

Behandlingsriktlinje tumbasartos

Både för konservativ behandling och efter kirurgisk behandling

INLEDNING

I uppdrag av specialitetsgruppen arbetsterapi har ett nätverk bildats med namngivna personer för att utveckla handrehabilitering vid länets sjukhus samt inom primärvården. Uppdraget är att skapa en evidensbaserad och framgångsrik arbetsterapi inom länets handrehabilitering och tydliggöra rehabkedjan för olika patientgrupper med handskador.

Definition

Formulering av behandlingsriktlinjer är ett led i att utveckla, strukturera och teoretiskt förankra arbetsterapi. Behandlingsriktlinjer kan användas för att förtydliga när arbetsterapeutiska interventioner kan äga rum, hur de går till och vad de syftar till. Riktlinjerna bör också förtydliga patientens nytta med interventionen och hur interventionen utvärderas (1).

Syfte

Behandlingsriktlinjer syftar till att skapa enhetliga rutiner för arbetsterapeuter inom slutn och öppen vård och att ge invånarna i Region Dalarna en jämlik och trygg sjukvård/rehabilitering baserad på kvalitet och den enskildes behov.

Syftet är dessutom att öka kunskapen hos nyanställda arbetsterapeuter, studerande, och ge berörd personal inom slutn och öppen vård, kommun och primärvård kunskap om de behandlingsinsatser arbetsterapeuten gör för den aktuella patientgruppen och på så vis underlätta samverkan mellan dessa grupper (2).

Sedan 22-08-25 finns det ett Nationellt vårdprogram för tumbasartos, framtaget av Nationellt System för Kunskapsstyrning, Hälso- och sjukvård (3). Det är ett projekt som utförts av Sveriges Regioner i samverkan. Målet med deras arbete var att skapa ett kunskapsstöd i form av ett vårdprogram, som skulle omfatta en hel vårdkedja. Vårdprogrammet har utformats för att ge vägledning för vården kring denna målgrupp, och möjliggöra god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Region Dalarnas behandlingsriktlinje har därför ersatts av detta nationella vårdprogram, där vi lyft ut den arbetsterapeutiska utredningen och behandlingen, och lagt in den i vår struktur. Programmet går att hitta i sin helhet på

[nationellt-vardprogram-for-tumbasartos.pdf \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://nationellt-kunskapsstod.se/nationellt-vardprogram-for-tumbasartos.pdf)

Vid tumbasartos innebär grundbehandling vård i primärvården, hos allmänläkare eller arbetsterapeut/fysioterapeut. Syftet är att minska smärta i tummen, bibehålla rörlighet och

styrka, förhindra stelhet med adduktionskontraktur av tummen samt underlätta för patienten i vardagsaktiviteter.

Socialstyrelsens nationella riktlinje för rörelseorganens sjukdomar samt Svenska Artrosregistret (tidigare Bättre Omhändertagande av Artros, BOA) poängterar vikten av information och råd som grundläggande behandling.

Behandlingen kan delas in i 3 nivåer enligt Bild1:

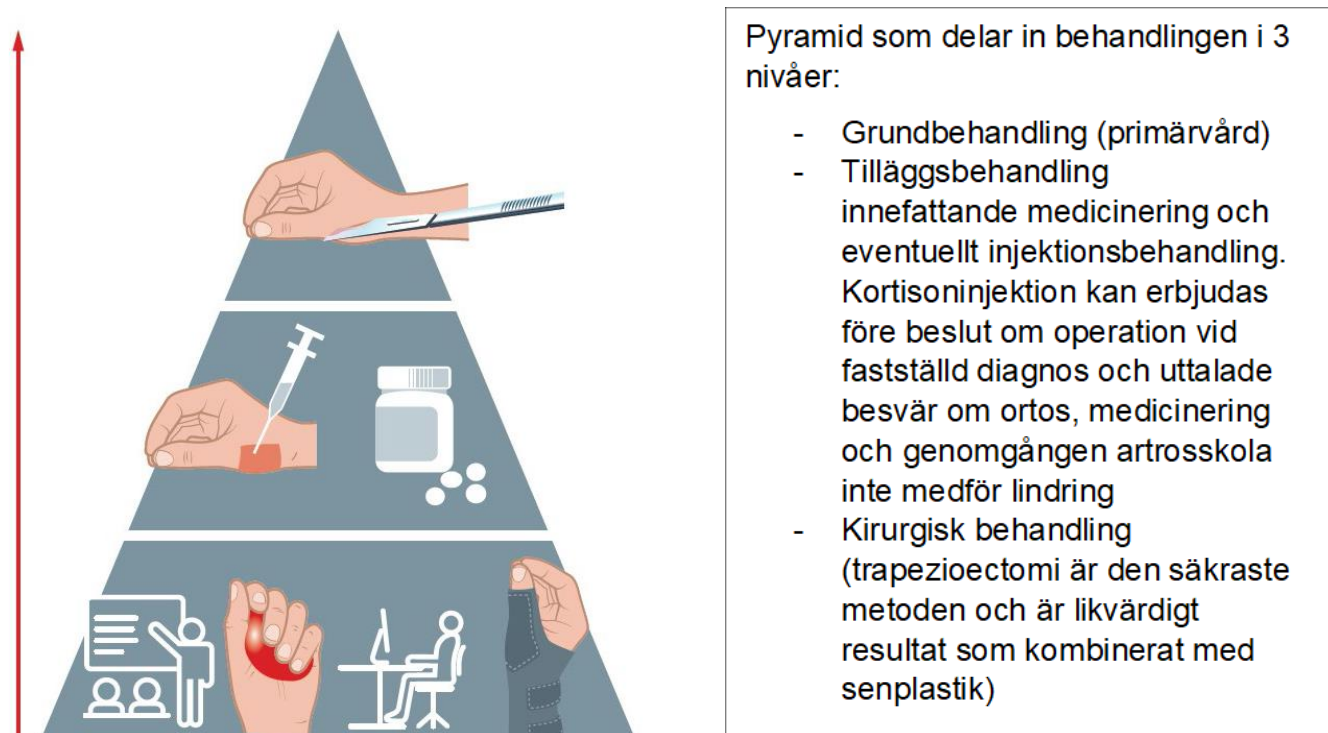


Bild 1. Behandlingspyramid vid artros, illustrerad av Jakob Robertsson.

