

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2025-12-12

Innehållsansvar: Tamar Abzhandadze, (tamab1), Specialistarbetsterapeut

Giltig till: 2027-12-12

Granskad av: Johanna Blomstrand, (johah5), Sektionsledare

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

Stroke – Handödem - ARB

Förändringar sedan föregående version

Uppdaterad text under “Mätmetoder”.

Rutindokumentet har uppdaterats utifrån evidenssökning med sökorden; handödem, stroke, behandling, rehabilitering.

Korrigerad av formalia i form av förkortad text samt korrigerad av referenser och bilagor.

Avgränsningar

Rutinen gäller för samtliga arbetsterapeuter inom Arbetsterapi och Fysioterapi som kommer i kontakt med patienter med handödem efter stroke

Bakgrund och syfte

Handödem är en vanligt förekommande problematik efter en stroke. Alla patienter med stroke ska screenas gällande risk för ödem. Bedömning och behandling bör erbjudas vid misstänkt eller konstaterat handödem.

Syftet med rutinen är att patienter med handödem efter stroke bedöms och behandlas på ett evidensbaserat och likvärdigt sätt.

Utförande

Arbetsterapeuten och övrig vårdpersonal ska under vårdtillfället kontinuerligt observera eventuell ödemutveckling i paretisk hand. Observation av ödemet görs genom att jämföra händerna både volart och dorsalt.

Underlag för val av behandlingsåtgärder

- Ödemets omfattning: Var är ödemet lokaliserat, hur långt har det spridit sig. Vilken typ av ödem är det, ett mjukt och yttligt pittingödem eller har ödemet hårdnat och fibrotisering påbörjats.

- Orsak till ödem: Felaktig positionering, inaktivitet, trauma, infusion, andra medicinska orsaker.
- Kartläggning av: Tidigare aktivitetsförmåga, Allmänmedicinsk prognos, Funktion, aktivitet och delaktighet.

Mätmetoder

Mätning av handens omkrets görs innan behandlingen påbörjas. En metod som kan användas är **Figure-of-eight**, som mäter handens omkrets enligt ett standardiserat mönster. En annan metod är att mäta omkrets över **handed** (distalt om processus styloideus), **MCP-leder** och **dig III:s PIP-led**. Ett smalt måttband ska användas. Metoderna kan användas var för sig eller kombineras för att ge en mer detaljerad bild av handens volym. Behandling

Det finns olika behandlingsmetoder med låg evidens för potentiella behandlingseffekter. Ödembehandling är ett gemensamt ansvar med patient, närstående och övrig vårdpersonal, därför är det av yttersta vikt att information och handledning ges kontinuerligt. Instruera patienten att självträna efter förmåga. Vid ödem behövs oftast en kombination av flera behandlingsmetoder. Val av behandlingsmetoder varierar utifrån observation och kartläggning. Det är viktigt att behandla varje del i skuldra, arm och hand då dessa påverkar varandra.

Behandlingsmetoder

Prevention

För att förhindra att ödem uppstår ska positionering med högläge i liggande och sittande möjliggöras, och aktivt och passivt rörelseuttag av paretisk arm och hand bör påbörjas redan vid insjuknandet.

Positionering

En paretisk arm ska placeras i högläge, handen placeras högre än armbågen och armbågen placeras högre än skuldran i liggande, och vid sittande bör arm och hand placeras på bord för att underlätta det venösa och lymfatiske återflödet samt minska det hydrostatiska trycket. Det är viktigt att positionera arm och hand ut från kroppen för att ”öppna upp” flödesvägar i armhålan. Handen placeras i grundposition för viloställning som bidrar till smärtlindring och avslappning samt minskar risken för förkortning av flexorer i handled och fingrar, för utveckling av skyddsställning i hand samt för finger-hand-skuldrasyndrom.

Ortoser

- *Viloortos* kan användas natt och/eller dag för att bibehålla grundposition för viloställning. Det finns prefabricerade ortoser som kan användas. Fungerar ej dessa, kan viloortos tillverkas.
- *Handledsortos* kan användas dagtid för att stabilisera handled, undvika trauma och underlätta greppfunktion. Det är viktigt att kardborrebanden på ortosen inte spänns för hårt och hindrar återflödet. Vid ödem är det oftast otillräckligt med handledsortos, då stöd krävs för hela handen. Handledsortos bör då kompletteras med viloortos nattetid.

