

Pasienter med håndleddsbrudd trenger mer kunnskapsbasert helseinformasjon

God informasjon bidrar til å unngå komplikasjoner ved håndleddsbrudd. Ikke all helseinformasjon som pasientgruppen får i dag, er kunnskapsbasert.

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Anestesisykepleier og professor
Høgskolen i Østfold, Universitetet i Sørøst-Norge og Sykehuset Østfold

Morten Bakkerud

Universitetslektor
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Hanna Flatås Wibe

Fysioterapeut
Ortopedisk avdeling, enhet for fysioterapi, Oslo universitetssykehus

Sverre Heftye

Sykepleier
Ortopedisk akuttpoliklinikk, Oslo universitetssykehus

Brudd

Informasjon

Helseopplysning

Sykepleien 2022;110(90391):e-90391
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.90391

Hovedbudskap

Håndleddsbrudd utgjør omtrent 20 prosent av alle brudd i Norge. Pasientinformasjon er vesentlig for å unngå mulige komplikasjoner, men kvaliteten på informasjonen varierer. I denne artikkelen presenterer vi hva litteraturen sier om informasjon til pasienter med håndleddsbrudd.

Hvert år rapporteres det om cirka 15 000 tilfeller av håndleddsbrudd, også kalt distal radiusfraktur (1). Skademekanismen er som oftest fall på utstrakt hånd. Foretrukket behandling av brudd med ingen eller lite feilstilling er eventuell reponering etterfulgt av immobilisering i gips, altså konservativ behandling.

Brudd med feilstilling opereres ofte (1). Uavhengig av hvordan bruddet behandles, immobiliseres bruddstedet med gips (2). Ugunstig stilling i gipsen eller for stram gips kan føre for komplikasjoner (3).

«Komplekst regionalt smertesyndrom er en fryktet komplikasjon.»

Håndleddsbrudd er blant de hyppigste årsakene til erstatningssaker hos Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Omtrent halvparten av sakene gjelder smerter (4). Komplikasjonsfrekvensen i forbindelse med håndleddsbrudd er opp mot 30 prosent, ifølge Hove og medarbeidere. (3).

Komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS) eller refleksdystrofi er en fryktet komplikasjon. 1 til 5 prosent av pasienter med håndleddsbrudd får CRPS etter skaden (3). CRPS kjennetegnes av sterke og intense smerter utover hva som er ventet som vanlige smerter i skadeforløpet.

I tillegg kan CRPS medføre sensoriske og motoriske utfall. I verste fall kan CRPS gi hud- og skjelettforandringer. Sekundært kan pasienten også få problemer med tilstiving og kontrakturer i ledd (5).

Helsepersonell bør gi muntlig og skriftlig informasjon

Skriftlig helseinformasjon må være lett å forstå for å nå folk flest. For å sikre at også svake lesere forstår all informasjonen, bør helsepersonell også gi muntlig helseinformasjon (6). Pasienter med håndleddsbrudd har behov for veiledning og kunnskap om gjenopptreningsforløpet.

Pasientene trenger også å vite hvor mye de kan trene og belaste armen gjennom daglige aktiviteter. Skriftlig veiledning og råd om hvor man søker ytterligere veiledning, kan med fordel gis pasienten i forbindelse med bandasjering (7).

«Nesten all informasjon er for komplisert.»

Stern og medarbeidere. (8) fant at pasienter søker aktivt etter informasjon om skade og strategier for symptomlindring og trening. Noen søker på internett, mens andre spør helsepersonell eller bekjente. Noen pasienter har behov for konkret informasjon, mens atter andre ønsker seg mer generelle tips (8).

McCarthy og Bossut (9) har gjennomgått og vurdert hvor forståelig og lesbar helseinformasjon om håndleddsbrudd på internett er. Forskerne konkluderer med at nesten all informasjon er for komplisert til at den amerikanske befolkningen forstår det.

