

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2025-07-07

Innehållsansvar: Ann-Christine "Anki" Gunnarsson Holzhausen, (anngu101), Specialistfysioterapeut Giltig till: 2027-07-04

Granskad av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Armbåge - instabilitet, luxation, ligamentrekonstruktion – FYS

Förändringar sedan föregående version

De justeringar som gjorts sedan föregående version är endast mindre omformuleringar.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Avgränsningar.....	1
Syfte och bakgrund	1
Utförande	2
Relaterad information	3
Arbetsgrupp	4
Fysioterapeutisk behandlingsplan: Armbåge - Instabilitet, luxation	5
Fysioterapeutisk behandlingsplan: Armbåge - kirurgi - ligamentrekonstruktion	7

Avgränsningar

Rutinen gäller för alla fysioterapeuter och läkare inom Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Syfte och bakgrund

Säkerställa fysioterapeutisk rehabilitering enligt aktuell evidens.

Luxation sker ofta vid fall där man tar emot sig med handen och med armbågen lätt böjd eller utsträckt. Skadan är vanligare vid högennergivåld såsom olycksfall vid cykling, skidåkning, MC eller idrott. Vid total luxation rupturerar både laterala och mediala collateralligamenten. Det är inte ovanligt att patienten har en kombination av fraktur och luxation. Det laterala collaterala ligamentet är det viktigaste för att stabilisera leden och behöver ofta åtgärdas kirurgiskt vid skada. Skada på det mediala collateralligamentet behöver sällan åtgärdas.

Utförande

Målsättning

Återfå stabil armbåge med funktionell rörlighet och god styrka. Återgå till tidigare arbete och idrott.

Restriktioner

Prova ut axelförband som ger extensionsstopp i armbågen vid cirka 90° men tillåter fri flexion. Använd armslynga eller axelförband (tygpåse).

Aktiva rörelser från vilopositionen i slyngan till full flexion kan påbörjas direkt. Rörelser inom detta omfång är säkra vad gäller armbågens stabilitet.

De första 6 veckorna ska patienten vid rörelser hålla armbågen intill kroppen eller framför kroppen, i sagittalplanet. Undvik abduktion för att inte utsätta armbågens ligament för belastning.

Undvik rörelser i träning och dagliga aktiviteter som kan utsätta ligamenten för töjning. De laterala strukturerna kan utsättas för töjning vid provokation i varus såsom vid lyft med flekterad armbåge och inåtroterad axelled. Uppmana patienten att hålla in armbågen intill kroppen vid belastningar med böjd armbåge.

Skydda mot provokation i både varus och valgus.

Belastade rörelser som provocerar armbågen i varus och valgus bör undvikas fram till cirka 12 veckor efter skadan.

Träningen ska inte provocera obehag såsom känsla av instabilitet. Klickande i leden kan vara tecken på instabilitet. Axiell belastning med lätt böjd armbåge kan också vara provocerande för stabiliteten.

Dessa restriktioner gäller även efter primär operation.

Viktigt att tänka på

Var uppmärksam på associerade skador, såsom muskel eller ledbandsskador i axel, hand och handled. Kontroll med röntgen och stabilitetsbedömning utförs

cirka en vecka efter skadan. Vid icke-kirurgisk behandling är re-luxationer relativt vanligt i tidigt skede. Vid kirurgisk stabilisering – informera dig om vilka ledband som åtgärdats: laterala, mediala eller båda. Hos patienter med generell överrörlighet är armbågsluxation vanligare. Beightonskalan kan användas för att bedöma patientens grad av generell överrörlighet vilket tas hänsyn till vid bedömning om patienten ska behandlas med kirurgi eller ej.

Om patienten beskriver ett klickande obehag i armbågen eller känsla av instabilitet - återkoppla snarast till ortoped.

Det är vanligt med svullnad runt armbågen och ned i underarm och hand. Fysioterapeutiska åtgärder för att förebygga och minska svullnad måste påbörjas direkt efter skadan.

Nervpåverkan förekommer. Bedöm vid behov yttlig sensibilitet och motorik.

Man behöver minst 30° - 130° i armbågsflexion och 50° i pro- respektive supination för att ha en god funktion i armen. Att hålla mobiltelefon nära örat, kräver ytterligare flexion, 140°.

Förväntad rehabiliteringstid 4 – 6 månader vid icke-kirurgisk behandling och 6 – 12 månader vid kirurgi.

Bedömning

Rörlighet mäts regelbundet med goniometer

Egenvärderad funktion kan bedömas med Patientspecifik Funktionell Skala (PSFS)

Smärta utvärderas med VAS

Handstyrka mäts med "Grippit"

Isometrisk styrka kan mätas med FET dynamometer

Fysioterapeutisk åtgärd

Se respektive fysioterapeutisk behandlingsplan.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl Pro.

