

Multipel Skleros (MS) - Fysioterapeut - riktlinje

Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Vården för personer med MS följer nationella riktlinjer och bygger på ett multiprofessionellt, teambaserat arbetssätt genom hela sjukdomsförloppet. Rehabiliteringen omfattar medicinska, psykologiska och sociala åtgärder i syfte att återfå eller bevara bästa möjliga funktion och välbefinnande, samt skapa förutsättningar för ett så normalt liv som möjligt. Den ska anpassas efter individens behov och livssituation och utgår från ett personcentrerat förhållningssätt.

Vid nydiagnostiserad MS görs bedömning och initiering av rehabiliteringen inom den specialiserade öppenvården, efter remiss från respektive medicinklinik, på regionens tre sjukhus. Rehabiliteringscentrums personal ingår i MS-teamet och arbetsterapeut och fysioterapeut träffar alla patienter inom två månader från diagnos. Vid behov erbjuds även bedömning av dietist, kurator, logoped och/eller psykolog inom en månad.

Fortsatt rehabilitering hos arbetsterapeut och fysioterapeut sker i första hand i primärvården, efter remiss från aktuell profession i specialistvården. Rehabilitering hos logoped, dietist, kurator och psykolog sker fortsatt inom specialistvården.

Vid behov av tidsbegränsad, sammanhållen teamrehabilitering kan insatser erbjudas av Rehabiliteringsmedicinska kliniken. Se *Rehabilitering vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken*.

Vid skov som kräver akut bedömning sker detta inom den specialiserade öppenvården efter remiss från medicinkliniken. Vid ineliggande sjukhusvård på grund av akut skov bedöms och behandlas patienterna av arbetsterapeut och fysioterapeut utifrån de akuta symtomen. Vid behov skickas remiss till dietist, logoped, kurator och/eller psykolog från vårdavdelningen.

I Region Jönköpings län erbjuds alla personer med MS en årlig bedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut i specialistvården. I undantagsfall, när det medicinska ansvaret ligger i primärvården, sker uppföljning vid behov där. Uppföljning hos logoped, dietist, kurator och psykolog sker alltid inom specialistvården.

Samtliga vårdnivåer ansvarar för att stödja patienten i egenvård. Patientens egenvårdsansvar kan tydliggöras i en rehabiliteringsplan, som kan upprättas på samtliga vårdnivåer och följer patienten genom vårdkedjan. Se *Rehabiliteringsplan*.

Om hälsotillståndet

Se *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom.*

Utredning

Fysioterapeuten gör en funktionsbedömning med fokus på motorik, och bedömer aktivitetsförmåga såsom balans, gång och förflyttningar. Dessutom kartläggs patientens fysiska aktivitetsnivå. Bedömningen ligger till grund för att kunna följa sjukdomsutvecklingen och för att sätta in fysioterapeutiska åtgärder vid behov, men kan även användas som underlag inför diagnostisering och vid utvärdering av medicinsk behandling. Utredning av nedanstående funktioner bör utföras. Se *Multipel skleros, status fysioterapeut samt Multipel skleros- Utvärdering av Fampyrabehandling.*

Psykiska funktioner

- Fysisk/motorisk fatigue. Fatigueskala för motorik och kognitiva funktioner (FSMC). Se *FSMC*.
- Motivation till träning.

Sinne och smärta

- Sensibilitet för beröring och proprioception övre och nedre extremitet.
- Smärta och yrsel.

Hjärt-, kärl-, och andningsfunktioner

- Vid behov: bedömning av andningsfunktion.

Neuromuskuloskeletalt och rörelser

- Ledfunktion - aktiv och passiv rörlighet.
- Koordination.
- Muskelstyrka och uthållighet.
- Muskeltonus. Se *Spasticitet*.
- Gångmönster.

Förflyttning

- Balans.
- Gång och förflyttningar, inklusive fallhistorik.
- Objektivt upplevd begränsning av gångförmåga, exempelvis enligt Gångskala vid MS (1).

Produkter och teknik

- Aktuella hjälpmedel och ortoser.

