

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi  
Innehållsansvar: Johanna Blomstrand, (johah5), Specialistarbetsterapeut  
Granskad av: Maria Stenvall, (marst167), Sektionsledare  
Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-07-15

Giltig till: 2026-07-11

# Hand – Radialis pares – ARB

## Förändringar sedan föregående version

Ny rutin

### Bakgrund och syfte

Radialisnerven är den största nerven i den övre extremiteten. Radialisnerven har sitt ursprung i axillen, och följer överarmens baksida varefter den sveper sig runt den distala delen av humerus. Därefter löper den över den laterala kondylen av humerus, innan den på underarmen så småningom delar sig i en ytlig (sensorisk) och en djup (motorisk) gren. Den djupa grenen ger motorisk innervation till underarmens dorsala sida, vilket inkluderar extensor carpi radialis longus, extensor carpi radialis brevis, extensor carpi ulnaris, extensor digitorum, extensor indicis, extensor digiti minimi, extensor pollicis longus, extensor pollicis brevis och abductor pollicis longus (1).

Radialis pares är ett tillstånd som innebär att radialisnerven inte fungerar som den ska. Tillståndet kan uppkomma av inklämning, avskärning eller annan skada på nerven. Vanligast är tryckskador där nerven vid sin passage runt överarmen kan bli utsatt för ökat vävnadstryck på grund av en humerusfraktur eller yttre tryck, med eller utan operation. Skada på radialisnerven är en komplikation som drabbar mellan 2–18 % av patienter med en humerusfraktur (1,2). Bortfall av funktion i radialisnerven ger en slapp, hängande handled och fingrar utan möjlighet till aktiv extension i MCP-lederna, så kallad ”dropphand” (3), vilket resulterar i nedsatt förmåga att greppa, hantera föremål och utföra aktiviteter med hand och arm. Sensibiliteten i tumme, pekfinger och långfinger, samt handryggen kan också vara påverkad. De flesta radialisnervskadorna läker spontant (4).

När funktionen återkommer, återkommer den oftast enligt följande:

1. Handledssträckarna (extensor carpi radialis longus/brevis samt extensor Carpi ulnaris)
2. Fingrarnas extensorer (extensor digitorum)

3. Tummens abduktor och extensorer (abductor pollicis longus, extensor pollicis longus och brevis)

Styrdokumentet syftar till att optimera behandlingen av patienter med radialis pares på grund av trauma, och säkerställa en likvärdig och jämställd vård.

## Avgränsningar

Denna rutin gäller för arbetsterapeuter inom verksamheten. Målgruppen är patienter med radialis pares efter trauma, med eller utan operation.

## Utförande

### Målsättning

Målet är att möjliggöra optimal handfunktion för att förhindra nedsatt aktivitetsförmåga, och förhindra komplikationer relaterat till nedsatt rörlighet och svullnad.

Under tiden nerven återhämtar sig, är målet att förebygga eller minska svullnad, att förebygga felställningar genom att förhindra uttänjning av förlamade muskler, ledkapslar och senor och förhindra förkortning av antagonistisk muskulatur och ledkontraktur, bibehålla en god funktion i icke drabbad muskulatur genom att uppmuntra användande av handen samt stödja och motivera patienten genom noggrann information (5).

### Bedömning

- Funktionsbedömning
  - Extension i handled, MCP-leder samt tummens IP- och MP-led, abduktion tumme (vid behov mätt med goniometer enligt HAKIR)
  - Kraft/stabilitet grepp (vid behov mätt med JAMAR enligt HAKIR)
  - Svullnad (mätt med måttband enligt HAKIR)
  - Sensibilitet
- Aktivitetsbedömning (ibland med hjälp av t.ex. PSFS eller COPM)

## Åtgärd

### Information

Det är av stor vikt att patienten erhåller noggrann information om tillstånd och prognos. Noggrann information ökar trygghet, engagemang och compliance hos patienten.

### Ortos

Under tiden nerven återhämtar sig är det viktigt att dagtid kompensera för avsaknaden av extension i handleden, MCP-lederna och tummen, för att möjliggöra ett funktionellt grepp och därmed användning av handen i aktivitet, med hänsyn till eventuella

restriktioner. Det finns flera olika prefabricerade, stabila handledsortoser att välja på för att uppnå stabilitet och ett bra grepp, gärna en lång variant för mer stabilitet, och beroende på ortos, kan det vara bra med extraband. Det finns också dorsala, formbara, delvis prefabricerade ortoser. Ortosen används med fördel i aktivitet tillsammans med finger- och tumhållare i syfte att underlätta öppningsgreppet. Dessa möjliggör för lumbrikaler och interosseer att öppna handen (genom sin funktion som sträckare i interfalangeallederna) trots att de långa fingersträckarna inte fungerar (6). Dessa bör dock användas enbart för att underlätta dagliga aktiviteter dagtid. Nattetid skall denna ersättas med alternativ ortos för bättre viloposition. Ortosen kan också användas enbart som handlesstöd utan finger- och tumhållare.