MÅLGRUPP

Målgruppen är patienter med diagnosen tumbasartros, såväl konservativt behandlade som opererade, som söker eller ordineras arbetsterapeutisk behandling.

Kroppsfunction

Tumbasartros är en manifestering av ledsjukdomen artros i tummens carpometacarpalled (CMC I). Denna led utgörs av basen på metacarpale I, vilken bildar en sadelformad ledyta mot trapezium (därför benämningen sadelled) (Bild 2). Den unika anatomin möjliggör rörlighet i flera frihetsgrader; flexion, extension, adduktion, abduktion och opposition. Tummen anses vara handens viktigaste finger och sägs stå för omkring 40 % av handens greppfunktion.

Patogenesen vid artros är komplex och inte fullständigt känd men såväl genetiska, mekaniska, inflammatoriska och metabola faktorer anses ligga bakom sjukdomsutvecklingen. Hög ålder är den största riskfaktorn för utveckling av tumbasartros. Sjukdomen drabbar särskilt kvinnor efter klimakteriet och är ungefär dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män.



Bild 2. Röntgenbild från Läkartidningen 15/2019 "Vanliga tillstånd i hand och handled, del 1"

En radiologisk förekomst på 15% i den allmänna befolkningen har rapporterats, 33% hos kvinnor efter klimakteriet och över 90% hos individer över 80 år. Ibland finns även artros i leden mellan scaphoideum, trapezium och trapezoideum (STT-leden). Det finns ett starkt samband mellan tumbasartros och fingerledartros.

Sjukdomen kännetecknas av en successiv nedbrytning av ledbrusket. Därtill uppkommer inflammation i ledkapsel och synovia. Subkondralt ben förhårdnar (skleros) och nya benutskott bildas vid ledyttekanter(osteofyter). Sjukdomssymtom uppstår vid tumbasen med värk, belastningssmärta, svaghet och stelhet som försämrar handfunktionen.

Kliniska fynd/ symptom:

- Palpationsömheter över tumbasen (CMC-I-leden) är ofta det mest typiska fyndet. Vid samtidig artros i STT-lederna förekommer palpationsömheter även över dessa leder
- Svullnad och värmeökning runt tumbasen kan förekomma
- Smärta vid provokation av CMC-I-leden.
- Nedsatt rörlighet i tumbasen med adduktionskontraktur och svårighet att öppna upp tumme pekfinger greppet, som ger en upplevelse av att "tummen sitter mitt i handen".
- I avancerade fall uppstår kompensatorisk översträckning av metacarpophalangealleden (MCP-I), så kallad svanhalstumme eller Z-felställning (Bild 3).



Bild 3 svanhalsdeformitet med adduktionskontraktur i CMC-leden
(bild tagen av C Sollerman)

- Framträdande knöl/puckel dorsalt vid tumbasen. Beror på subluxation av CMC-I-leden. Är likt adduktionskontraktur en sen manifestation.
- Smärta och nedsatt kraft vid test av tum-pekfingergreppet.
- Smärta kring tumbasen som ökar vid och efter belastning. Smärtutstrålning till tumme, handled, underarm.
- Stelhet. Morgonstelhet kan förekomma men är inte specifikt för tumbasartros
- Svårighet att öppna upp greppet mellan tumme och pekfinger, adduktionskontraktur.
- Utvecklingen av tumbasartros är ofta smygande med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall, varför patienten oftast inte söker vård tidigt i förloppet.

Aktivitet och delaktighet

Symtomen från CMC-1 leden ger rörelserelaterade funktionshinder och smärta. Flertalet patienter får förändrade förutsättningar på aktivitetsnivå med svårigheter att kunna hantera och utföra olika vardagliga aktiviteter. Detta kan i sin tur påverka möjligheten till delaktighet i aktiviteter.

Den artrosdrabbade patienten får ofta svaghet i tum-pekfingergreppet. Det innebär svårigheter att exempelvis utföra moment som att vrida en nyckel, greppa en pärm eller ett mjölkpaket. Det är också vanligt med huggsmärta vid belastning, till exempel vid öppnande av ett burklock.

Omgivning

Den fysiska miljön ställer krav på den fysiska förmågan att klara av att utföra aktiviteter. Men det kan också finnas krav från omgivningen, exempelvis från arbetsledare/chef eller familj, som kan påverka.

BEHANDLINGSMÅL

Målet med behandling för såväl konservativ behandling som efter operation, syftar till att på sikt uppnå patientspecifika målvärden, öka nöjdhet, minska vilovärk, belastningssmärta och reoperationsfrekvens samt förbättra upplevd kraft i tumgreppet.

En smärtfri hand med så god funktion och aktivitetsförmåga som möjligt. Prioritera stabilitet och smärtfrihet framför maximal rörlighet.

Patienten ska få tillgång till anpassad och saklig information, så att patienten kan göra ett välgrundat ställningstagande kring egenvård. Informera ska innefatta förväntat sjukdomsförlopp och att det är ett långt tidsperspektiv samt vilka behandlingsmöjligheter som finns.

Patient och arbetsterapeut formulerar tillsammans mål som är betydelsefulla för patienten. Det övergripandet målet bör ligga på aktivitets- eller delaktighetsnivå.

ARBETSTERAPEUTISKA ÅTGÄRDER

Bedömning

För att kunna välja lämpliga behandlingsmetoder för patienten bör en individuell bedömning ske. Val av metod för bedömning beror på syfte.

- Aktivitetsutredning – kartlägg vilka aktiviteter, grepp som upplevs som hinder. Skatta exempelvis med Canadian Occupation Performance Measure (COPM)(4) alternativt Patient Specifik Funktionell Skala (PSFS)(5).
- Bedömning av fingertoppsgrepp, det vill säga förmågan att forma och bibehålla tummens "valvbro" (Bild 4) vid obelastat och belastat grepp med "the Colditz Tear Test" .

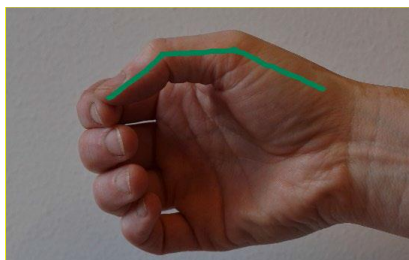


Bild 4. Tummens "valvbro". Foto taget av Ann-Charlotte Lindström

Testet går ut på att bedöma hur patienten greppar utan att få instruktioner om tummens optimala position. Testet visar också hur mycket belastning tummen klarar innan någon av

lederna ger vika och valvet "kollapsar". Testen kan användas till att anpassa träningsupplägg och val av ortos. <https://youtu.be/UBrluuIV6F8>

- Mätning av öppningsgrepp för att kunna följa en eventuell utveckling av adduktionskontraktur eller påvisa skillnad mellan händerna enligt (6)
- Smärtskattning med till exempel numerisk skala (NRS), innebär att patienten graderar sin smärta mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta) (7).