Levnadsvanor

- Fysisk aktivitet och motionsvanor. Se *Frågor om fysisk aktivitet*.

Behandling

Patientens rehabilitering ska planeras tillsammans med patienten och utgå från individens mål och behov. Målen och de planerade behandlingsåtgärderna dokumenteras i en rehabiliteringsplan, som tydliggör vilka insatser som planerats samt hur rehabiliteringsansvaret fördelas mellan vården och patienten. Rehabiliteringsplanen och den planerade behandlingen ska utvärderas vid förutbestämda tidsintervall. Se *Rehabiliteringsplan*.

Psykiska funktioner

Fatigue

MS-relaterad trötthet (MS-fatigue) är ett mycket vanligt symtom vid MS och innebär en uttalad energilöshet. Tillståndet påverkar privatliv, arbetsliv och sociala relationer. Upp till 80% av personer med MS drabbas av MS-fatigue, och det upplevs ofta som ett av de mest påfrestande symtomen att hantera (2). Det finns ett tydligt samband mellan fysisk inaktivitet och fatigue vid MS (3).

Psykisk/kognitiv fatigue yttrar sig som en överväldigande trötthet med nedsatt koncentrations- och uppmärksamhetsförmåga. Den liknar den trötthet som friska personer kan uppleva, men uppkommer tidigare och är mer ihållande, med tydligare påverkan på kognitiva funktioner (3).

Fysisk/motorisk fatigue kännetecknas av tillfälligt ökad muskelsvaghet, spasticitet eller dimsyn som uppstår efter ansträngning eller vid förhöjd kroppstemperatur. Symtomen kan vara uttalade och leda till fysiska begränsningar (3). För mer information se *MS-sällskapet*.

Åtgärder:

- Det finns vetenskapligt stöd för att **fysisk aktivitet** i många fall minskar fatigue (3). Fysisk aktivitet i kombination med utbildningsinsatser ger dessutom bättre resultat än läkemedelsbehandling (2).
- Enligt nationella riktlinjer bör hälso- och sjukvården erbjuda **kurser i hantering av MS-fatigue** samt **styrke- eller konditionsträning**, eftersom MS-fatigue påverkar personens aktivitet och delaktighet. Till skillnad från kurserna, som syftar till att förmedla strategier för att hantera och kompensera för tröttheten, är målet med träningen att minska tröttheten (2, 3). Fatiguekurser som kombinerar både fysiska och kognitiva interventioner har visat sig vara mer effektiva än kurser som enbart innehåller en av interventionerna (3). I Jönköpings län erbjuds kurser i *Fatigue Management* inom specialistvården. Ta kontakt med ansvarig arbetsterapeut på Rehabiliteringscentrum för mer information.
- **Informera patienten** om vikten av fysisk aktivitet och träning (4). Se avsnittet *Behandling - Informerande, rådgivande och undervisande åtgärder*.
- Försök att hitta **rätt nivå för träningsintensitet och fysisk aktivitet**. Om fatigue uppträder 30-60 min efter träning (när den inte fanns före aktiviteten) tyder det på att man har ansträngt sig eller tränat för mycket.

Om fatigue ökar dagen efter träning kan det tyda på att man har ett för intensivt träningsprogram (3).

- **Kyla** har positiv effekt vid fatigue genom att förbättra motorisk uthållighet och synförmåga och ger en subjektivt upplevd förbättring av både kognitiv och motorisk fatigue (3). Se avsnittet *Behandling - Sinne och smärta*.
- Vid uttalade symtom och stort rehabiliteringsbehov kan remiss skickas till Rehabiliteringsmedicinska kliniken. Remiss skrivs av läkare, men patienten kan även lämna en egenremiss via 1177. Se *Rehabilitering vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken*.

Sinne och smärta

Sensibilitet

Personer med MS kan ha förändrad känsel, vilket kan innebära både nedsatt känslighet och överkänslighet. Både ytlig och djup känsel kan påverkas, vilket kan leda till försämrad funktion, till exempel ostadig gång och nedsatt balans (5).

Åtgärder:

- **Kompensatorisk träning**, exempelvis träning av gång och balans på olika underlag (5).