Som helsepersonell med bakgrunn fra blant annet sykepleie, fysioterapi og prehospitalt arbeid har vi erfart at den skriftlige pasientinformasjonen om konservativ behandling av håndleddsbrudd varierer. Vi ønsket derfor å undersøke hvilken skriftlig informasjon det er viktig at pasientgruppen får – og til hvilken tid i forløpet.

I litteraturen finner vi mest generelle tips

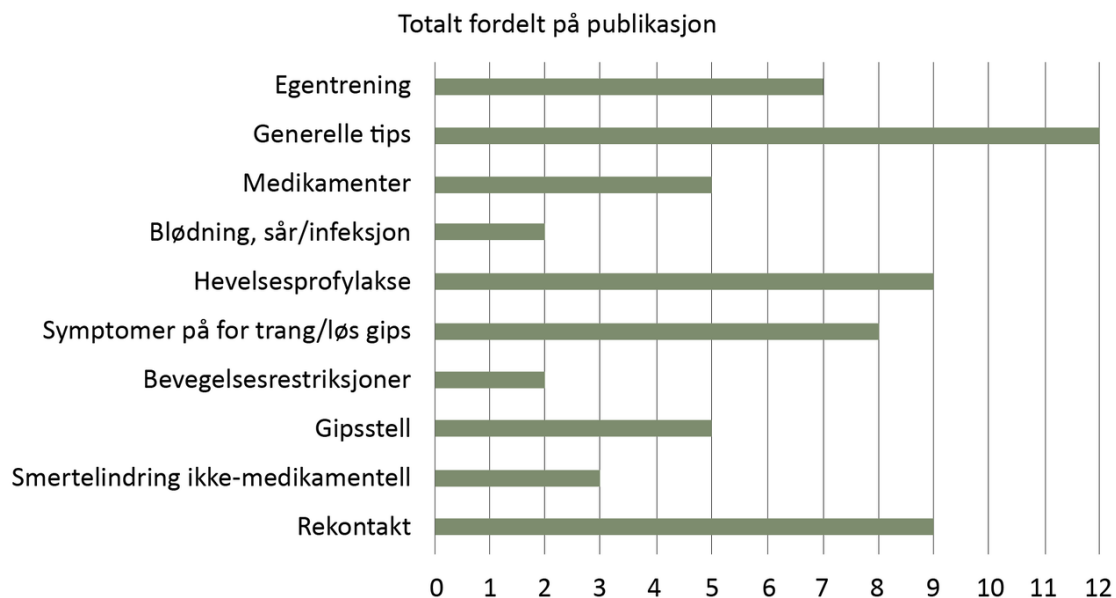
Litteratursøk ble utført i databasene UpToDate, BMJ Best Practice, Helsebiblioteket, Norsk elektronisk legehåndbok, Cochrane, Cinahl, PubMed og den fysioterapispesifikke databasen PEDRO. Det viste seg å være publisert lite forskning om temaet pasientinformasjon og håndleddsbrudd. Vi gjennomførte også frisøk etter pasientinformasjon ved håndleddsbrudd.

Vi samlet inn et titalls informasjonsskriv. Av disse valgte vi ut informasjonsskrivet til Oslo universitetssykehus (OUS) og Akershus universitetssykehus (Ahus), da disse representerer to av de største helseforetakene i Norge.

I tillegg valgte vi ut et skriv fra universitetssykehuset i Aarhus for å ha et internasjonalt sammenlikningsgrunnlag. Vi fant ingen referanser, litteraturlister eller lenker til mer utfyllende informasjon i noen av informasjonsskrivene.

Tabellen under viser sammenstilte funn fra litteratursøket (10–19). Linjene angir antall referanser som inkluderer informasjon om temaene til venstre (tabell 1).

Tabell 1. Sammenstilte funn fra litteratursøket



I litteraturen finner vi mest informasjon om generelle tips, forebygging av hevelse, rekontakt, symptomer på for trang eller løs gips og egentrening.

Pasienter kan få utfordringer etter en håndskade

Fysio- eller ergoterapeuter kan hjelpe pasienter som opplever en eller flere utfordringer etter en håndskade. Slike utfordringer kan være vedvarende eller sterke smerter, stort ødem, stivhet i ledd, redusert muskelkraft, sensibilitetsforstyrrelser og arrvev. Ofte strekker utfordringene seg utover det affiserte leddet. Å forebygge komplikasjoner samtidig som man jobber for å oppnå eller tilbakevinne optimal funksjon, er derfor viktig (3).