Relaterad information

Patientinformationsbroschyr – [Information till dig som har skadat armbågen](#)

Hemträningsprogram - [Armbåge - Bas](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge - Gips](#)

Hemträningsprogram - [Armbåge I – med belastning mot olécranon och](#)

[triceps](#)

Hemträningsprogram - [Armbåge II](#)

Hemträningsprogram - [Armbåge III](#)

Arbetsgrupp

Karin Josefsson, fysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Ann-Christine Gunnarsson Holzhausen, Specialistfysioterapeut,
Fysioterapi, Mölndal Ingrid Hultenheim Klintberg, Överfysioterapeut,
Fysioterapi, Mölndal

I samråd med Carl Bergdahl, Överläkare, Ortopedi, Fysioterapi, Mölndal

Fysioterapeutisk behandlingsplan: Armbåge - Instabilitet, **luxation**

Skadans svårighetsgrad varierar stort, därför måste tidsangivelser i behandlingsplanen alltid vara individuellt anpassade.

Akuten

Efter reposition, prova ut axelförband som ger extensionsstopp i armbågen vid cirka 90° men tillåter fri flexion.

Dela ut patientinformationsbroschyren **Information till dig som skadat armbågen**. Gå igenom hemträningsprogrammet i broschyren Hemträningsprogram Armbåge Bas.

Prova ut cirkulärt kompressionsförband som täcker 15 - 20 cm nedanför och ovanför armbågen.

Ödemprofylax - instruera högläge och att pumpa med handen.

1 vecka efter skada

Vid återbesök hos ortoped verifieras att armbågsleden är kongruent och ställning tas till eventuell kirurgi. Läkare ordinerar om patienten behöver använda axelförband (tygpåse) ytterligare någon vecka.

Instruera **Hemträningsprogram - Armbåge I – med belastning mot olécranon och triceps**

Prova ut cirkulärt kompressionsförband som täcker 15 - 20 cm nedanför och ovanför armbågen.

De skadade ledbanden får inte utsättas för belastning som innebär töjning. Alla aktiviteter i vardag och träning ska vara ledbandsbesparande. Påminn patienten om att vid rörelser hålla armbågen intill kroppen eller framför kroppen, i sagittalplanet. Undvik abduktion framförallt belastning i varus, såsom vid positionen "hålla ur kanna" för att inte utsätta armbågens ligament för belastning.

Uppmuntra patienten att vara tvåhänt, att använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter inom givna restriktioner.

Instruera patienten att stimulera proprioception genom att beröra och ta på handen och armen, såsom att tvätta, smörja in med mera.

Rekommendera kyla som smärtlindring.

Bedöm svullnad och behandla vid behov.

Bedöm rörlighet i armbåge, axel och handled. Mät med goniometer vid nedsatt rörlighet.

Var uppmärksam på associerade skador i axel och handled.

Planera för fortsatt fysioterapeutisk behandling.

2 – 3 veckor efter skada

Polikliniskt återbesök hos fysioterapeut.

Avveckling av axelförband (tygpåse)

Bedöm hur patienten utför övningarna i **Hemträningsprogram - Armbåge I – med belastning mot olécranon och triceps**.

Förändra hemträningsprogrammet utifrån aktuell funktion.

Uppmuntra patienten att använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter inom givna restriktioner. Instruera patienten att hålla något i handen under träning eftersom stimulering av huden i handflatan underlättar muskelaktivitet i hela armen. Stimulera till bättre armbågsrörlighet med övningar som utnyttjar hela rörelsekedjan.

Om patienten beskriver ett klickande obehag i armbågen eller känsla av instabilitet - återkoppla till ortoped.

Bedöm individuellt hur ofta patienten behöver komma för poliklinisk fysioterapi.

6 veckor efter skada

Instruera **Hemträningsprogram - Armbåge II**. Vid rörelseträning använd manuella tekniker såsom lätt ledande motstånd, aktivt kvarhåll i ytterläge och kombinera med mjukdelsmobilisering. Rörelseträningen bör fortsätta tills funktionellt rörelseomfång är återställt, minst 30° till 130° flexion samt 50° i vardera pro- och supination.

Lägg extra fokus på träning av stabilisering genom hela kroppen om patienten har en generell överrörlighet.

Ökad belastning får inte leda till mer svullnad, värk, stelhet eller känsla av stumhet.

6 veckor – 6 månader

Fortsatt fysioterapeutisk behandling planeras efter individuell bedömning.

Var uppmärksam på att kaströrelsen kan utsätta de mediala, stabiliserande strukturerna för töjning genom valgusprovokation.

Fysioterapeutisk behandlingsplan: Armbåge - kirurgi - ligamentrekonstruktion

Informera dig om vilka ledband som åtgärdats: laterala, mediala eller båda.

Mest ledbandsbesparande är att träna i *midprone*.

Vid lateral kirurgi skydda mot provokation i varus och vid medial kirurgi skydda mot provokation i valgus.

Vid lateral rekonstruktion, undvik supination i kombination med extension i 6 veckor.

Vid medial rekonstruktion, undvik pronation i kombination med extension i 6 veckor.

Dag 1 – post operativt

Beskriv rehabiliteringsförloppet för patienten.

Instruera **Hemträningsprogram - Armbåge I – med belastning mot olécranon och triceps**. Patienten tillåts träna rörlighet mellan 30° och full flexion. Pronation och supination med flekterad armbåge tillåts utan begränsning. Prova ut cirkulärt kompressionsförband som täcker 15 - 20 cm nedanför och ovanför armbågen.