Yrsel

Ungefär 2% procent av personer med MS drabbas av rotatorisk yrsel. Under sjukdomsförloppet upplever mer än 50% yrsel och obalans (6).

Åtgärder:

- **Vestibulär rehabilitering** har visat god effekt vid balanspåverkan och yrsel (6). Se *Kliniska riktlinjer för fysioterapi vid yrsel*.

Smärta

Smärta är ett vanligt och ofta handikappande symtom. Smärtproblemen kan inte behandlas isolerat utan måste ses i samband med andra symtom, såsom spasticitet, fatigue, infektioner och kognitiv påverkan. Smärta vid MS behöver inte nödvändigtvis bero på själva sjukdomen utan kan ha andra orsaker som kräver specifik behandling. När smärta orsakad av MS väl har uppstått kan den bli ett livslångt problem, vilket gör att behandling har högsta prioritet. Smärtsyndromen vid MS delas in i två huvudkategorier – nociceptiva och neurogena smärtsyndrom (7).

Åtgärder:

- Vid nociceptiv smärta bör behandlingen inriktas mot **orsaken till smärtan** med lämpliga **fysioterapeutiska interventioner**. Smärta orsakad av spasticitet behandlas med töjning eller träning. Behov av ortos kan förekomma. Justering av felaktiga rörelsemönster kan minska smärtan. TENS kan användas, och akupunktur kan ha effekt (5).
- Vid svårbehandlad smärta kan remiss skickas till Rehabiliteringsmedicinska kliniken smärtrehabilitering. Se *Rehabilitering vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken*.

Värme/kyla

Många personer med MS är känsliga för förhöjd kroppstemperatur, som kan uppstå vid ökad omgivningstemperatur eller fysisk aktivitet. Vanligtvis förvärrar värme symtomen, medan kyla ofta har motsatt effekt, men ibland kan det vara tvärtom (5).

Åtgärder:

- **Kyla** kan användas förebyggande, under eller efter aktiviteter/träning för att sänka kroppstemperaturen och effektivisera återhämtningen. Kylväst, kylkeps, kylarmband och kallt bad eller dusch kan vara effektiva sätt för att åstadkomma nedkylning. Kylhjälpmedel kan användas både inomhus och utomhus. Avkylning före träning kan minska fatigue och öka träningsvolymen. Nedkylning av den nedre delen av kroppen i 20-30 minuter ger tillräcklig effekt för att förhindra temperaturstegring under ett 40-minuters träningspass (5). Återhämtning av nervsystemet kan förstärkas med kyla i samband med vila eller kall dusch efter träning (3). I Region Jönköpings län går det inte att få kylhjälpmedel, såsom kylväst, som förskrivet hjälpmedel; patienten måste själv köpa det. Om kylvästen behövs i arbetet, kan den däremot ges som arbetstekniskt hjälpmedel. Ansökan görs hos Försäkringskassan.
- **Sval temperatur** i arbetslokal, hem eller träningslokal samt användning av lätta kläder förhindrar onödig värmestigning (5).
- **Träning i intervaller**, exempelvis 4 minuter med 3 minuters vila, samt undvikande av maximala prestationer kan rekommenderas (3, 5).
- **Styrketräning** orsakar ofta mindre kroppstemperaturökning än uthållighetsträning. Vid styrketräning rekommenderas vilopaus på 2-4 minuter mellan set och olika övningar (3).
- **Vila** i anslutning till avslutad träning, gärna i liggande position, så att puls och kroppstemperatur kan sjunka (3).

Hjärt-, kärl-, och andningsfunktioner

Respiration

Hos personer med MS kan andningsmuskulaturen påverkas, vilket bidrar till nedsatt andningsfunktion. I senare sjukdomsstadier kan ytlig andning leda till talsvårigheter samt ökad risk för återkommande luftvägsinfektioner (5).

