

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Berit Fritzin, (berfr4), Specialarbetsterapeut
Granskad av: Anders Fredriksson, (andfr24), Arbetsterapeut
Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-05

Giltig till: 2027-12-05

Multipel Skleros – Sahlgrenska sjukhuset

- ARB

Förändringar sedan föregående version

Tillägg under utredning/bedömning av personlig vård och boendeaktiviteter

Bedömning av funktion kopplat till hand och mental trötthet

Tillägg under behandling av personlig vård och/eller boendeaktiviteter

Fatiguemanagementkurs, 6 veckor fysiskt i grupp på 8-10 patienter

Avslutande tillägg

Ovanstående bedömningar och åtgärder kan genomföras inom Neurosjukvårdens inläggande- alternativt öppenvård. När en längre tids rehabilitering krävs rekommenderas kontakt inom primärvårdens Neurovårdsteam. Egen kontakt kan då tas utan remisstvång, vid behov kan överrapportering ske av ansvarig arbetsterapeut.

Innehållsansvarig Berit Fritzin , Specialarbetsterapeut

Granskare Anders Fredriksson, Leg. Arbetsterapeut

Avgränsningar

Rutinen gäller för arbetsterapeuter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för bedömning och behandling av personer med Multipel Skleros.

Syfte och bakgrund

Syftet med rutinen är att beskriva de bedömnings- och behandlingsåtgärder som kan utföras av arbetsterapeuter för personer med diagnosen Multipel Skleros (MS).

MS är en kronisk sjukdom inom centrala nervsystemet (CNS) och en av våra vanligaste neurologiska sjukdomar. Sjukdomen kännetecknas i första hand av skador/inflammatoriska härdar, s.k. plack på nervfibrernas isolerande skikt, s.k. myelinskidor. Även nervcellens utskott/axon kan skadas tidigt i sjukdomsförloppet (1). I skadeområdet runt nervfibrerna bryts myelinet ner (demyelinisering) och nervfibrerna kan inte överföra nervimpulser på normalt sätt. Lättare grader av demyelinisering medför nedsatt förmåga att överföra nervimpulser, men behöver inte ge upphov till kliniska symptom. Symtomen varierar beroende på var i hjärnan ”placken” finns och vilka funktionella enheter som drabbats. Det är oftast runt hjärnans ventriklar, i corpus callosum, halsryggmärg och synnerver som ledningsbanorna drabbas (1,2). Hos flertalet av de som insjuknar i MS har sjukdomen ett skovvist förlopp med perioder av symptom från CNS, omväxlande med symptomfria/symptomfattiga perioder.

Vid ett skov avtar inflammationen efter några dagar eller veckor, beroende på skadans omfattning, medförande en återhämtning av nervledningsförmåga och tillbakagång av MS-symtom.

Hos ca 15 % av alla personer med MS uppvisar symtomen ett progressivt förlopp redan från början, primärt progressiv MS. Orsaken till MS är inte helt känd (1,2).

I Sverige finns ca 20 000 personer med MS. Risken att drabbas av MS är i Sverige ca 2/1000. Sjukdomen debuterar vanligtvis mellan 20–40 års ålder. Kvinnor drabbas oftare av MS än män (3).

Funktionsnedsättningarna kan vara sensomotoriska, kognitiva och/eller emotionella och innebär ett individuellt och varierande förlopp beroende på var de inflammatoriska härdarna sätter sig. Debutsymtomen är oftast känselstörningar, ögoninflammation (opticus neurit) och gångsvårigheter. Motoriska symptom med halvsidig förlamning (pares), nedsatt finmotorik, ataxier, spastisk parapares och smärta förekommer (1, 2). Nedsatt finmotorisk förmåga är vanligt förekommande med konsekvenser på aktiviteter i dagligt liv (ADL). Övriga problem finns inom uttrötthet, kognition, ADL, gångsvårigheter (4). Temperaturkänslighet, med en känslighet för framförallt värme, och uttrötthet kan vara en av orsakerna till att aktivitetsutförandet blir påverkat.

Kognitiv dysfunktion är en viktig orsak till begränsningar i vardagliga aktiviteter och deltagande i socialt liv, men den individuella variationen är stor. Bland de

vanligare kognitiva symtomen är en förlångsammad uppmärksamhet och informationsbearbetning, svårigheter med abstrakt tänkande; ”att hålla tråden” och minnesproblem (5).