Jo tidligere man kommer i gang med å bevege hånden, jo bedre er det for rehabiliteringen etter håndleddsbrudd (17). I dag er det ikke anbefalt å rutinemessig henvise pasienter med et ukomplisert forløp til trening hos fysio- eller ergoterapeut. I behandlingsretningslinjer for håndleddsbrudd hos voksne står det at pasienter som et minimum skal tilbys veiledning og praktisk instruksjon i egen gjenopptrening, uten at dette er spesifisert (7).

Selv om flere artikler trekker frem at det ikke ser ut til å være signifikante forskjeller på om pasienten får fysioterapiveiledet trening eller hjemmetrening og -rådgivning, kommer det ikke frem hva denne rådgivningen og hjemmetreningen består av – eller omfanget av denne (17, 18).

«Det mest effektive tiltaket man kan gjøre, er å bevege hånd og fingre.»

Tidlig i skadeforløpet er det spesielt viktig å forebygge et stort ødem. Ødem kan både være smertefullt for pasienten, gi stive ledd og i tillegg virke ødeleggende på vevet rundt. Det mest effektive tiltaket man kan gjøre, er å bevege hånd og fingre. Etter et håndleddsbrudd bør derfor pasientene sørge for å aktivt bevege de leddene som er fri fra eventuell gips eller bandasje, hyppig gjennom dagen.

Bevegelsene vil også kunne forebygge at tilstøtende ledd blir stive. I tillegg er det anbefalt å hvile med hånden høyt (3). En del pasienter kan også ha god nytte av veiledning i å finne en god balansegang mellom aktivitet, bevegelse og hvile. I en del tilfeller er det ikke tilstrekkelig å bruke hånden i daglig aktivitet. Da kan det være nødvendig med mer spesifikk, veiledet opptrening (3).

Dette mener vi pasienten må få informasjon om

Tiltakene som er nevnt over, kan i stor grad utføres selvstendig hjemme, men det krever at pasienten er informert om anbefalingene, gjerne også viktigheten av og bakgrunnen for de aktuelle tiltakene. Pasienten bør forstå eventuelle restriksjoner, men samtidig oppfordres til å bruke hånden mest mulig i daglig aktivitet i henhold til de gitte restriksjonene.

På bakgrunn av våre funn vil vi argumentere for at pasienter som er immobilisert med gips, minimum bør få informasjon om symptomer på for trang gips. De bør også få informasjon om forventet smerte og smerteutvikling. På den måten kan de selv kontakte behandlende avdeling dersom smertene de opplever, og følelsen i fingre eller hånd, avviker fra det som er forventet i skadeforløpet.

Pasientene bør i tillegg få informasjon om hvordan hevelse kan forebygges, for eksempel at de kan hvile med hånden høyt mens hånden enda er hoven. Annen nyttig informasjon er hvordan og hvor ofte pasientene kan gjennomføre lette sirkulasjonsfremmende bevegelser av frie ledd i den berørte armen.

«Hevelse og smerte kan vedvare en stund etter avgipsing.»

Slike bevegelser kan også motvirke at tilstøtende ledd blir stive, som er en relativt vanlig komplikasjon ved alle håndskader (3). Pasientene bør få generelle tips som kan bidra til at de mestrer hverdagen gjennom skadeforløpet bedre (8). Å ta vare på gipsen gir mindre risiko for fuktighet og dermed mindre fare for sår og infeksjoner.

I forbindelse med avgipsing bør pasientene få informasjon om hvordan de bruker og belaster hånden, likeså hvordan de trener opp bevegeligheten i håndleddet igjen. Det er viktig at pasienten er informert om at hevelse og smerte kan vedvare en stund etter avgipsing. De bør også få informasjon om når de skal ta kontakt dersom de ikke merker bedring.