Åtgärder:

- **Fysisk aktivitet** har stor betydelse för lungvolymen. Ju mer upprätt kroppsställning och ju högre aktivitetsnivå, desto större ökning av lungvolymen (8).
- **Rörlighetsträning**, såsom sidböjningar och rotationer av bålen samt stora armrörelser i kombination med djupa andetag, rekommenderas. Generellt aktivt rörelseuttag av leder och muskler bör eftersträvas. Vid nedsatt förmåga att utföra rörelser aktivt kan rörlighetsträningen genomföras passivt. Passiva rörelser av armar och ben har visat sig reflexmässigt öka ventilationen (8).

- **Andningsträning med PEP** kan användas för att öka ventilationen samt i sekretmobiliserande syfte (8).
- **Träning av andningsmuskulaturen** kan bidra till förbättrad funktion samt minska risken för respiratoriska komplikationer (8).
- Vid svårigheter att mobilisera slem kan hjälpmedel såsom **hostmaskin** (CoughAssist) vara nödvändigt. Se *Hostmaskin*.

Konditionsträning

Enligt FYSS finns evidens för att personer med MS är mindre fysiskt aktiva och har sämre kondition jämfört med den friska befolkningen. Nedsatt kondition hos personer med MS är associerad med försämrad kognitiv förmåga, minskad muskelstyrka, nedsatt gångförmåga, lägre hälsorelaterad livskvalitet samt högre sjukdomsgrad (9).

Åtgärder:

- Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att **aerob fysisk aktivitet**, utförd 2-3 gånger per vecka under 30-60 minuter med minst måttlig intensitet (cirka 55% av VO_2max), leder till förbättrad kondition (9).
- Rekommenderad aerob fysisk aktivitet vid lindrig till måttlig MS motsvarar de allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet (4):

AEROB fysisk aktivitet			MUSKELSTÄRKANDE fysisk aktivitet			
Intensitet	Duration min/vecka	Frekvens dagar/vecka	Antal övningar	Repetitioner	Set	Frekvens dagar/vecka
Måttlig	Minst 150	3-7	8-10	8-12	1-3	2-3
eller						
Hög	Minst 75	3-5				
eller						
Kombinerad måttlig och hög intensitet i minst 90 min/vecka, t ex 30 min, 3 dagar/vecka						

Måttlig intensitet: 40-59% VO_2R , RPE 12-13. Hög intensitet: 60-89% VO_2R , RPE 14-17. $VO_2R=VO_2max-VO_2$ i vila. Med 8-12 repetitioner avses den högsta belastning som kan lyftas genom hela rörelsebanan 8-12 gånger, dvs 8-12 RM (repetitionsmaximum).

- Olika träningsformer kan med fördel kombineras för att möjliggöra längre sammanhängande träningstid, exempelvis 10 minuter cykling följt av 10 minuter rodd. Exempel på lämpliga träningsredskap är motionscykel, roddmaskin, stakmaskin, crosstrainer, armcykel och löp- eller gåband. Vid koordinations- och balanssvårigheter kan träning på motionscykel, arm- eller bencykel samt bassängträning utgöra lämpliga alternativ.
- För träningstips se avsnittet *Behandling - Informerande, rådgivande och undervisande åtgärder*.

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

Styrketräning

Åtgärder:

- Studier visar att olika former av **styrketräning** förbättrar muskelstyrkan hos personer med MS (5). Det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att övervakad, progressiv styrketräning utförd 2-3 gånger per vecka med en belastning motsvarande 8-15 RM under 8-20 veckor, leder till förbättrad muskelstyrka (9).
- Rekommenderad muskelstärkande fysisk aktivitet vid lindring till måttlig MS motsvarar de allmänna rekommendationerna för fysisk aktivitet (4). Se avsnittet *Behandling - Hjärt-, kärl-, och andningsfunktioner*.
- På Rehabiliteringscentrum i Jönköping erbjuds en styrketräningsgrupp för personer med MS. För mer information, kontakta ansvarig fysioterapeut.

