

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2026-02-06

Innehållsansvar: Caroline Feldthusen, (carhe21), Specialistfysioterapeut

Giltig till: 2028-02-06

Granskad av: Caroline Feldthusen, (carhe21), Specialistfysioterapeut

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

# Myositsjukdomar - FYS

## Förändringar sedan föregående version

Bedömning av muskelfunktion sker genom myositstatus Functional Index 2 (FI 2). Endast i undantagsfall används Functional Index (FI)

## Avgränsning

Rutinen gäller för alla fysioterapeuter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för rehabilitering av patienter med myositsjukdomar.

## Syfte och bakgrund

Säkerställa enhetlig bedömning och åtgärd av fysioterapeut vid reumatologen SU.

Icke-infektiösa inflammatoriska sjukdomar i skelettmuskulaturen brukar kallas myositer.

Myositer är ovanliga sjukdomar med en incidens på 5–10/miljon invånare och delas in i polymyositer (PM), dermatomyositer (DM), inklusionskroppsmysositer (IBM), antisynthetast syndrom (ASS), immunmedierad nekrotiserande myopati och amyopatisk dermatomyositis.

## Symtom

Debiterar oftast långsamt och smygande med muskelsvaghet och nedsatt muskulär uthållighet men kan också utvecklas akut eller subakut och intensivvård kan krävas. Muskelsvagheten är vanligtvis symmetriskt och dominerar framför allt i nacke och proximal extremitetsmuskulatur såsom skulder- och bäckenmuskulatur samt quadriceps (vid IBM i distal muskulatur). Detta yttrar sig ofta i oförmåga att resa sig från sittande, gå upp för en trappa, kamma sig, klä på sig, eller liknande dagliga

aktiviteter. Myalgier förekommer hos ungefär 40 %. Subfebrilitet/feber och trötthet är mycket vanligt förekommande.

Vid myosit ses ofta engagemang av andra organ än skelettmuskulatur. Vid dermatomyosit ses hudengagemang som ex. heliotropt exantem, Gottrons papler och förtjockad hud sk. mekanikerhänder. Även andningsorganen, hjärtmuskulaturen och esofagussymptom (sväljparet) kan drabbas av muskelsvaghet vid en icke oväsentlig andel av myositerna. Andfåddhet och torrhosta är vanliga symtom på interstitiell lungsjukdom.

## **Behandling**

En kombination av läkemedelsbehandling, bestående av högdos steroidbehandling och immunmodulerande behandling, och fysisk anpassad träning.

Träningen initieras tidigt i behandlingen och sker med anpassad intensitet. I ett akut skede om musklerna är mycket svaga består träningen avlastad rörlighetsträning för att förhindra kontrakturer. Så snart patienten orkar sker träningen aktivt efter ett individuellt anpassat träningsprogram för att förbättra muskelstyrka och uthållighet. Träningsvärk kan uppstå och i vissa fall kvarstå längre än hos friska.

## **Prognos**

En del patienter svarar snabbt på insatt medicinsk behandling och kan vara åter i arbete inom en månad, medan andra kan bli sängliggande åtskilligt längre tid. Trots att många förbättras av medicinsk behandling är det få som helt återfår sin tidigare styrka och uthållighet i muskulaturen. Detta kan bero på att sjukdomen bidragit till hypotrofi på grund av inaktivitet och effekter av kortisonbehandling. Ca 25 % av patienter med PM och DM går i komplett klinisk remission. Patienter med IBM svarar sämre på medicinsk och fysikalisk behandling.

## **Utförande**

### **Mål för fysioterapeutisk behandling**

#### **Slutenvård**

Undvika lungkomplikationer.

Undvika kontrakturer.

Bibehålla så god funktion som möjligt avseende rörlighet och styrka och/eller förbättra detta.

Hjälpa patienten att bli så självständig som möjligt i vardagen.

Välinformerad patient

## Öppenvård

Välinformerad patient

Förbättra alternativt bibehålla funktion och livskvalitet

Främja varaktig hälsofrämjande fysisk aktivitet för att *minska funktionshinder och öka livskvalitet* samt minska risk för läkemedelsbiverkningar och komorbiditet.

## Restriktioner

Hänsyn måste tas till patientens allmäntillstånd avseende ex. hjärtpåverkan, pneumoni eller depression. Dessa tillstånd är i sig viktiga indikationer för att träna på ”lämplig” nivå och dosera träningen rätt, men skiljer sig inte från de ställningstaganden en fysioterapeut alltid måste ta. Försiktighet bör iakttas vid mycket höga kortisondoser (>40mg), långvarig kortisonbehandling och vid benskörhet.

## Bedömning

En funktionsbedömning utförs så snart som möjligt efter intagning till avdelningen för att få ett utgångsvärde innan medicinsk behandling sätts in. Patientens allmäntillstånd och sjukdomsgrad kan variera från ganska obetydliga besvär till nästan total paralyt.

För bedömning av muskelfunktion används ett **myositstatus**.

– **Functional index (FI)** – har utarbetats på SU/Sahlgrenska sjukhuset. Statuset mäter muskulär funktionsnedsättning och man kan av det beräkna procentuell kraftnedsättning.