Foreslått pasientinformasjon ved håndleddsbrudd

Rekontakt

- ved ny smerte, økning i smerte eller svært mye smerte.
- dersom du får sår under gipsen eller gnag fra gipsen.
- dersom gipsen er for trang eller for vid, blir ødelagt/brukket eller utvikler dårlig lukt.
- dersom du ikke klarer å bevege fingrene eller de får dårligere bevegelse.
- dersom fingrene blir kalde, endrer farge eller blir numne.
- dersom gipsen blir våt.
- ved hevelse etter gipspålegging.
- ved blødning eller væsning under gipsen.

Hva du kan forvente

- Lett hevelse og verking, spesielt de første dagene.
- Belastning kan øke smertene.
- Smertestøt kan være tegn på for stor belastning.

Når du har gips

- Forebygg komplikasjoner ved å hvile med armen hevet over hjertehøyde de første 24-48 timene. Hvil armen på pute og beveg fingrene regelmessig.
- Ikke ødelegg gipsen, hold den tørr. Bruk pose under dusjing. Det får du kjøpt på apotek. Ikke putt noe inn i gipsen.
- Ta foreskrevet smertestillende minimum de første 48 timene, deretter ved behov.
- Ikke røyk! Det gir lengre tilhelingstid.
- Beveg skulder og fingre regelmessig for å øke blodsirkulasjonen.
- Forebygg hevelse ved bruk av kuldepakninger, men ikke rett på huden og ikke når gipsen er fuktig. Kuldepakninger kan brukes i opptil 15 minutter pr. time på dagtid de første 24 til 48 timene.
- Utfør egentrening dersom du har fått det anbefalt.

Aktivitet

Sykemeldingsperioden avhenger av skadeomfanget og arbeidsplassens krav. Vent med kontaktsport til skaden er fullt helet og styrke og leddbevegelse er normalisert. Bruk skinne eller støtte hvis du blir bedt om det. Et par uker etter fjerning av gips bør det være fremgang med tanke på bevegelse og funksjon. Hvis ikke bør du kontakte lege for å få henvisning til rehabilitering.

Komplikasjoner

Feiltilheling kan gi langvarige plager. Redusert kraft og nedsatt bevegelse kan vedvare lenge. Brudd kan gi slitasje i ledd eller skade på ledd på lengre sikt. Nerveinnklemming kan forekomme ved gipsbehandling hos 5 til 10 prosent av pasientene. Komplekst regionalt smertesyndrom forekommer.

Informasjonen som benyttes i dag, er ikke kunnskapsbasert

Vi finner ikke entydig dokumentasjon på at den informasjonen som benyttes i dag, er kunnskapsbasert. God informasjon til denne pasientgruppen er viktig for å sikre god tilheling, færre komplikasjoner og god rehabilitering. Behandlingen utføres ved mange legevakter, skadepoliklinikker og akuttmottak.

Pasienter som behandles konservativt med gips, bør få lik informasjon uavhengig av behandlingssted. Ved å implementere kunnskapsbasert felles informasjon vil pasientene kunne tilbys kunnskapsbasert informasjon. Informasjon bør gis både muntlig og skriftlig.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Kvernmo HD, Krukhaug Y. Behandling av distale radiusfrakturer. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2013;4(133):405-410. DOI: [10.4045/tidsskr.12.0297](https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0297)
2. Enger M. Distal radiusfraktur (Colles). Oslo skadelegevakt metodebok i skadebehandling – skadebehandling for leger på vakt. Oslo: Oslo skadelegevakt; 2020. Tilgjengelig fra: <https://skadelegevakten.no/bruddskader#482> (nedlastet 03.03.2022).
3. Hove LM, Finsen V, Husby T, Kvernmo HD. Håndkirurgi. Oslo: Fagbokforlaget; 2021.

