Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Jenny Lind Broberg, (jenli25), Fysioterapeut
Granskad av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef
Godkänd av: Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-10-05
Giltig till: 2028-10-02

Armbåge - proximal ulnafraktur - FYS

Förändringar sedan föregående version

Smärre omformuleringar i texten men inga förändringar av den fysioterapeutiska behandlingen.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Avgränsningar 1
Bakgrund 2
Utförande 2
Relaterad information 4
Arbetsgrupp 4
Fysioterapeutisk behandlingsplan: Efter kirurgiskt behandlad proximal ulnafraktur 5

Avgränsning

Rutinen gäller för samtliga fysioterapeuter och läkare inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för rehabiliteringen av patienter behandlade inom Ortopedin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Bakgrund

Proximal ulnafraktur i detta dokument, klassificeras som Olécranonfraktur, Coronoidfraktur samt Monteggiafraktur.

Coronidfraktur och Monteggiafrakturer är ofta komplexa skador med samtidiga ledbandskador.
Behandlingsrutinen gäller för alla tre frakturtyper.

Fall på utsträckt arm är den vanligaste skademekanismen.

Det finns flera klassificeringar av proximala ulnafrakturer. För mer information om diagnos och klassifkation, läs under följande länk från Internetmedicin:
Armbågsfraktur, vuxna - Internetmedicin

Utförande

Restriktioner

Dessa tre frakturtyper är stabila för rörelseträning direkt postoperativt men inte stabila för yttre belastning de första 6 veckorna.

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

Armbågsfrakturer som är kirurgiskt behandlade får i regel använda armen i lättare ADL-funktioner.
Från 3 månader post-op gäller fri och smärtfri belastning under träning och i övriga aktiviteter.

Olécranonfraktur

Kirurgisk behandling: dubbelöglad slynga eller enstaka fall, gips i 1 – 2 veckor, beroende på benkvalité.

Icke kirurgisk behandling: axelförband (påse) samt tydliga instruktioner om att armbågen ska vara i stillhet utöver instruerade övningar.
I enstaka fall, gips i 2 – 3 veckor.

Coronoidfraktur

Kirurgisk behandling: dubbelöglad slynga i 2 veckor. Det är vanligt att denna fraktur uppstår vid armbågsluxation.

Monteggiafraktur

Kirurgisk behandling: dubbelöglad slynga i 2 veckor.

Viktigt att tänka på

Det är mycket vanligt med svullnad från armbåge och ned till underarm och hand. Fysioterapeutiska åtgärder för att förebygga och minska svullnad måste påbörjas direkt efter trauma/operation.

Vid rejäl, distinkt handledssmärta kan distal ledbandsskada misstänkas - ta kontakt med operatör.

Vid coronoidfraktur finns ökad risk för bennybildning, HO (Heterotopisk ossification).

Var uppmärksam på eventuell nervpåverkan.

Var uppmärksam på associerade skador, såsom muskel eller ledbandsskador i axel, hand och handled.

Det krävs **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°.

Bedömning

Rörlighet mäts regelbundet med goniometer.

Egenvärderad funktion kan bedömas med Patientspecifik funktionell skala (PSFS).

Smärta utvärderas med VAS eller NRS.

Handstyrka mäts med handdynamometer t ex ”Grippit”.

Isometrisk styrka mäts med mikro/FET® dynamometer.

Bedöm nervpåverkan genom att testa ytlig sensibilitet och motorik.

Förväntad rehabiliteringstid beror på skadans omfattning men är vanligtvis 6 – 8 månader.

Fysioterapeutisk åtgärd

Se ”Fysioterapeutisk behandlingsplan efter proximal ulnafraktur”.

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

Patientinformation – Information till dig som skadat armbågen
Hemträningsprogram – Armbåge BAS
Hemträningsprogram - Armbåge I – utan belastning mot olécranon och triceps
Hemträningsprogram - Armbåge I – med belastning mot olécranon och triceps
Hemträningsprogram – Armbåge II
Hemträningsprogram – Armbåge III
Hemträningsprogram – Armbåge - Gips

Arbetsgrupp

Jenny Lind Broberg, fysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Ingrid Hultenheim Klintberg, Överfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Anki Holzhausen, Specialistfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

I samråd med Carl Bergdahl, överläkare, Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fysioterapeutisk behandlingsplan: icke-kirurgiskt behandlad proximal ulnafraktur

För de få patienter som behandlas icke – kirurgiskt gäller långsammare läkningsförlopp. Armbågen är inte träningsstabil förrän kallus bildats. Progression av belastningar påbörjas senare i förloppet enligt läkarordination.

Akuten

Patient som behandlas icke- kirurgiskt, dela ut
Information till dig som skadat armbågen och instruera:
Hemträningsprogram Armbåge - BAS.
Ge även tydliga instruktioner om att armbågen ska vara i stillhet utöver instruerade övningar.

Prova ut dubbelöglad slynga eller axelförband (tygpåse) som används dygnet runt förutom vid ADL och träning.
Prova ut cirkulärt kompressionsförband som täcker 15-20cm nedanför och ovanför armbågen.

Fortsatt rehabilitering sker efter individuell ordination från läkare.