Rekommenderad skattning av:

- smärta vid aktivitet/belastning
- smärta vid rörelser
- smärta i vila
- sömnstörande smärta.

– Diagnostisering

Diagnoskriterier för tumbasartros är

- anamnestiska uppgifter om belastningssmärta eller värk vid tumbasen
- lokal ömhet
- smärta vid belastning och/eller svaghet i tumgreppet.
- Typiskt är smygande debut och omväxlande perioder av försämring och förbättring.
- Positiv grinding test: undersökaren fattar tag om metacarpale I och roterar benet i leden under samtidigt tryck. Ett positivt test indikeras av plötsligt skarp smärta.
[CMC Grind Test-Thumb - YouTube](#)
- En annan testmetod är att undersökaren fattar tag om metacarpale I och för benet fram och tillbaka i radial/ulnar riktning. Testet är positivt om det framkallar smärta. Vid båda testerna kan det förekomma krepitationer som ett tecken på artros.
- Röntgenundersökning kan vara ett stöd i diagnostisering av tumbasartros men i typiska fall kan diagnosen ställas utan röntgenundersökning.

– Differentialdiagnoser

- Mb de Quervain (radial handledssynovit). Ger ömhet över det första dorsala senfacket och smärta vid Finkelsteins test, vilket innebär en forcerad ulnardeviation med flekterad tumme.
 - STT-ledsartros. Ger ofta rörelsesmärta i handleden och smärta vid forcerad radialdeviation i handleden.
 - Reumatoid artrit.
 - Ovanliga: Septisk artrit, gikt, psoriasisartrit.
-

Intervention

-Kroppsfunction

Råd om handträning bör erbjudas då sådan kan förväntas ge smärtlindring, något minskad stelhet samt ökad handstyrka. Träningen inleds med uppvärmning som övergår i övningar för rörlighet och avslutas med träning för handstyrka. Motstånd och träningsintensitet bör anpassas och ske med försiktig start. Träningen kan utföras som egenvård efter att programmet anpassats till individen.

Syftet med träningen är att behålla rörlighet och stärka muskulatur som motverkar adduktionskontraktur samt öka styrka och stabilitet i grepp. Träningen kan därmed bidra till att patienten kan klara vardagens aktiviteter bättre.

Om båda händerna skall tränas bör träningen delas upp på en hand i taget för att patienten skall kunna hålla fokus på handen. Träningen bör inledas med uppvärmning av händerna. Exempel på uppvärmning kan vara att smörja in händerna med en handkräm eller att ge yttre värme som paraffinbehandling eller värme på annat sätt. Handträningen bör inkludera rörlighet i tumme och fingrar, styrka i extensorer, fingrarnas greppstyrka samt stabilitet i handled, CMC I och MCP I. Träningen avslutas med stretchning av handen. Som motstånd vid styrketräning kan gummiband och slowfoam/träningsdeg användas. Genom att träna tummen i extension och abduktion med lätt flekterad IP- och MP-led tränas rätt muskulatur för att uppnå bästa resultat. Vid träning med motstånd bör patienten träna på ca 60 % av sin maxstyrka. Vid träning av rörelseuttag kan rörelserna smärta något medan styrketräning bör utföras till smärtgräns. Träningsprogram (bilaga 1-2) baseras på vetenskaplig studie och europeiska rekommendationer.

– Aktivitet och delaktighet

Syftet med ergonomisk arbetsteknik är att fördela belastningen på fler leder i handen och därmed minska belastningen på enstaka leder, vilket borde gynna utvecklingen av artrosförloppet. Information och rådgivning kan ske i grupp via artrosskola, men patienten bör även erbjudas individuellt besök hos arbetsterapeut/fysioterapeut för att möjliggöra att praktiskt pröva produkter och tekniker utifrån individens specifika problem. Syftet är att öka kunskap om sjukdomen, egenvårdstekniker och förbättra förmågan att utföra vardagliga sysslor.

Exempel på ergonomisk rådgivning:

- Arbeta och lyft nära kroppen.
 - Fördela belastningen över flera och stora leder.
 - Arbeta med två händer i stället för en om det är möjligt.
 - Använd om möjligt helhandsgrepp i stället för små fingertoppsgrepp.
 - Variera grepp och ta pauser i aktiviteten.
 - Arbeta med stabil och rak handled för att få ut mesta kraft.
-

- Använd handvänliga redskap med stora grepp och antihalkmaterial (genom att öka friktionen behövs mindre kraft från handen)
- Genom att skjuta eller dra föremål minskas belastningen på lederna
- Genom att utnyttja hävstångsprincipen, genom redskap, behövs mindre kraft från handen.

Förslag på olika grepp som avlastar tummen, Bilaga 3

-Omgivning

Val av ortos bör göras utifrån patientens specifika problem och behov i samråd med patienten. Patienten kan behöva flera olika ortoser, beroende på vilket syfte och vilka aktiviteter de vill utföra. Ordinationen bör följas upp med återbesök för att utvärdera effekten av ortosbehandling samt anpassa till patientens individuella behov, se Bilaga 4.

Syftet med ortos kan vara att smärtlindra, förebygga utveckling och korrigera felställning samt förbättra aktivitetsförmåga. Det finns olika typer av ortoser från mjuka följsamma till mer stabila prefabricerade samt individuellt utformade ortoser med olika stabilitet i plasten. Det finns ortoser som passar bättre dagtid, tänkta att användas i aktiviteter samt ortoser för natten som kan formas för att finna ett smärtfritt läge i lätt abduktion.

Vilken typ av ortos och grad av stabilitet som behövs avgörs av patientens individuella problematik:

- Var instabilitet respektive smärta finns i tummens olika leder.
- Vilken kraft som krävs av handen i aktiviteten.
- Vad patienten föredrar och upplever smärtlindrande och bekvämt.
- Begynnande adduktionskontraktur.