Spasticitet

Spasticitet innebär en ökad muskeltonus till följd av skador i det centrala nervsystemet. Tillståndet kan leda till nedsatt rörlighet i armar och ben, vilket försvårar förflyttningar samt personlig hygien och omvårdnad. Spasticitet kan även orsaka smärta och bidra till utveckling av trycksår, vilket ytterligare försämrar livskvaliteten. Hos många personer med MS blir rörelseinskränkningen och funktionsnedsättningen uttalad. Svår, funktionsnedsättande spasticitet vid MS förekommer i stort sett uteslutande vid progressiv sjukdom (2).

Åtgärder:

- **Informera patienten** om spasticitetens bakomliggande mekanismer samt om faktorer som kan påverka spasticitetens grad. Se *Spasticitet*.
- **Långvarig muskeltöjning** kan utföras en eller flera gånger dagligen. Metoden kan kombineras med spasticitetsreducerande läkemedel samt andra fysioterapeutiska behandlingsmetoder. Klinisk erfarenhet visar att töjningens längd bör anpassas individuellt (5):
 - Förhöjd reflexaktivitet eller begynnande spasticitet, med bibehållen eller endast lätt nedsatt viljemässig muskelaktivitet:
30 sekunders töjning, upprepad tre gånger.
 - Tydlig spasticitet:
Minst 3 minuters töjning.
 - Uttalad spasticitet och tydligt nedsatt viljemässig muskelaktivitet:
30 minuters kontinuerlig töjning.
- Övre extremiteten behöver ofta töjas i sin helhet för att uppnå maximal effekt, eftersom lederna påverkar varandra. Exempelvis placeras axelleden i flexion och lätt abduktion, armbågen i extension, handleden i dorsalflexion samt fingrarna i extension (5).
- Personer med spastisk muskulatur bör erbjudas ett **individuellt anpassat träningsprogram** med övningar för att bibehålla och öka rörlighet.
- Patienten kan även informeras om **lämpliga vilopositioner** som kan bidra till att reducera spasticitet. Se *Vilopositioner*.

- Svår spasticitet i enstaka eller flera muskler i arm eller ben behandlas ofta med intramuskulära injektioner av **botulinumtoxin** (2). Den farmakologiska behandlingen bör kombineras med rehabiliterande insatser i syfte att förbättra styrka, rörlighet och aktivitetsförmåga. Se *Spasticitet*.
- Vid behov ska remiss skickas till tonusmottagningen. Se *Spasticitet*.

Rörlighet

Motstånd vid passiva muskelrörelser beror inte enbart på neurala mekanismer. Muskler som immobiliseras blir kortare och styvare, och studier har visat att personer med MS kan uppvisa biomekaniska förändringar i skelettmuskulaturen (5).

Åtgärder:

- **Ta ut ledrörlighet** i samtliga leder i påverkade kroppsdelar, antingen aktivt med stöd eller passivt, med regelbunden kontrakturprofylax och töjning. Tänk på att olika kroppspositioner kan påverka spasticitet och därmed underlätta eller försvåra rörelseuttag. Se *Vilopositioner*.
- Aktivera och stimulera patienten att **använda den påverkade kroppsdelan i aktivitet**.
- Erbjud **hemträningsprogram** med rörlighetsövningar. Se *Centrum för neurologi*.

Koordination

Ataxi kan förekomma hos personer med MS. Med ataxi avses svårigheter att reglera rörelsers omfång, riktning, hastighet och kraft. Ataxi kan leda till nedsatt balans, försämrad proximal stabilitet samt svårigheter att utföra välkoordinerade rörelser i extremiteterna, särskilt vid excentriskt arbete och rörelser som kräver precision (5).

Åtgärder:

- **Rörelseträning med inslag av koordination**. För övre extremiteterna kan övningar som kräver precision användas och för nedre extremiteter kan olika stegkombinationer provas (5).
- **Balansträning** bör genomföras vid symtom från benen. Träningen ska ske kontrollerat med bred understödsyta för att säkerställa stabilitet. Vid träning av personer med ataxi är det viktigt att utgångsställningen är stabil (5).
- **Styrketräningsapparater** kan användas. Målet är att patienten ska kunna utföra kontrollerade rörelser under belastning. Tyngdöverföringar kan tränas både i sittande och stående (5).
- **Vikter runt handleden** har prövats för att förbättra koordinationen, men har visat begränsad effekt (5).