Graden av kognitiv dysfunktion korrelerar med aktivitetsutförande och socialt deltagande i samhället men inte till graden av fysisk funktion (6). Kognitiv dysfunktion tillsammans med en emotionell påverkan/krisreaktion kan bli ett dolt handikapp med svårigheter som påverkar och begränsar vardagslivets aktiviteter. Vid alla neurologiska sjukdomsprocesser inklusive MS kan en organisk trötthet med abnorm uttrötthet (fatigue) utvecklas med påverkan på aktivitetsutförandet (7).

Det finns evidens för energibesparings-program ledda av arbetsterapeuter i syfte att hantera fysisk och mental trötthet. (8–14).

Beroende på omfattningen av MS-symtom varierar svårigheterna i aktivitetsutförandet. Intervention bör utökas att även omfatta oberoende personer som upplever svårigheter i aktivitetsutförandet. Signifikanta prediktorer till svårigheter i ADL är bl.a. hand- och gångfunktion (15).

Resultat av MS-behandlingar med tidig immunoterapi har visat att risken för senare utveckling av aktivitetsnedsättning minskar (16). Studier har även visat att tidig fysisk träning är viktiga för att uppnå maximal medicinsk behandlingseffekt vid skov (17).

Utförande

Arbetsterapeutiska åtgärder inom slutenvård och öppenvård

Patienter med MS utreds och behandlas inom neurosjukvårdens slutenvård och öppenvård.

Patienterna remitteras till arbetsterapeut via muntlig eller skriftlig remiss. Utredning och bedömning av funktionsnedsättningar som påverkar aktivitetsutförandet är viktiga för tidiga behandlingsinsatser under ett MS-skov, uppträning efter ett skov; till exempel handträning eller träning av kompensatoriska strategier i vardagliga aktiviteter.

Arbetsterapeuten identifierar patientens kapacitet i olika aktiviteter för att kartlägga hur vardagsaktiviteter påverkas. Råd och stöd i ergonomi och energibesparande arbetssätt är en viktig del i arbetet för att understödja att patienten kan bli så aktiv som möjligt. Det kan även vara viktigt att information ges till närstående om patientens förmåga och upplevda svårigheter för att relevant stöd skall kunna ges.

Åtgärder relaterad till utförandet av personlig vård (P-ADL) och boendeaktiviteter (I-ADL)

Utredning och bedömning

- Intervju och kartläggning av vardagliga aktiviteter
 1. Observation av aktivitetsutförande av vald aktivitet på avdelningen och/eller i träningskök
 2. Bedömning av funktion kopplat till hand och mental trötthet

Behandling

- Träning av nya strategier vid behov av förändrat/förenklat aktivitetsutförande
 3. Hjälpmedel rådgivning och eventuell utprovning/förskrivning av hjälpmedel för att klara av dagliga aktiviteter
- Ergonomisk rådgivning
 4. Genomgång av energibesparande arbetsmetod
 5. Fatiguemanagementkurs, 6 veckor fysiskt i grupp på 8-10 patienter

Åtgärder relaterade till nedsatt handfunktion

Utredning och bedömning

- Bedömning av ändamålsenliga arm-/handrörelser relaterade till aktiviteter
- Bedömning av finmotorik: t.ex. Ninehole pegtest, Grooved pegboard och Purdue Pegboard
- Bedömning av handstyrka: Jamar (helhandsgrepp) och Pinch Gauge (trepunktsgrepp och lateralgrepp)
- Bedömning av känsel i händer: Monofilament
- Bedömning av svullnad eller ödem
- Bedömning av spasticitet, kontrakturer, smärta och/eller instabilitet

Behandling

- Råd om funktionella/ändamålsenliga arm-/handrörelser i vardagliga aktiviteter
- Individuellt arm-/handträningsprogram
- Vid svullna händer utförs ödem- och kompressionsbehandling enligt rutin
- Utprovning av prefabricerad ortos

Åtgärder relaterade till kognitiv påverkan

Utredning och bedömning

Kognitiv screening utförs för att ge patienten råd och strategier i hanteringen av olika vardagssituationer

- Kognitiv screening med Montreal Cognitive Assessment, MOCA
- Observation i personlig vård (P-ADL) och/eller i köksaktivitet (I-ADL)
- Utredning av uttrötthet och dygnsrytm relaterat till vardagliga aktiviteter