Det är av stor vikt att patienten får god kunskap om hur en mjuk aktiv ortos appliceras på handen. Då ortosen appliceras bör patienten placera tumtoppen mot radialsidan på pekfingertoppen för att forma tummens valv (enligt Bild 4) för att få en bra greppfunktion.

Bandet runt tummen justeras så att tummens valv optimeras och ortosen ger ett lätt lyft under MP-leden. Ordination av ortos bör följas upp för utvärdering. Det vetenskapliga underlaget visar att både en stabil, individanpassad eller mjuk prefabricerad ortos har god effekt samt att ortos kan väljas beroende på problematik och hur och när patienten skall använda den. Ordination av ortos bör positionera tummen i ett gynnsamt läge och minimera störningar av handfunktionen. Vid nattlig smärta, och för att förhindra en vidare utveckling av adduktionskontraktur kan en nattortos ordinerars. Syftet med nattortos är att smärtlindra samt att långsam töja tummens adduktormuskel. Vid en kontraktur kan en gradvis justering göras till mer abduktion. Det är viktigt att vara uppmärksam på MP-leden position i ortosen och för

att undvika hyperextension. Fördjupat vetenskapligt underlag finns i det nationella vårdprogrammet.

Det finns begränsat vetenskapligt underlag som undersökt olika kombinationer av ortosbehandling, information om ledskydd, paraffinbehandling och handträning under en behandlingsperiod. Kombinationsbehandling tycks ha bättre effekt än enstaka åtgärder.

Kirurgisk behandling

Kan vara aktuellt om ej tillräcklig effekt av grund- och tilläggsbehandling, både vilovärk och belastningssmärta och/eller röntgenologisk artros långt framskriden artros (adduktionskontraktur utgör inte kontraindikation för operation).

-Preoperativ intervention

Samtliga patienter bör erbjudas en tidig kontakt med arbetsterapeut/fysioterapeut preoperativt eller i samband med operationen. Evidens finns för att preoperativ information har positiv effekt med minskad oro och smärta. En patient som är välinformerad och förberedd är troligen mindre orolig och har bättre förutsättningar att aktivt delta i rehabiliteringen efter kirurgi. Patienten kan även få mer realistiska förväntningar på resultatet och ha möjlighet att planera framåt för dagliga rutiner och arbete.

-Postoperativ intervention

Trots att tumbasartros är vanligt förekommande, finns begränsad vetenskaplig evidens för hur patienterna bäst bör rehabiliteras efter operationen. I brist på entydig evidens presenteras här ett rehabiliteringsprogram där expertgruppens kliniska erfarenheter kompletterar de luckor där det vetenskapliga kunskapsläget är otillräckligt.

En kombination av behandlingar såsom ortos, rörelseträning samt anpassad användning av handen i vardagen är det som rekommenderas. Det vetenskapliga underlaget stödjer både ortos och anpassad träning. Det är viktigt att identifiera patienter med riskfaktorer, de bör erbjudas täta rehabiliteringskontakter.

Rekommendation för arbetsterapeut/fysioterapeut i nära samarbete med opererande läkare:

Under immobiliseringstiden:

- Rörelseträning syftar till att reducera ödem och förebygga stelhet i kringliggande leder. Rörlighet bör tas ut regelbundet varje vaken timme i de delar av handen/armen som inte immobiliseras av gipsförband. Till exempel genom att träna fingrarnas knyt- och sträckförmåga i kombination med "armar uppåt sträck". Handsvullnad bör även förebyggas med hjälp av högläge av handen.

Besök hos arbetsterapeut/fysioterapeut, tre veckor efter kirurgi:

Besöket sker i samband med avlägsnande av gips och suturtagning.

Bedömning av handfunktion bör ske vid varje besök och bör innefatta bedömning av

- svullnad: Volumeter/måttband (5)
- rörlighet: dig 1, dig 2–5, handled, mäts enligt HAKIR (4), Cylindermått (8)
- smärta: NRS (5)
- sensibilitet, Semmes-Weinstein monofilament, 2pD (4)
- ärr: klinisk bedömning ev keloidbildning, adherenser (9)
- ADL-förmåga: ex vis COPM (4), PSFS (5), Quick-Disability A...QDASH (10)

Åtgärder:

- Behandling med ortos syftar till att ge tillräckligt stöd av operationsområdet och därigenom optimera förutsättningar för läkning och återhämtning. Patienten förses med en prefabricerad eller individanpassad ortos som ger ett gott stöd för operationsområdet och tummens MCP-led samt ett visst stöd för handleden se bilaga 4. Ortosen används dag och natt fram till återbesök fem veckor postoperativt men tas av för rörelseträning och handtvätt.
- Vid en adduktionsfelställning i tummen med en sekundär hyperextension i MCP-leden kan en abduktionsortos behöva tillverkas som håller ut tummen i en mer funktionsvänlig position som används nattetid. se bilaga 8-9
- Svullnad/ödem – ge information om ödemprofylax, se Bilaga 10.
- Rörelseträning syftar till öka rörligheten med bibehållen stabilitet i operationsområdet. Träningen bör anpassas för att prioritera stabilitet och smärtfrihet framför maximal rörlighet. Rörelseuttaget ska ske smärtfritt och maximal tillåten opposition är till fingertoppen dig tre, se Bilaga 10.
- Smärta är en naturlig del av förloppet. Om smärtan ökar analysera orsaken, efterfråga behov av analgetika, anpassa träning, aktivitetsgrad och användning av ortos
- ADL förmåga – Handen kan användas i vardagliga aktiviteter som innebär extremt lätt belastning på tummen, se Bilaga 11. Eventuellt ordinera eller ge råd om greppförstorande hjälpmedel.

Besök hos arbetsterapeut/fysioterapeut, fem veckor efter kirurgi

Bedömning av handfunktion enligt ovan. Förutom ovanstående tillkommer nu följande åtgärder:

- Fortsatt ortosanvändning dagtid, successiv avveckling nattetid beroende på smärtsituation.
 - Rörlighet – fortsatt rörelseträning enligt träningsprogram, se Bilaga 10.
 - Sensibilitet – råd om att beröra huden i operationsområdet
 - Ärr – råd att massera lätt för att motverka adherenser.
 - ADL förmåga - information om att använda handen rätt i grepp vid aktiviteter och att successivt öka belastningen. Om smärta uppstår behöver belastning och/eller träning justeras. Det är viktigt att hitta balans mellan hela dagens sammanlagda aktiviteter och
-

hemträning av handen. Nya aktiviteter förs in successivt i korta stunder och utökas efter hand. Lätt belastning är nu tillåten men bör inte överstiga smärtgränsen, se bilaga 11.