Förflyttning

Förflyttning

Åtgärder:

- **Träning av förflyttningsförmåga** kan omfatta vändningar i säng, uppresning till sittande och stående samt förflyttning mellan säng, stol och rullstol. Träningen kan även inkludera gång, trappgång, löpning, förflyttning med rullstol samt förflyttning i och ur bil och till och från golv. Det är av vikt att patienten upplever trygghet under momenten, och vid behov kan hjälpmedel användas.

Gång

Gångförmågan vid MS varierar mellan individer och över tid. Begränsningar kan förekomma i gånghastighet, steglängd, maximal gångsträcka, gångkvalitet och balans (2). Muskulär svaghet och uttröttbarhet i nedre extremitet kan påverka gångmönster och gångsträcka. Spasticitet, känselbortfall och ataxi kan också bidra till nedsatt gångförmåga.

Åtgärder:

- Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda **gånginriktade rehabiliteringsinsatser, inklusive konditions- och styrketräning**, till personer med MS och nedsatt gångförmåga (2).
- **Aerob träning**. 30 min, 3 gånger per vecka, 6-8 veckor. Exempelvis gång på löpband, cykling, crosstrainer. Det finns evidens för förbättrad gånghastighet, steglängd och gånguthållighet vid mild till måttlig MS (10).
- **Funktionell och kombinerad träning**. Studier visar att kombinerade träningsprogram som inkluderar aerob träning, styrketräning och balansträning leder till förbättrad gångförmåga och gånguthållighet, minskad fatigue samt förbättrad livskvalitet. (11).
- **Uppgiftsspecifik gångträning**. Variera hastighet och riktning, inkludera sidosteg, baklängesgång och vändningar. Gångträningen både i säkra, kontrollerade miljöer (t.ex. barr eller gåband) och i varierade miljöer, inklusive trappgång. Fokusera ska ligga på att normalisera gångmönstret under både stöd- och pendelfas samt att bibehålla gångsymmetri (5).
- **Träningsprogram** kan innefatta övningar för tonusreduktion, styrka, uthållighet och hållning i kombination med tyngdöverföring (5).
- Vid behov **utprovning av ortoser** (t ex droppfotsortos) eller **gånghjälpmedel**. Se *Behandling - Produkter och teknik*.
- Vid besvär med uttröttbarhet vid gång: Tipsa om **intermittenta pauser** för att förlänga gångsträckan. Personer med nedsatt gångförmåga upplever ofta inte bara motorisk fatigue, utan även kognitiv fatigue vid fysisk ansträngning. Vid mer krävande gångsträckor är det därför viktigt att återhämta sig med vilopauser eller att använda **förflyttningshjälpmedel** (3). Se *Behandling - Psykiska funktioner*.

Balans

Balansen är ofta påverkad hos personer med MS och kan bero på flera faktorer. För att upprätthålla koordinerade rörelser och balans krävs samspel mellan flera sensomotoriska system, inklusive visuella, vestibulära och proprioceptiva system som tillsammans möjliggör kroppens anpassning till förändringar i omgivningen (5). Personer med MS har en ökad risk för fall och förekomsten av fall är särskilt associerad med primärprogressiv MS, manligt kön och lägre ålder (9).

Åtgärder:

- **Träning av balans** omfattar både multisensoriska och motoriska strategier, styrketräning samt uthållighetsträning. Balansträning bör även inkludera bålstabilitet, övningar med dubbla uppgifter (dual tasking) och aktiviteter i varierande miljöer. Balansträning kan utföras både individuellt och i grupp (5).
- *Statisk balans* behövs för att kunna bibehålla en upprätt ställning i stillastående och kan tränas genom att hålla olika positioner under en viss tid
Dynamisk balans behövs för att kunna bibehålla en upprätt ställning under rörelse. Träning av dynamisk balans kan varieras genom att öva med kroppen i rörelse på fast underlag, med kroppen stilla på rörligt underlag eller med kroppen i rörelse på rörligt underlag.
Statisk och dynamisk balans kan tränas med både öppna och slutna ögon, med bred eller smal understödsyta samt på olika typer av underlag (5).
- **Dual tasking**, det vill säga att utföra flera uppgifter samtidigt, kan vara särskilt utmanande för personer med MS. Det kan till exempel vara svårt att gå samtidigt som man utför en kognitiv eller motorisk uppgift. Svårighet med dual tasking kan leda till ostadighet och ökad risk för fall (5). Exempel på dual-task träning är att gå samtidigt som man räknar baklänges, bär en kopp eller sparkar boll.
- Erbjud **hemträningsprogram** med balansövningar. Se *Centrum för neurologi*.