Fysioterapeutisk behandlingsplan: Kirurgiskt behandlad proximal ulnafraktur

Dag 1 postop

Beskriv rehabiliteringsförloppet för patienten.

Instruera: **Hemträningsprogram Armbåge BAS.**
Ödemprofylax:

1. 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
2. Instruera patienten att varje vaken timma utföra aktiva axelrörelser och utföra kraftiga pumprörelser med handen. Verifiera att patienten tar ut maximal flexion och extension i alla fingerleder

- Vid behov, bandagera fingrar och handrygg

Bedöm nervfunktion fortlöpande.

Bedöm gång- och förflyttningsförmåga.
Ge patienten information om aktiviteter som **ska undvikas**, såsom att ta belastning på den skadade armen vid förflyttningar och att lyfta armen ut i abduktion.

Med förbandet på får patienten utföra aktiv flexion från 90° samt aktiv pro- och supination.
Prova ut cirkulärt kompressionsförband som täcker 15-20cm nedanför och ovanför armbågen.

Prova ut dubbelöglad slynga eller axelförband (tygpåse) som används dygnet runt förutom vid ADL och träning.

För de patienter som immobiliseras med förstärkt armbågsförband eller gips, instruera **Hemträningsprogram Armbåge - gips.**

2 veckor postop

Poliklinisk fysioterapi påbörjas.

Instruera **Hemträningsprogram Armbåge I** - utan belastning mot olécranon.

Om armbågen är instabil, får de skadade ledbanden inte utsättas för belastning som innebär töjning. De laterala strukturerna kan utsättas för töjning vid provokation i varus såsom vid lyft med flekterad armbåge och inåtroterad axelled, såsom vid positionen “hälla ur kanna”. Uppmana patienten att hålla in

armbågen till kroppen vid belastningar med böjd armbåge.
Denna restriktion gäller fram till 6 veckor efter kirurgi, men instruera fortsatt försiktighet vid belastningar i ytterligare 2 veckor.

Vid medial skada, informera patienten om att undvika belastning i valgus.

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

Instruera patienten att stimulera proprioception genom att beröra och ta i handen och armen, såsom att tvätta, smörja in mm.

Rekommendera kyla som smärtlindring.

Vid liten svullnad, ge patienten cirkulärt kompresssionsförband.
Vid behov kombinera olika storlekar för att optimera kompressionen. Om mer svullnad, instruera lätta strykningar i proximal riktning för att stimulera lymfsystemet. Vid svåra fall av svullnad kan hand och arm behöva bandageras.

Mät rörlighet i armbåge; flexion, extension, pro- och supination.

Bedöm rörlighet i axelled och handled, bl a för att identifiera associerade skador.

Planera för fortsatt fysioterapeutisk behandling.
De patienter som har en nervskada eller kraftig rörelsenedsättning fortsätter sin rehabilitering på Fysioterapi Mölndal.

3 - 4 veckor postop

Avveckla dubbelöglad slynga alt.axelförband.

Utifrån patientens aktuella funktion introduceras övningar i **Hemträningsprogram Armbåge I – med belastning mot olécranon**.

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

Visa patienten mobilisering av ärret. Informera om att täcka ärret med hudvänlig tejp eller silikontejp under 12 månader.

4 – 8 veckor postop

Fortsatt regelbunden poliklinisk fysioterapi. Svullnad och rörlighet avgör hur ofta patienten behöver komma.
Övergå successivt till **Hemträningsprogram Armbåge II**

8 veckor – 6 – 8 månader postop

Utifrån smärta och svullnad bedöm med vilken vikt och intensitet patienten ska träna sina övningar och när patienten kan starta med:
Hemträningsprogram Armbåge III.

Fortsätt vid behov med rörlighetsövningar.

Fortsätt rekommendera kyla vid behov.

Prioritera rörlighetsträningen vid de polikliniska besöken med syfte att uppnå funktionellt rörelseomfång, minst – 30° till 130° flexion samt 50° i vardera pro- och supination.
Använd manuella tekniker såsom lätt ledande motstånd,
aktivt kvarhåll i ytterläge och kombinera med mjukdelsmobilisering.

Utöka successivt belastningar i träningen. Ökad belastning får inte leda till ökad svullnad, värk eller stumhet vilket är ett tecken på överbelastning.

Informera patienten om att fortsätta hemma med rörlighetsträning med kvarhåll i ytterlägen även efter att fullt rörelseomfång uppnåtts. Strukturer runt armbågen kan bli strama på nytt, även flera månader efter trauma/operation.

Om rörligheten inte förbättras eller t o m försämras, kan det bero på (HO) Heterotopisk ossifikation. Kontakta ortoped för diskussion om fortsatt handläggning.

Fysioterapin fortsätter med successivt ökande belastningar, hastighet och kraft, men ej över gränsen för strukturernas hållfasthet.
Lägg successivt in yrkes- och idrottsrelaterade övningar.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Jenny Lind Broberg, (jenli25), Fysioterapeut

Granskad av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef

Godkänd av: Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-12

Version: 20.0

Giltig från: 2026-10-05

Giltig till: 2028-10-02