Besök hos arbetsterapeut/fysioterapeut, åtta veckor efter kirurgi

Bedömning av handfunktion enligt ovan. Förutom ovanstående tillkommer nu följande åtgärder:

- Avveckla ortosen utifrån smärtsituation och aktivitetskrav.
- Rörelseträning syftar till att använda handen rätt vid grepp, vid behov lägga till träning med träningsmassa/silikondeg.
- Planera inför återgång i arbete.
- ADL förmåga - medeltung belastning är nu tillåten men patienten bör fortsatt hålla sig under smärtgränsen, se bilaga 11

Besök hos arbetsterapeut/fysioterapeut, tolv veckor efter kirurgi

Detta besök syftar till att utvärdera resultatet av operationen. Bedömning av handfunktionen enligt ovan. Det kan ta upp till ett år innan patienten återfått styrkan så långt det är möjligt efter operationen. Oftast behöver patienterna inte träna styrka specifikt utan återfår den genom att successivt öka användningen av handen i det dagliga livet. Förutom ovanstående tillkommer vid behov följande åtgärder:

- Träning med träningsmassa/silikondeg om det inte påbörjats tidigare.
- Träning av intrinsicmuskulatur och proprioception är viktig för att få bättre finmotorik.
- ADL förmåga – ge råd utifrån handfunktion angående användning av handen i vardag och arbete. Tummen tål nu normal belastning, se bilaga 11

Rehabilitering vid komplikationer

Om komplikationer tillstöter behövs ofta tätare kontakt med patienten. Eventuella problem behöver åtgärdas tidigt för att skapa bästa förutsättningar för rehabilitering. Återremittera till läkare vid misstanke om komplikationer. En akut kontakt bör tas vid misstanke om infektion, vid smärta och /eller svullnad som inte står i proportion till ingreppet vilket kan tyda på komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS) se Behandlingsriktlinje CRPS [Behandlingsriktlinjer \(ltdalarna.se\)](https://ltdalarna.se)

Vid omfattande och kvarstående ödem krävs ingående åtgärder. Patientens möjligheter till egen träning och egna önskemål påverkar val av metod eller kombination av metoder för att behandla ödemet. Mest effektivt är aktiva rörelser och som komplement till detta kan kompressionshandske utprovas, alt ödemlindning och manuell ödemmobilisering. Ortos för optimalt avflöde kan utprovas/tillverkas vid behov. Patienten bör vara väl smärtlindrad efter operationen. När patientens aktivitetsnivå ökar är det viktigt att uppmärksamma eventuell smärta och tendenser till rörelserädsla. Psykologiska faktorer bidrar till risk för dålig prognos och innefattar katastroftänkande, depression, ångest och rörelserädsla som innebär att patienten undviker vissa aktiviteter eller rörelser. Att vara medveten om och identifiera den här problematiken är viktigt för att sätta in riktade åtgärder.

Dessutom är det viktigt att

- Informera patienten om att smärtan är en naturlig del av förloppet men att den kan förvärras av rörelserädsla och försvåra återhämtningen av handfunktionen.
- Formulera meningsfulla mål och uppmuntra patienten att använda handen i vardagliga aktiviteter.

Sensibilitet

Känslenedsättning eller bortfall av känseln i det område som innerveras av någon av de ytliga nervgrenarna från N. radialis kan förekomma som en komplikation till operationen. Patienten kan uppleva domningar eller avsaknad av känsel kring innerverat område men även allodyni/hyperestesi kan förekomma. Informera patienten om orsaken till sensibilitetsförändringen. Patienten kan uppleva domningar eller avsaknad av känsel kring innerverat område och kan då behöva råd om känselträning.

Ärr kan bidra till rörelseinskränkning. Förutom själva sammandragningen av huden är det också risk att underliggande vävnad adhererar i ärrret. Förebygg genom att:

- Hålla huden mjuk och smidig när såret är läkt.
- Tvätta, smörja och tejpa ärrret.
- Tejpning med kinesiotejp].
- Massera ärrret med och utan antiglid.
- Behandla med olika former av silikonprodukter eller zinkplåster.
- Skydda ärrret mot solen under det första postoperativa året (9)

Patientinformation för Ärrbehandling [Patientinformation \(ltdalarna.se\)](https://www.ltdalarna.se/patientinformation)

RESULTAT och UTVÄRDERING

Vid konservativ behandling bör utvärdering ske efter behov, särskilt viktigt utvärdera användning och effekt av ortos. Om utebliven effekt av grundbehandling bör patienten få hjälp att remitteras till specialiserad vård för bedömning, eventuellt föregående av aktuell röntgen.

Efter operation sker utvärdering löpande enligt fastställda rekommendationer ovan: 3 veckor, 5 veckor, 8 veckor, 12 veckor postoperativt, men anpassas efter behov.

REFERENSER

1. Regionstyrelsen i Region Skåne. Skånsk livskraft, vård och hälsa, 2002.
 2. SOSFS 1996:32. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Stockholm
 3. [nationellt-vardprogram-for-tumbasartros.pdf \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](http://nationellt-kliniskt-kunskapsstod.se/nationellt-vardprogram-for-tumbasartros.pdf)
 - 4 Law M, Polatajko H, Pollock N, McColl MA, Carswell A, Babbiste S. The Canadian Occupational Performance Measure: Results of pilot testing. Can J Occup Ther 1994;61:191-7.PSFS
 5. Patient-specifik funktionell skala, Mätmetoder, LSR (2007) [elektroniskt], tillgänglig från http://www.sjukgymnastforbundet.se/lsr_old_asp/matmetoder/index.asp
 6. HAKIR, Nationell mätmanual version 1, 2010.
<http://www.ossur.se/lisalib/getfile.aspx?itemid=23546>
 7. Vårdhandboken - smärtskattningsinstrument [internet] [uppdaterat 2021-04-01; citerat 2021-11-01] Hämtas från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/smartskattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smartskattningsinstrument>
 8. Lee SW, ZhangX. Development and validation of biodynamic model for predicting multi finger movements in cylindergrasping tasks, Ergonomics 2009 Mar;52(3): 398-406
 - 9 Björkman A, Johansson S, Rosén B. Handrehabilitering. 2023. Studentlitteratur. Lund
 10. Gummesson C, Ward MM, Atroshi I. The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (QuickDASH): validity and reliability based on responses within the fulllength DASH. BMC Musculoskelet Disord. 2006;7:44.
-

Bilaga 1

Grundbehandling – träningsprogram

- * Utför träningen tre gånger per vecka
- Smörj in händerna med handkräm i syfte att värma upp händerna innan träningen startar.