4. Norsk pasientskadeerstatning. Erstatningssaker – håndleddsbrudd. Oslo: Norsk pasientskadeerstatning; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker---handleddsbrudd/> (nedlastet 03.03.2022).
5. Seigerman D, Lutsky K, Fletcher D, Katt B, Kwok M, Mazur D, et al. Complications in the management of distal radius fractures: How do we avoid them? *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2019;12(2):204–212. DOI: [10.1007/s12178-019-09544-8](https://doi.org/10.1007/s12178-019-09544-8)
6. Gabrielsen E, Lundetræ K. Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien Forskning*. 2014;9(1):26–34. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0029](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029)
7. Norsk ortopedisk forening. Behandlingsretningslinjer for håndleddsbrudd hos voksne. Oslo: Norsk ortopedisk forening; 2015. Tilgjengelig fra: https://files.magicapp.org/guideline/452ee86b-07d4-4e5e-9bb4-99fd6a26f5c8/2_6/pdf/published_guideline_549-2_6.pdf (nedlastet 03.03.2022).
8. Stern BZ, Howe TH, Njelesani J. «I didn` t know what I could do»: behaviors, knowledge and beliefs, and social facilitation after distal radius fracture. *J Hand Therapy*. 2021. DOI: [10.1016/j.jht.2021.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.09.003)
9. McCarthy A, Bossut C. A comprehensive evaluation of the readability of online healthcare materials regarding distal radius fractures. *Cureus*. 2021;13(9). DOI: [10.7759/cureus.18188](https://doi.org/10.7759/cureus.18188)
10. Schweich P. Patient education: cast and splint care (beyond the basics). 2022. I: Boutis K, red. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/cast-and-splint-care-beyond-the-basics> (nedlastet 19.10.2022).
11. Crowley K, Martin KA. Patient education: fractures (the basics). 2022. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/fractures-the-basics?search=patient%20education%20of%20fractures&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 19.10.2022).
12. Petron DJ. Distal radius fractures in adults. I: Eiff P, Asplund CA, red. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/distal-radius-fractures-in-adults> (nedlastet 19.10.2022).

13. Folkehelseinstituttet. Behandling av håndleddsbrudd (distale radiusfrakturer) hos voksne. Oslo. Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2013/behandling-av-handleddsbrudd-distale-radiusfrakturer-hos-voksne/?fbclid=IwAR3DrK1CRcg8SemhfnSN-r5t_FJhGz22F4Iqg2wDRh_FD7QO1KAQZsNRbDk (nedlastet 03.03.2022).
14. Norsk Helseinformatikk (NHI). Gipsbehandling – stell av gipsen. Tiller: NHI; 2022. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/forstehjelp/akuttmedisin/beinbrudd/gipsbehandling-stell-av-gipsen/> (nedlastet 03.03.2022).
15. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Brudd i distale radius. Tiller: Norsk Helseinformatikk; 2022. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ortopedi/tilstander-og-sykdommer/beinbrudd/handleddsbrudd> (nedlastet 03.03.2022).
16. Norsk Helseinformatikk (NHI). Gipsbehandling, mulige komplikasjoner. Tiller: NHI; 2020. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/forstehjelp/akuttmedisin/beinbrudd/gipsbehandling-mulige-komplikasjoner/> (nedlastet 03.03.2022).
17. Bruder A, Taylor NF, Dodd KJ, Shields N. Exercise reduces impairment and improves activity in people after some upper limb fractures: a systematic review. *J Physiotherap.* 2011;57(2):71-82. DOI: [10.1016/S1836-9553\(11\)70017-0](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70017-0)
18. Østergaard HK, Mechlenburg I, Launonen AP, Vestermark MT, Mattila VM, Ponkilainen VT. The benefits and harms of early mobilization and supervised exercise therapy after non-surgically treated proximal humerus or distal radius fractures: a systematic review and meta-analysis. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine.* 2021;14:107-129. DOI: [10.1007/s12178-021-09697-5](https://doi.org/10.1007/s12178-021-09697-5)
19. Bruder AM, Shields N, Dodd KJ, Taylor NF. Prescribed exercise programs may not be effective in reducing impairments and improving activity during upper limb fracture rehabilitation: a systematic review. *Journal of Physiotherapy.* 2017;63(4):205-220. DOI: [10.1016/j.jphys.2017.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.08.009)