Prova ut dubbelöglad slinga för att avlasta armens tyngd. Slingan används vid behov.

Vid uttalad svullnad prova ut axelförband.

Patienterna behandlas i enstaka fall med förstärkt förband över armbågen i 7–10 dagar. För dessa patienter instruera **Hemträningsprogram - Armbåge gips**.

Ödemprofilax:

- Instruera olika positioner av högläge i både sittande och liggande. Så ofta som möjligt ska armen vara över midjehöjd, gärna vila på bord, på arm- eller ryggstöd på soffa eller fåtölj
- Instruera patienten att varje timma utföra aktiva axelrörelser och stora kraftiga pumpörelser med handen. Verifiera att patienten tar ut maximal flexion och extension i alla fingerleder
- Vid behov, bandagera fingrar/ handrygg

Bedöm nervfunktion fortlöpande.

Ge patienten information om aktiviteter som ska undvikas, såsom att ta belastning på den skadade armen vid förflyttningar.

De skadade ledbanden får inte utsättas för belastning som innebär töjning.

Alla aktiviteter i vardag och träning ska vara ledbandsbesparande. Påminn patienten om att vid rörelser hålla armbågen intill kroppen eller framför kroppen, i sagittalplanet. Undvik abduktion framförallt belastning i varus, såsom vid positionen "hålla ur kanna" för att inte utsätta armbågens ligament för belastning.

2 veckor postoperativt

Återbesök till Ortopedmottagningen.

Rekommendera patienten att fortsätta använda cirkulärt kompressionsförband som täcker 15 - 20 cm nedanför och ovanför armbågen. För att fortsatt skydda de rekonstruerade ledbanden, informera patienten om att fortsätta använda dubbelöglad slynga eller vid uttalad svullnad axelförband.

Patienten tillåts träna rörlighet mellan 30° till full flexion och pro- supination utan begränsning. Armen ska inte vara i abduktion under ADL eller vid träning.

Påminn patienten om att alla aktiviteter i vardag och träning ska vara ledbandsbesparande.

Följ upp Hemträningsprogram - Armbåge I – med belastning mot olécranon och triceps.

Uppmuntra patienten att använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter inom givna restriktioner. Instruera patienten att hålla något i handen vid träning eftersom stimulering av huden i handflatan underlättar muskelaktivitet i hela armen. Stimulera till bättre armbågsrörlighet med övningar som utnyttjar hela rörelsekedjan.

Uppmuntra patienten att vara tvåhänt, att använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter inom givna restriktioner.

Instruera patienten att stimulera proprioception genom att beröra och ta på handen och armen, såsom att tvätta, smörja in med mera.

Rekommendera kyla som smärtlindring.

Bedöm svullnad och behandla vid behov.

Bedöm rörlighet i armbåge, axel och handled. Mät med goniometer vid nedsatt rörlighet.

Var uppmärksam på associerade skador i axel och handled.

Planera för fortsatt fysioterapeutisk behandling.

3 veckor efter operation

Regelbunden poliklinisk fysioterapi påbörjas. Patienten tillåts träna rörlighet utan begränsning. Träningen ska vara smärtfri och inte leda varken till svullnad eller värk.

Prova ut dubbelöglad slinga om patienten hittills använd Axelförband/DuoTrain.

Instruera **Hemträningsprogram - Armbåge II.**

Vid behov, ge lätt manuellt motstånd för att underlätta muskelaktivering. Förändra hemträningsprogrammet utifrån aktuell funktion och behåll fokus på rörlighetsträning.

Informera om att täcka äret med hudvänlig tejp eller silikontejp under 12 månader.

Påminn patienten om att alla aktiviteter i vardag och träning ska vara ledbandsbesparande.

Bedöm individuellt hur ofta patienten behöver komma för poliklinisk fysioterapi.

Efter cirka 4 veckor, successiv avveckling av slingan.

6 veckor efter skada

Återbesök till Ortopedmottagningen.

Instruera **Hemträningsprogram - Armbåge III.**

Vid behov behåll övningar från **Hemträningsprogram II**

På fysioterapimottagningen, utnyttja manuella tekniker såsom lätt ledande motstånd, aktivt kvarhåll i ytterläge och kombinera med mjukdelsmobilisering. Rörelseträningen bör fortsätta tills funktionellt rörelseomfång är återställt, minst 30 till 130° flexion samt 50° i vardera pro- och supination.

Lägg extra fokus på träning av stabilisering genom hela kroppen om patienten har en generell överrörlighet.

Ökad belastning får inte leda till mer svullnad, värk, stelhet eller känsla av stumhet.

6 veckor – 6 månader

Fortsatt fysioterapeutisk behandling planeras efter individuell bedömning.

Var uppmärksam på att kaströrelsen kan utsätta de mediala, stabiliserande strukturerna för töjning genom valgusprovokation.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Ann-Christine "Anki" Gunnarsson
Holzhausen, (anngu101), Specialistfysioterapeut

Granskad av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-11

Version: 18.0

Giltig från: 2025-07-07

Giltig till: 2027-07-04