Rörlighetsträning

- Gör varje övning nedan med 10 repetitioner – öka därefter till 15 repetitioner.
- Rörelseträningen kan ske med viss smärta

	Öppningsgrepp: Startposition avslappnad hand vilande på handens ulnara sida. Abducera tummen med lätt flekterad MP och IP-led till öppningsgrepp.
	Fingertoppsgrepp: Startposition opposition dig I till II format till ett "O". Upprepa samma rörelse dig I till dig V. Lyft ut och sträck tummen och fingrar mellan varje böjning.
	Stegvis fingerböjning: Startposition fullt extenderade fingrar. Flektera fingerlederna fullt med raka MCP-leder. Flekteras sedan MCP-lederna fullt. Avsluta med att lägga tummen utanpå.

Bilaga 2

Styrketräning

- Håll position eller kraft fem sekunder, slappna av.
- Handen ska kännas trött efter träning.
- Träningen bör ske till smärtgräns



Träning för att stärka första interossemuskulaturen med gummiband: Lägg bandet runt dig V-III, vrid bandet och lägg runt dig II (så att banden bildar en åtta. Abducera dig II. Håll fem sekunder. Släpp motståndet sakta genom att adducera dig II till övriga fingrar.



Träna stabilitet i handleden: Håll ett gummiband och håll handlederna raka. Sträck det i olika riktningar, håll kvar, gå långsamt tillbaka. Behåll stabiliteten genom att hålla handlederna i samma position trots att belastningen ökar.



Träning styrka fingrar: Greppa rund något t.ex slowfoam kub, träningslera. Krama med fingrarna och var noga med att tummen inte går in i adduktion.



Stretchövning efter träningen. Övningen syftar till att bli en behaglig mjuk stretch efter träning där handen får plana ut på bordet, eventuellt med lätt tryck från andra handen.

Bilaga 3

Förslag på olika grepp som avlastar tummen (Bilderna från varsam.se)



Burköppnare "Lockpysen"



Fjädrande sax



Burk- och flasköppnare



Vinklad kniv



Liten tång/plocktång



potatisskalare med tjockt grepp

Penna med tjockare grepp
samt stödjande ortos (privat bild)Greppa med 2 händer (inte bara en hand)
(privat bild)

Bilaga 4

Informationsblad om ortos



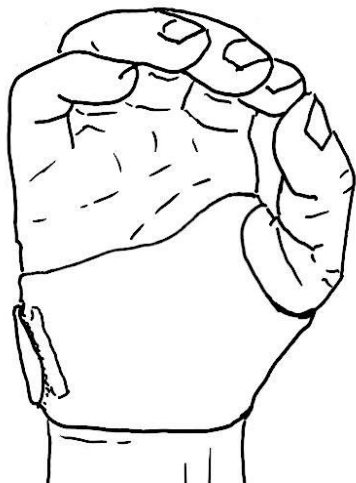
Om patienten har behov av ett kraftigare stöd kan man använda en prefabricerad tumstöd t ex Camp Vission, och fodra den med plast, om man då använder non sticky, och fäster allt med polstring på insidan så kan man efter några veckor avlägsna plasten och patienten kan fortsätta att använda bara stödet.



För lite mer stöd kan man använda Camp selection Rigid, och på den appliceras Radialis tumdel, då ger stödet ett bra stöd och efter några veckor kan man avlägsna tumdelen och patienten kan fortsätta att använda bara tumstödet.

Bilaga 5

Tumortos Typ JC



Användning: Används dagtid

Syfte:

Smärtlindrande: Motverka smärta i artrosdrabbad led vid belastning

Immobiliserade: Håller CMC-1 leden i stillhet.

Förebyggande: Motverkar felställning i CMC-1 leden

Att minska rörelsen i tummens grundled vilket reducerar den inflammatoriska processen och svullnad och smärta avtar.

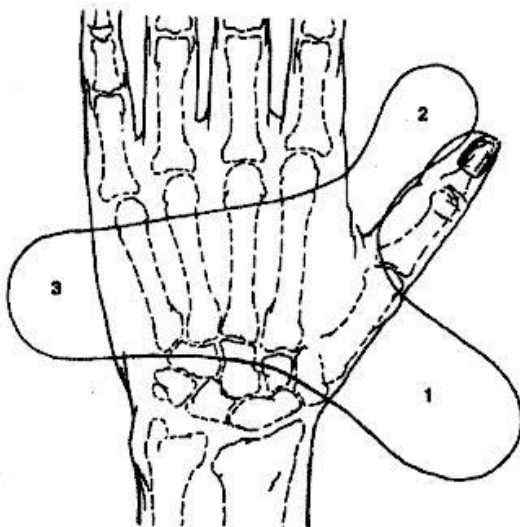
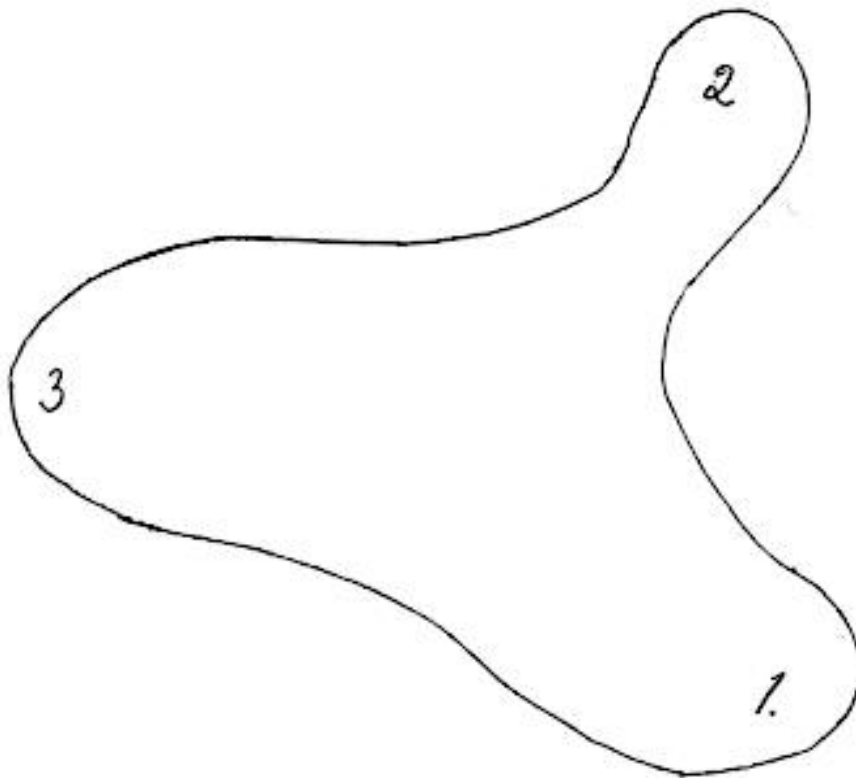
Material:

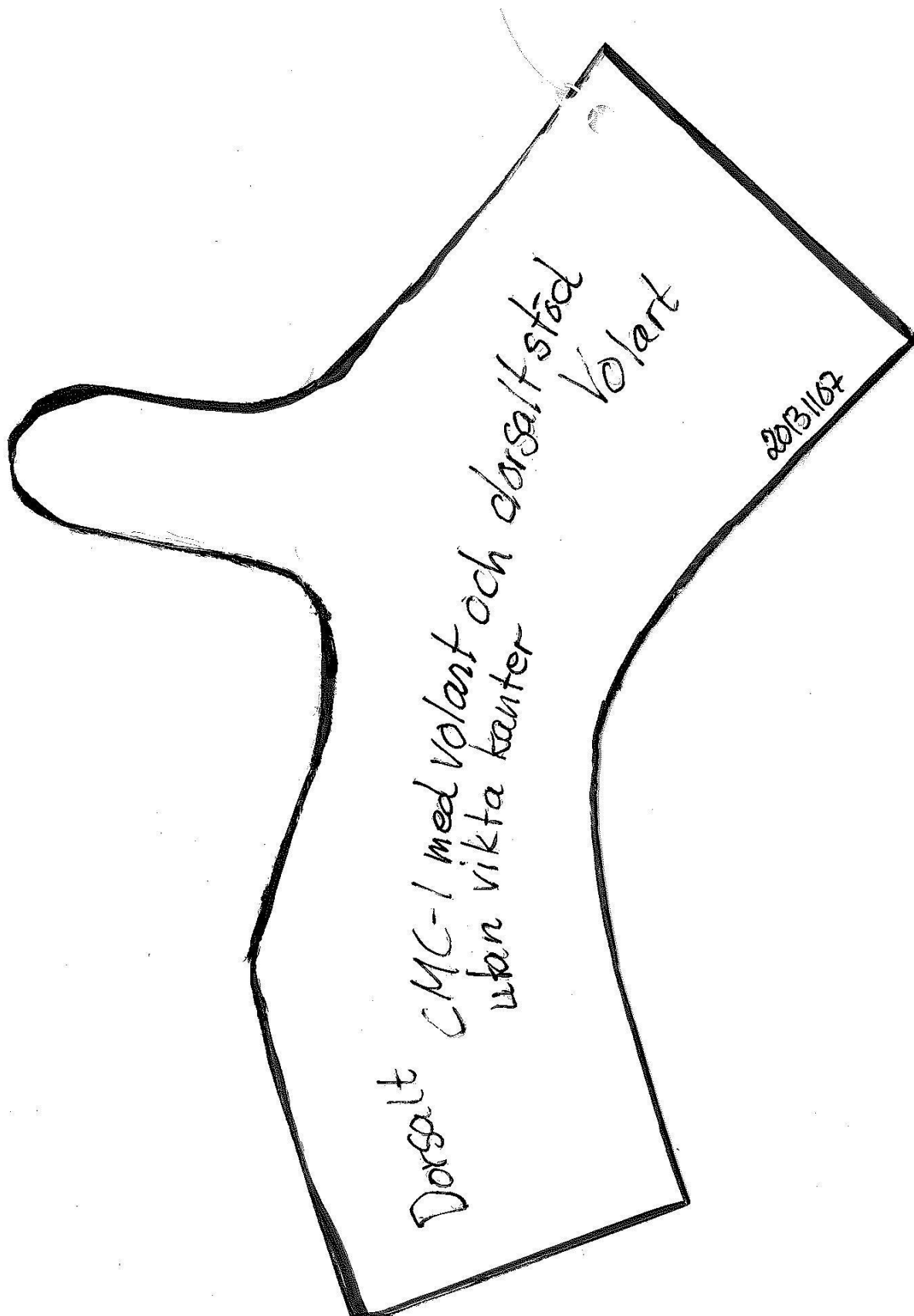
Plast: Aquaplast TM Ultraperforerad 13 % 1,6 mm Gråsvart art.nr 50334. Firma Camp alternativt Orfilight svart 1,6 mm firma Össur/Catell.

Band: Självhäftande kardborrband Svart: Självhäftande hakband 30 mm svart, Art.nr 147-26 Firma Harry Hedgren