Rörelseuttag

Det finns evidens för potentiell korttidseffekt av rörelseuttag, gällande handödem efter stroke. Då handödem vid stroke oftast är orsakat av inaktivitet är det av största vikt att alltid behandla hand och arm med aktivt och/eller passivt rörelseuttag. Det är viktigt att **inte** ta ut rörlighet längre än patientens rörelseomfång då det lätt kan uppstå skador i vävnaderna. Allt rörelseuttag ska vara under smärtgräns.

Aktiva rörelser: när aktiv rörelseförmåga finns skall patienten instrueras att använda handen i vardagliga aktiviteter. Aktiva rörelser och pumpövningar, det vill säga aktiv muskelkontraktion framför allt av axelpartiet och i handen är alltid den bästa behandlingen för att reducera ödem. Den optimala rörelseprogrammen är kraftfulla bilaterala, upprepande ”armar uppåt sträck” med samtidig fingerknytning/sträckning. Regimen går ut på att ta ut rörligheten från axelled till handen. Det skall alltid strävas efter att utnyttja all aktiv muskelrörelse som patienten har, även om det endast är i skulderpartiet, armbågen eller handen. Det är av största vikt att behandla varje del i skuldra, arm och hand då dessa påverkar varandra. Rörelseträning kan utföras vid bord, genom guidade rörelser i aktivitet eller i liggande.

Passiva rörelser: Passivt rörelseuttag vid insjuknande har en effekt för förebyggande av ödemutveckling samt även effekt på omfattningen av ödem, om det utvecklas. Vid paretisk arm och hand ska rörelseuttag göras passivt led för led med start från skuldra, armbåge, handled, fingrar. Passiva pumpövningar i skuldra, arm och hand utförs med avlastad paretisk arm.

Kompression

Det finns evidens för potentiell korttidseffekt av kompression, gällande handödem efter stroke. Vid val av kompressionsbehandling är det viktigt att möjliggöra ett så jämnt tryck som möjligt över hela handen.

Kompressionsbehandling kan utföras dag- och/eller nattetid. Vid det första behandlingstillfället ska uppföljning och utvärdering ske efter 2–3 timmar. Om kompressionen sitter bra, kan den sitta kvar exempelvis över en helg. I första hand rekommenderas *lindning*. Om patienten har aktiv rörelse kan kompressionshandske användas, då patienten själv kan fördela trycket genom aktivitet. Vid slapp pares skall kompressionshandske alltid kombineras med viloortos för att få ett tryck volart över hela handen.

Massage

Det finns lågt vetenskapligt stöd för att använda massage som behandling mot ödem, men den kliniska erfarenheten visar att behandling med massage enligt *manual edema mobilization* eller retrograd massage kan erbjudas och utföras helt eller delvis utifrån patientens behov för att stimulera det lymfatiske systemet. Massagen följer det venösa och lymfatiske återflödet. Detta bör dock utföras med stor försiktighet och välgrundad kartläggning om patientens tillstånd för att undvika komplikationer. Massagen skall ej utföras vid pågående infektion, akut inflammation, vid trombos, vid hematom, vid aktiv cancer, vid betydande hjärt-/lungproblem eller vid njursjukdom. Vid fibrotisering kan intensiv massage ges över de fibrotiserade områdena i handen för att mjuka upp strukturerna i handen.

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

Arbetsgrupp

Tamar Abzhandadze, Docent, Överarbetsterapeut,
Specialistarbetsterapeut, Arbetsterapi Sahlgrenska

Ingrid Andreasson, Med. Dr., Överarbetsterapeut.
Specialistarbetsterapeut, Arbetsterapi Mölndal

Johanna Blomstrand, Med. Dr., Överarbetsterapeut.
Specialistarbetsterapeut, Arbetsterapi Mölndal

Relaterad information

Informationsbroschyr: [Svullen hand efter stroke.](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Tamar Abzhandadze, (tamab1),
Specialistarbetsterapeut

Granskad av: Johanna Blomstrand, (johah5), Sektionsledare

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

Dokument-ID: SU9807-1076540875-83

Version: 14.0

Giltig från: 2025-12-12

Giltig till: 2027-12-12