och en dålig känsla av att vara beroende av andra människor hos patienterna. När sådana situationer uppstår använder vi mycket kroppsspråk, kort, bilder eller visa utrustning osv.

SOCIALA FAKTORER

- Kulturella skillnader

Vi möter alla olika sorters kulturer och etniciteter på en **akutmottagning**. Och en stor skillnad mellan dessa är hur de uttrycker smärta. I vissa kulturer och områden i världen upplevs lite smärta (som vi tycker) som väldigt stark. Tex, när de här patienterna kommer till akuten så uttrycker de värsta tänkbara smärtan när man pratar med dom, de har så ont. Men inget på vitalparametrarna tyder på det, och när personalen inte är där ligger de lugnt och tittar i mobilen.

Vid frakturer gäller det att patienten är ordentligt smärtlindrad för att vi ska kunna lägga ett bra gips. Många gånger får de en Alvedon när de kommer till oss, men när det väl är dags för gipsning har det kanske gått tre timmar. Då är det viktigt att vi som gipsar är lyhörda och säger till läkaren ifall de behöver mer smärtlindring. Så att vi kan lägga ett så bra gips som möjligt och att det blir en bra upplevelse för patienten.

En annan skillnad jämfört med oss svenskar är att man helst vill ha med sig hela familjen in på akuten. Men här har faktiskt pandemin varit till hjälp då man inte fått ha med sig någon. Och nu får endast en person följa med in. Det underlättar arbetet runt patienten för oss som vårdpersonal, men det leder ibland till diskussioner med anhöriga när patienten kommer till oss.

På mottagningen möter vi patienter från olika kulturer. Den kulturella bakgrunden påverkar många synpunkter i människors liv, samt beteenden, religion, föreställningar och uppfattningar om sjukdom och smärta.

Det största problemet i gipsrummet är att patienter uttrycker smärtnivåer helt olika och detta kan leda till missförstånd. Patienter med invandrarbakgrund smärtbeteende skiljer sig i hög grad från svenska patienters smärtbeteende.

Att ha smärta efter en skada är en helt vanlig symtom. Men när en patient upplever smärtan på en hög nivå, blir det oftast mer återbesök till mottagningen med flera röntgenundersökningar.

Könsnormer inom olika kulturer gör att patienter vill träffa en vårdpersonal av samma kön. När det inte är möjligt, blir patienter oftast missnöjda.

Att ha med sig flera anhöriga till mottagningen orsakar problem att skaffa en god kommunikation mellan personal och patienter. Anhöriga vill oftast bli delaktig när det gäller att ge eller ha information under besöket.

Att känna empati och en sympatisk inställning skapar en god relation mellan oss och patienter.

Missbruksproblematik

På akuten i Motala har en hel del patienter med missbruksproblematik, men de flesta är medicinska patienter. Många patienter med de här problemen avviker från akuten så fort de känner sig lite piggare.

Jag har personligen inte gipsat någon som varit påverkad av droger eller alkohol än. Men med tanke på hur den här patientgruppen är och betar sig beroende på vad de har tagit så får man nog många gånger vara nöjd om man ens får lägga ett gips. Och man kan nog räkna med att de kommer tillbaka med ett trasigt gips när/om de nyktrat till.

Gipsinformationen får de såklart både muntlig och skriftlig, men vi vet ju att när de går ut ur rummet så är den som bortblåst. Det vi kan hoppas på är ju att de går på veckokontrollen på ortopedmottagningen.

På ortopedmottagningen i Motala upplever vi att vi lägger mer tid och energi när vi möts med patienter som har problem med missbruk. Den dagliga omvårdnaden av patienter med missbruksproblematik är mer omfattande än andra patientgrupper.

När patienterna besöker oss och är påverkade av droger eller har någon slags av alkoholmissbruk, märker vi att de oftast är ofokuserade, frånvarande, har humörsvängningar, är trötta, osäkra och uppstressade. Den nya miljön/sjukhusmiljön och kläderna som vi har på oss påverkar förmodligen också deras psykiska hälsa och får dem bli stressade när de besöker oss.

Patienter kommer till gipsmottagningen ca en vecka efter olyckan. Vi bokar alltid två besök samtidigt. Först kommer patienter till gipsrummet för att ha gipskontroll, sedan går de vidare till röntgenavdelningen och därefter träffar de en ortopedläkare för klinisk kontroll.