När dorsalextensionen i handleden börjar återkomma kan ortosen bytas ut mot en kortare modell, för att ytterligare främja aktivitetsutförande.

Nattetid är ett bra tillfälle att avlasta handen, möjliggöra återflödet av svullnad och minska risken för kontrakturer genom att förhindra uttänjning av extensorer och förkortning av flexorer och intrinsicmuskulatur. En prefabricerad (SOT eller thermoplast) eller tillverkad viloskena i position of safety (POSI) är bra alternativ.

Om patienten har låga funktionskrav och har svårt att använda handen i aktivitet, kan en viloskena även dagtid vara ett alternativ.



## Aktivitet

Patienten ska uppmuntras att använda handen i vardagsaktivitet så gott det går med hänsyn till eventuella restriktioner angående rörelse eller belastning. Det kan vara fördelaktigt att testa olika aktiviteter och grepp tillsammans med patienten, till exempel hålla i kniv och gaffel, borsta tänderna, klä på sig etc.

## Ödem

Ödem i samband med radialis pares, speciellt i kombination med en överarmsfraktur, är vanligt. Viktigt är att:

- Informera patienten om vikten av högläge och ödemprofylax. Ofta behöver hänsyn tas till restriktioner gällande axel/överarm.
- Uppmuntra till aktiva pumpövningar med handen, ofta med armbågen i bordet, på grund av restriktioner för axel/överarm. Tänk på att inte träna i flexion allt för mycket, t.ex. med skumrulle etc., då det kan finnas risk att flexorerna blir "för starka" i förhållande till extensorerna.
- Uppmuntra till strykningar av hand och underarm i proximal riktning.
- Använda någon form av yttre kompression, såsom ödemhandske eller lindning, alternativt kinesiotejp.



## Rörelseträning

Under tiden nerven läker/återhämtar sig är det mycket viktigt att bibehålla rörligheten i alla leder genom passivt rörelseuttag i de rörelser som ej kan utföras aktivt. Patienten instrueras att följa träningsprogram Dropphand (se bilaga).

Det är bra att varje dag försöka hitta aktiv dorsalextension i handleden, till en början med ulnarsidan av handen på bordsytan för att eliminera tyngdkraften. Man kan placera ett papper under handen för att minska friktion mot bordsytan. När viss motorik börjar återkomma kan man lägga en papperstuss eller liknande på dorsalsidan av handen att "jobba mot". När funktionen i nerven börjar återvända är det bra att

träna flera små stunder per dag, då nerven har dålig uthållighet. Träna först utan motstånd. När nerven återhämtat sig mer, kan man använda träningsdeg eller theraband för att stärka upp handled och fingrar. Var noga med att handleden kan stabiliseras i neutralläge vid fingerflexion mot motstånd.

## Uppföljning

Patienten bör följas med jämna mellanrum för kontroll av nervfunktion, uppföljning av träning och aktivitetsförmåga samt för kontroll och eventuell justering av ortoser.

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

## Relaterad information

[Hand – Radialisparet – dropphand \(träningsprogram\)](#)

[Axel – Humerusfraktur, proximal – ARB \(rutin\)](#)

## Arbetsgrupp

Johanna Blomstrand, Med dr, Överarbetsterapeut, Specialist i arbetsterapi

Anna Törnsjö, Leg. Arbetsterapeut

## Källförteckning

1. Bumbasirevic M, Palibrk T, Lesic A, Atkinson H. Radial nerve palsy. EFORT Open Rev. 2017 Mar 13;1(8):286-294.
2. Walker M, Palumbo B, Badman B, Brooks J, Van Gelderen J, Mighell M. Humeral shaft fractures: a review. Journal of Shoulder and Elbow Surgery (2011) 20, 833- 844.
3. Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering Volym 1. Studentlitteratur Lund, 1992.
4. Papasoulis E, Drosos G.I, Ververidis A.N, Verettas D-A. Functional bracing of humeral shaft fractures. A review of clinical studies. Injury, Int J. Care Injured 41 (2010) e21-e27.
5. Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering Volym 2. Studentlitteratur Lund, 1992.
6. Höök Olle. Rehabiliteringsmedicin. Liber, 2001.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

**Innehållsansvar:** Johanna Blomstrand, (johah5), Specialistarbetsterapeut

**Granskad av:** Maria Stenvall, (marst167), Sektionsledare

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

**Dokument-ID:** SU9807-1076540875-180

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2024-07-15

**Giltig till:** 2026-07-11