Produkter och teknik

Rådgivning, utprovning och träning av hjälpmedel och ortoser

Välfungerande hjälpmedel kan vara en viktig förutsättning för att underlätta vardagen. Fysioterapeut ansvarar för ordination av gånghjälpmedel och ortoser för nedre extremitet, medan arbetsterapeut ordinerar rullstol och bedömer behovet av hjälpmedel i hemmet.

Åtgärder:

- **Förflyttningshjälpmedel** beställs i Visma WebSesam. Se *Hjälpmedel*.
- För **ortopedtekniska hjälpmedel** skickas remiss till ForMotion. Blankett finns i Cosmic. Se *Hjälpmedel*.

Informering, rådgivande och undervisande åtgärder

Levnadsvanor

Cirka hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana, exempelvis tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet (12)

Åtgärder:

- **Rådgivning** ges i form av samtal, antingen rådgivande eller kvalificerat rådgivande. Se *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

Fysisk aktivitet

Personer med MS är generellt mindre fysiskt aktiva och har sämre kondition jämfört med friska individer, särskilt vid hög sjukdomsgrad. Studier visar att fysisk aktivitet och träning vid MS är associerad med förbättrad kondition, muskelstyrka, balans och gångförmåga. Träning kan dessutom minska symtom som depression och fatigue samt bidra till bättre hälsorelaterad livskvalitet. Fysisk träning är inte förknippad med ökad risk för skov; forskning tyder snarare på att personer som tränar löper lägre risk för skov än de som inte tränar (9).

Åtgärder:

- Ge **information och råd om fysisk aktivitet** till alla personer med MS. Personer med lindrig till måttlig MS bör rekommenderas aerob och muskelstärkande träning enligt de allmänna rekommendationerna. Träningen bör vara livslång för att bibehålla fysisk funktion (9). Patienten kan behöva stöd för att hitta lämpliga egenaktiviteter, exempelvis individuellt utformat träningsprogram, Fysisk aktivitet på Recept (FaR) eller tips om olika träningsformer. Se *Otillräcklig fysisk aktivitet, kliniskt kunskapsstöd primärvård*.
- En skriftlig **informationsbroschyr** finns att ge till patienten. Se *Fysisk aktivitet och träning vid MS*.
- Avråd från fysisk aktivitet på hög intensitet under aktiva skov (9).

MS-skola

Enligt nationella riktlinjer är syftet med MS-skola att öka patientens kunskap om sjukdomen, dess symtom och behandlingsmöjligheter, samt att lära ut strategier för att kunna förbli självständig och aktiv (2).

Åtgärder:

- I Jönköpings region finns en **digital utbildning**, "Bra liv med MS", för nydiagnostiserade personer med MS. Tjänsten är tillgänglig under *Stöd och behandling* på 1177.se. MS-sjuksköterskan ansvarar för att ge patienten och anhöriga tillgång till inloggning.

Uppföljning

Alla patienter med MS ska erbjudas en årlig bedömning och uppföljning av fysioterapeut inom specialistvården, samt uppföljning av rehabiliteringsplan om

en sådan finns upprättad. Nydiagnostiserade personer med MS kallas en gång per år de första tre åren, därefter kan intervallerna anpassas utifrån patientens behov. I de fall där det medicinska ansvaret ligger hos primärvården sker uppföljningen av fysioterapeut inom primärvården.