Vi planerar alltid att vara två gipstekniker när vi bokar en patient med missbruksproblematik. En av gipstekniker lägger gipset medan den andra gipstekniker försöker bygga upp en god relation. Vi är extra försiktiga och försöker prata ännu tydligare och noggrannare med dem patienterna än vad vi gör med andra patientgrupper. Vi försöker att ge samma information som ortopederna ger oss och vi försöker också att svara likadant på patienters frågor som ortopederna skulle ha gjort.

Vi lägger mer tid för att förklara för patienter om hur man skyddar gipset och att det är viktigt att de hör av sig till mottagningen om det uppkommer några besvär med gipset. Vi försöker också se till att vi har patientens rätta adress eller åtminstone en adress de kan hämta kallelsen från/av då det är väldigt viktigt så att kallelsen skickas till patienten och att de kommer på återbesöket.

Vi brukar oftast få höra att de inte har råd med transporten till sjukhuset och i vissa fall att de är hemlösa. Det är därför det är svårare för dem att få en kallelse angående återbesök till mottagningen.

Ålder

Åldern är av stor betydelse för oss när vi ska gipsa någon på akuten.

Är det lilla Nova 2år som har en misstänkt fotledsfraktur eller 93 åriga Britta som fått en radius fraktur. Tillvägagångssättet blir ju väldigt olika.

Nova kanske inte har så ont, men hon är rädd för oss och vi får inte röra henne. Hon behöver kanske inte så mycket smärtlindring utan det går att avleda henne med något roligt på mobilen. Och så behöver vi bli kompis med henne så då bjuder vi på piggelin. Har hon nån docka eller nalle med kan vi gipsa den först. Och på henne lägger vi ett combi cast gips. Det kanske tar en timme innan vi är färdiga med henne. Medans Britta har jätte ont och behöver smärt lindras mer. Men när hon är smärtlindrad tar det bara en kvart tills hon är färdig gipsad.

Vi på akuten lägger aldrig cirkulära gips på akuta skador. Vi lägger skenor och så får de en remiss till ortopedmottagningen efter en vecka eller så skickar vi dom vidare till operation.

På mottagningen möter vi olika åldersgrupper. Många fallolyckor kommer under vintern när det är halt. Av olika orsaker bryter äldre människor benen lättare än yngre människor.

När äldre patienter kommer till oss för gips och kliniskt kontroller pratar vi sällan om smärtan utan vi pratar oftast om svårigheterna att bli gipsad under en lång period och svårigheterna att skydda gipset mot smuts och vatten.

De vill gärna berätta ändringar om deras hemsituationer, sociala begränsningar som påverkar deras vardag och så vidare. Vi försöker ge några förslag om hur man förbättra säkerheten både inom och utomhus.

Referenser:

Boken Ortopedi (Magnus Karlsson, Jon Karlsson, Harald Roos)

<https://www.1177.se/oro>

<https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens>

<https://www.1177.se/skane/barn--gravid/vard-och-stod-for-barn/funktionsnedsattning-hos-barn/samhallsstod-till-barn-med-funktionsnedsattning/>

<http://hj.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1211896&dswid=2415>

<http://hj.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1211896&dswid=2415>

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:935828/FULLTEXT02>

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1056966/FULLTEXT01.pdf>

<https://www.1177.se/Ostergotland/liv-halsa/sa-fungerar-kroppen/sa-aldras-kroppen/?msclkid=71910a4eb33b11ecaad8c08#section-18384>

[https://sv.wikipedia.org/wiki/Ålder-\(kalendrisk\)?](https://sv.wikipedia.org/wiki/Ålder-(kalendrisk)?)

SLUTSATS

I vårt arbete ville vi ta reda på om vissa patientfaktorer har betydelse för gipsresultatet. Då vi i gruppen jobbar dels på akutmottagning samt ortopedmottagning ville vi jämföra dessa arbetsplatser utefter våra erfarenheter. Vi kom fram till att det i många fall har det betydelse. Det som framträder är att till mottagningsbesöket kan det planeras in mer åtgärder för att det skall bli ett så bra besök som möjligt. Det som inte kan planeras i förväg men som har stor betydelse är smärta.

På mottagningsbesöket har det gått en tid sedan skadan och patienten har inte lika ont.

Sammanfattningsvis så har de patientfaktorer vi valt ut betydelse för gipsresultatet i våra verksamheter.



***Mimmi Karlsson
Jonna Petersson
Ann-Charlott Forsberg
Madde Gustafsson
Ida Sturk
Zelal Yapici***