Behandling

- Råd och stöd i syfte att förenkla vardagssituationer t.ex. användning av hjälpmedel och/eller kognitiva strategier att hantera problemen
- Genomgång av energibesparande arbetsmetod, fördelning arbete-vila under dygnets timmar i syfte att energibespara, t.ex. att utföra krävande uppgifter på ett planerat och prioriterat sätt
 6. Inom Öppenvården kan 6-veckors Fatigue Managementkurs (18)

Ovanstående bedömningar och åtgärder kan genomföras inom Neurosjukvårdens inläggande- alternativt öppenvård. När en längre tids rehabilitering krävs rekommenderas kontakt inom primärvårdens Neurovårdsteam. Egen kontakt kan då tas utan remisstvång, vid behov kan överrapportering ske av ansvarig arbetsterapeut.

Arbetsgrupp

Berit Fritzin, Specialistarbetsterapeut, Arbetsterapi och Fysioterapi,

Anders Fredriksson, Leg. Arbetsterapeut, Arbetsterapi och Fysioterapi,

Källförteckning

1. Olsson L. m.fl. Hjärnan. Karolinska Institutet Universitet Press; 2007
2. Aquilonius S-M, Fagius J. Neurologi. Falköping: Liber AB; 2000.
3. Svenska MS-sällskapet. Metodboken. Sverige; 2018. Available at: <http://www.mssallskapet.se/>. Accessed 7 juli 2021.
4. Johansson S., Ytterberg C., Claesson I.M., Lindberg J., Hillert J., Andersson M., Widén-Holmqvist L., Von Koch L. High concurrent presence of disability in multiple sclerosis. J Neurol. 2007;(254):767-773.
5. Bagert B, Camplair P, Bourdette D. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Natural history, pathophysiology and management. CNS Drugs 2002;16(7):445-455.

6. Amato MP, Ponziani G, Siracusa G, Sorbi S. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis. A reappraisal after 10 years. *Arch Neurol.* 2001;58:1602-1606.
7. Chaudhuri A., Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *Lancet.* 2004;363(9413):978-88.
8. Mathiowetz VG., Matuska KM., Murphy ME. Efficacy of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Arch. Phys.Med Rehabil* 2001;82:449-456.
9. Mathiowetz VG, Finlayson ML, Matuska KM, Chen HY, Luo P. Randomised controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Mult. Scler.* 2005;11(5):592-601.
10. Mathiowetz VG., Matuska KM., Finlayson ML., Luo P., Chen HY. One-year follow-up to randomised controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Int. J. Rehabil Res* 2007;30(4): 305-313.
11. Vanage SM., Gilbertson KK., Mathiowetz VG. Effects of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *Am. J. Occup. Ther.* 2003;57(3):315-323.
12. Malik PS., Finlayson M., Mathiowetz V., Fogg L. Psychometric evaluation of the energy conservation strategies survey. 2005;19:538-543.
13. Lamb A., Finlayson M., Mathiowetz V., Chen HY. The outcomes of using self-study modules in energy conservation education for people with multiple sclerosis. *Clin. Rehabil* 2005;19 475-481.
14. Twomey F., Robinson K. Pilot study of participating in a fatigue management programme for clients with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2010;32(10):791-800.
15. Paltanaa J, Sarasoja T, Leskinen S, Wikström J, Milkii E. Measures of physical functioning predict self-reported perform in self-care, mobility, and domestic life in ambulatory persons with multiple sclerosis. *Arch. Phys. Med Rehabil.* 2007;88:1649-1657.
16. Tedeholm H. Skoog B. Hillert J., Runmarker.B., Stawiarz L., Andersén O. Early immunotherapy in MS reduces the risk of later disability. The secondary progressive course is delayed, according to a study with virtual placebo. *Läkartidningen* 2007;104(22):1684-8.
17. Craig et.al. A randomised controlled trial comparing rehabilitation against standard therapy in multiple sclerosis patients receiving intravenous steroid treatment. *J.Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(9):1225-30.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Stöd för styrning och ledning (Internet). Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint/dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-1.pdf>. Accessed 7 juli 2021

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Berit Fritzin, (berfr4),
Specialistarbetsterapeut

Granskad av: Anders Fredriksson, (andfr24), Arbetsterapeut

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

Dokument-ID: SU9807-1076540875-68

Version: 9.0

Giltig från: 2025-12-05

Giltig till: 2027-12-05