Elastiskt svart velour 30 mm, Art.nr 90298 Firma Harry Hedgren

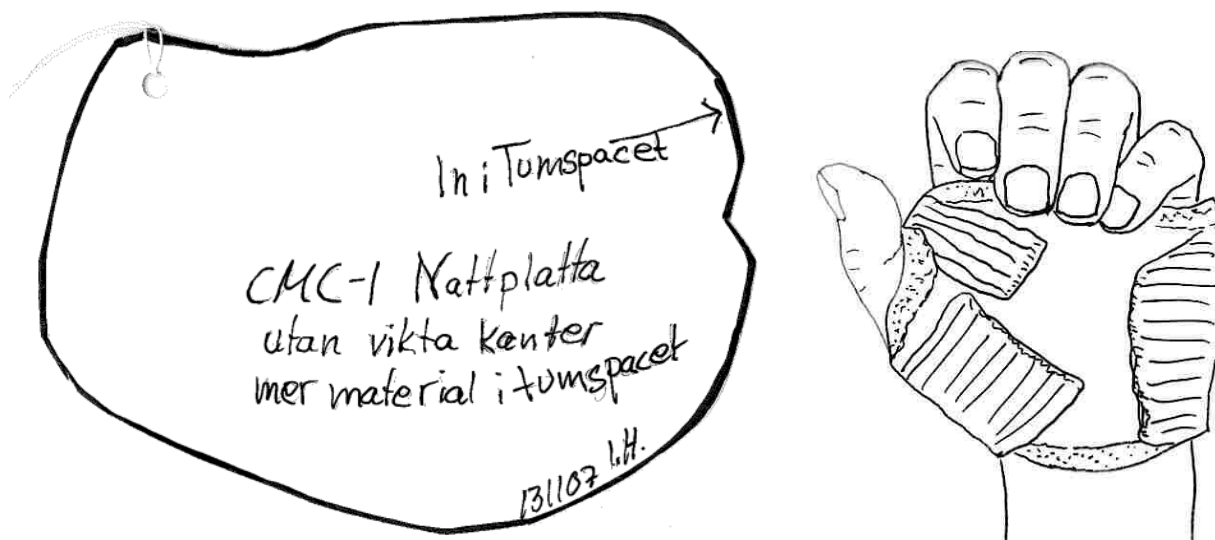
Bilaga 6
MÖNSTER TUMORTOS JC



Bilaga 7 Mall för stabilareCMC-ortos med både dorsalt och volart stöd

Bilaga 8

Mall för Nattplatta till CMC-1



Användning: Nattetid vid CMC-1 artros

Syfte:

-Smärtlindrande: motverkar smärta i artrosdrabbad led i vila

-Immobiliserade: håller CMC-1 leden i stillhet.

-Förebyggande: Motverkar felställning i CMC-1 leden typ adduktionskontraktur.

Nattortosen formas i samma syfte som dagortosen och tillåter ligamenten runt grundleden att vila och förkorta sig under natten.

Ortosen håller ut tummen i radialabducerat läge samt lätt palmarabduktion och förhindrar att tummen kommer mitt i handen.

Även lämplig att använda till opererade tummar då de ofta hamnar i adducerat läge.

Band: Maffraband Catell beige eller svart 7*500

Material: Orfit 2 mm Maxiperforerad Orfit Classic soft Catell/Össur

Polstring: Catell Fleece beige eller svart alternativt plysch från Harry Hedgren:

Bilaga 9 Mall för viloortos med stöd för tumbas, fingrarnas grundleder och handleden

Bilaga 10 Post-op rehabilitering

Träningsprogram tre till fyra veckor efter kirurgi

- Uppmana patienten att göra 10 st "armar uppåt sträck" varje vaken timme och vid behov hålla handen ovan hjärthöjd för att motverka svullnad.
- Påbörja rörelseuttag i handled/underarm och vid behov senglidningsövningar för fingrar.
- Övningarna nedan ska utföras lugnt, mjukt och jämnt med kvarhåll i uppnått läge fem sekunder, för att sedan slappna av.
- Bör upprepas 5 repetitioner/övning 6-7ggr/dag.



Uppmana patienten att först böja och sträcka IP-leden i tummen, viktigt att operationsområdet stabiliseras med hjälp av den andra handen.



Uppmana patienten att böja och sträcka både IP- och MCP-leden i tummen, viktigt att operationsområdet stabiliseras med hjälp av den andra handen och att hyperextension i MCP-leden undviks.



Be patienten att föra tumtoppen mot pekfingertoppen (som ett O) och därefter mot långfingertoppen.

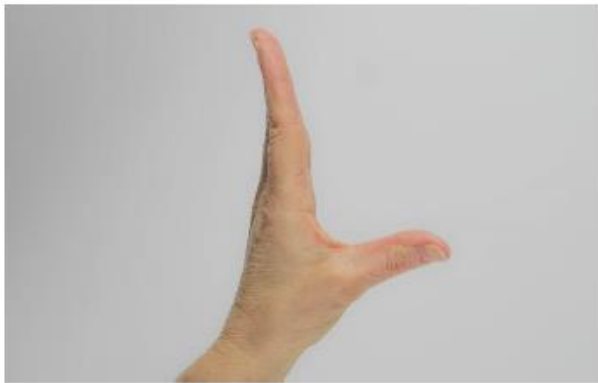
Fotograf Adam Levkvist

Träningsrekommendationer fem till sju veckor efter kirurgi

- Tillägg till tidigare övningar att utföra lugnt, mjukt och jämnt med kvarhåll i uppnått läge fem sekunder, för att sedan slappna av.
- Bör upprepas 5 repetitioner/övning 6-7ggr/dag.



Uppmana patienten att radialabducera tummen.



Uppmana patienten att palmarabducera tummen.



Uppmana patienten att radialabducera tummen med flekterad IP- och MCP-led.



Be patienten att föra tumtoppen mot ett finger i taget ända till lillfingrets fingertopp.

Bilaga 11**Råd om belastning i aktiviteter efter kirurgi**

Efter operation är det viktigt att belastningen ökas succesivt och att belastning sker under smärtgränsen. Nedan följer exempel på aktiviteter med olika belastning.

Tre till fyra veckor efter operation - extremt lätt belastning, med ortosen på:

- Hjälpa till med handen vid påklädning, till exempel justera kragen.
- Hålla smörgås.
- Plocka vissna blad på krukväxter.
- Vända blad i bok/tidning.

Fem till sju veckor efter operation - lätt belastning, med ortosen på:

- Lyfta föremål som väger cirka 0,5 kg.
- Använda handen vid dusch, bad eller ansikts-/hårtvätt. Hålla i duschhandtag. Öppna/stänga kran. Lägga make-up.
- Greppa små förpackningar.
- Torka av diskbänken, men ej vrida ur trasan.
- Skriva för hand och skriva på tangentbord vid dator.

Åtta till elva veckor efter operation – medeltung belastning, med eller utan ortos beroende på smärtsituation:

- Lyfta föremål som väger cirka 1 kg.
- Borsta tänderna utan greppförstoring.
- Hålla kopp. Använda vanlig kniv och skära kött.
- Diska för hand. Plocka i/ur diskmaskin. Använda båda händerna vid lyft av uppläggningsfat, skålar och kastruller.
- Dammsuga.

Tolv veckor efter operation - normal belastning, utan ortos, vid smärta fortsatt ortosanvändning:

- Använda handen i de flesta aktiviteter men med respekt för smärta.
- Det kan fortfarande vara svårt att lyfta stora fat, tunga stekpannor och kastruller.
- Handarbete.
- Arbeta i trädgården.
- Avvakta med bilkörning tills man känner sig säker som chaufför.