Kvalitetsuppföljning

1. Tillgång till fysioterapi vid diagnostiserad MS

- Andel nydiagnostiserade MS-patienter som fått bedömning av fysioterapeut i specialistvården inom 2 månader från remissdatum.

2. Rehabiliteringskontakt per profession

- Andel MS-patienter med minst ett registrerat besök per år till respektive rehabprofession (fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, psykolog m.fl.).

3. Tillräcklig fysisk aktivitetsnivå vid årlig uppföljning

- Andel personer med MS som vid årlig uppföljning uppnår rekommenderad nivå av fysisk aktivitet.

Svenska neuroregister (www.neuroreg.se) är ett nationellt kvalitetsregister där MS-registret ingår. Registret används för uppföljning av vårdkvalitet, funktionsnivå och patientrapporterade utfall hos personer med MS.

Inför planerade besök har patienter möjlighet att logga in i registret och besvara frågeformulär, inklusive

- MSIS-29 (MS Impact Scale)
- MS-kollen
- FSMC (Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions)
- EQ5D-5L
- Fysisk aktivitet.

Fysioterapeuter vid Rehabiliteringscentrum registrerar strukturerade bedömningsdata i MS-registret baserade på klinisk undersökning och standardiserade test, däribland:

- Gångskala vid MS
- Timed Up and Go
- 10-meters gångtest
- 6-minuters gångtest
- Fysisk aktivitet

Referenser

1. Nilsagård Y, Gunnarsson L-G, Denison E. Self-perceived limitations of gait in persons with multiple sclerosis. *Adv Physiother.* 2007;9(3):136–143.

2. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 25 feb 2025]. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/ms-och-parkinsons-sjukdom/>
3. Wickström A, Dahle C, Ulrici D, Philipson J. Fatigue vid multipel skleros. I: *Metodbok MS. Fatigue* [Internet]. Stockholm: MS-sällskapet; 2022 [citerad 8 apr 2024]. Tillgänglig från: https://www.mssallskapet.se/wp-content/uploads/2022/10/Fatigue-Metodboken_220816.pdf
4. Kierkegaard M, Johansson S, Piehl F. Fysisk aktivitet vid multipel skleros. I: Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, red. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (FYSS 2021). Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021. ISBN: 978-91-985098-2-3.
5. Anne W, Cecilia W. *Metodbok MS. Fysioterapi* [Internet]. Stockholm: MS-sällskapet; 2017 [citerad 30 juli 2024]. Tillgänglig från: <https://www.mssallskapet.se/wp-content/uploads/2018/05/Fysioterapi-.pdf>
6. Fysioterapeuterna. *Kliniska riktlinjer för fysioterapi vid yrsel* [Internet]. 2019 [citerad 16 maj 2023]. Tillgänglig från: <https://www.rvn.se/globalassets/delade-dokument/behandlingslinjer/oronasa-hals-och-horsel/yrsel/kliniska-riktlinjer-for-fysioterapi-vid-yrsel.pdf>
7. Sten F, Anders Ö. *Metodbok MS. Smärta* [Internet]. Stockholm: MS-sällskapet; 2022 [citerad 30 juli 2024]. Tillgänglig från: <https://www.mssallskapet.se/wp-content/uploads/2022/04/Smarta-v2.pdf>
8. Fagevik Olsén M, Wollmer P, red. *Fysioterapi vid nedsatt lungfunktion*. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur; 2023.
9. Kierkegaard M, Beiske A, Johansson S. Fysisk aktivitet vid multipel skleros (MS). I: *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (FYSS 2017). Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA); 2017.
10. Devasahayam AJ, Downer MB, Ploughman M. The effects of aerobic exercise on the recovery of walking ability and neuroplasticity in people with multiple sclerosis: a systematic review of animal and clinical studies. *Mult Scler Int*. 2017;2017:4815958. doi:10.1155/2017/4815958.
11. Kazemi Pakdel F, Kazemi Pakdel A, Zarei H, et al. Combined training improves functional capacity, fatigue, and quality of life in individuals with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol*. 2026;26:17. doi:10.1186/s12883-025-04548-z.
12. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024 [citerad 25 feb 2025]. Tillgänglig från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>