Utformningen är 14 test fördelade på följande: 4 delmoment gällande styrka i övre extremiteter;

5 delmoment om styrka i nedre extremiteter, 4 delmoment om nack- och bukmuskulatur och 1 delmoment om andningsfunktion vid forcerad utandning.

FI-testet har god reliabilitet och är känsligt för dokumentering av förändringar efter fysisk träning.

Nackdelen är att det har s.k. takeffekter. Se manual och statusschablon för Myositstatus/ Functional Index, *Se bilaga 1*.

– **Functional index 2 (FI 2)** – är det myositstatus som används som standard. FI 2 har utarbetats på KI/Karolinska och är utformat främst för utvärdering av träning och behandling. Testet undersöker uthållighet i nacke och proximal extremitetsmuskulatur.

Utformningen är 7 delmoment som utförs bilateralt fördelade på följande: 2 delmoment om styrka/uthållighet i skuldermuskulatur, 4 delmoment om nedre extremiteterna och 1 om nackmuskulatur.

FI 2-testet har visat sig ha god reliabilitet och validitet. *Se bilaga 2.*

– **Functional index 3 (FI 3)** – är en kortversion av FI 2 och består av 1 delmoment för uthållighet/styrka i skuldermuskulatur, 1 delmoment för nedre extremiteten samt 1 om nackmuskulatur. Utförs endast för dominant sida.

### **Val av test**

FI-2 är standard när myositstatus efterfrågas.

Endast i undantagsfall används FI eller delar av detta för patienter med uttalad muskelsvaghet som förväntas få 0 p på FI 2.

FI 3 används inte på SU, men används på andra reumatologkliniker i Sverige. FI 3 kan eventuellt efterfrågas för patienten som överflyttas från andra kliniker.

Viktigt är att samma test används vid första och andra tillfället (före och efter insättandet av läkemedelsbehandling) för att kunna utvärdera effekterna av behandlingen.

Utöver bedömning av muskelfunktion görs även andra kliniska undersökningar och bedömningar utifrån patientens symtom och besvär och kan omfatta tex bedömning av rörlighet, gångtest, konditionstest.

### **Åtgärder**

De viktiga funktionerna prioriteras, som andningsträning, kontrakturprofylax och förflyttningsträning.

### **Slutenvård:**

**Andningsträning:** Djupandning med t.ex. PEP-mask, PEP-munstycke eller BA-tub. Lägesförändringar är viktiga för andningsfunktionen.

**Lägesändringar:** För att undvika kontrakturer och trycksår hos sängliggande och paretiska patienter bör förebyggande åtgärder som vilopositioner och vändschema användas.

**Kontrakturprofylax:** Om patienten är paretisk, görs passiva rörelseuttag i hela rörelsebanan i alla berörda leder, inklusive nackupprätning. Så snart patientens muskelstyrka ökar, övergår man till mer aktiv träning.

## **Slutenvård och öppenvård:**

### ***Rörelse- och styrketräning***

Patienten behöver träna både rörlighet och styrka/uthållighet för att återfå funktion och styrka. Träningsprogrammet upprepas dagligen. Träningen skall initialt samt vid höga kortisondoser (>40mg) vara relativt lätt och med låg belastning (40–60% av beräknad maximal styrka, 2 x 10 reps beroende på patientens muskelsvaghet). Programmet skall omfatta såväl rörlighet och muskelstyrka som balans och uthållighet. Muskelträning mot motstånd på lätt-måttlig intensitet kan utföras vid nydebuterad eller aktiv DM och PM utan risk för ökad sjukdomsaktivitet.

Vid lågaktiv sjukdom har även intensiv styrketräning tolererats väl och visat god effekt på muskelstyrka utan att öka sjukdomsaktivitet.

### ***Fysisk aktivitet***

Personer med myosit har ökad risk att drabbas av komorbiditet i form av hjärtkärlsjukdom och kortisonrelaterade biverkningar. För att minska denna risk är det viktigt med hälsofrämjande fysisk aktivitet enligt samma principer som övrig befolkning. I ett tidigt skede utövas fysisk aktivitet i korta perioder varvat med vila beroende på allmäntillstånd mm. I en mer stabil sjukdomsfas eftersträvas ökad intensitet och ökad längd på träningspassen.

Det finns evidens för att fysisk träning minskar funktionshinder och ökar livskvalitet utan att öka sjukdomsaktiviteten vid PM och DM.

Konditionsträning som utförs på 65–70% av max syreupptag, har till och med visats kunna minska sjukdomsaktivitet och inflammation vid etablerad PM, DM.

### ***Smärtlindring***

Många patienter erfar ganska hög grad av smärta. Smärtlindring kan vara befogat och man kan testa såväl TENS, som värme/kyla samt avslappningsövningar.

### ***Utprovning av hjälpmedel***

Patienten kan behöva såväl gånghjälpmedel som handledsortoser. Mer sällan förekommer behov av rullstol, annat än tillfälligt.

### ***Uppföljning/utvärdering***

Vid myosit ses inga snabba förbättringar av muskelstyrkan. Till en början kan det till och med uppträda en försämring av muskelstyrka, trots att de muskeldegenerativa parametrarna, t.ex. S-CK vänt. Detta tolkas som ett utslag av muskelatrofi, som tar något längre tid att återhämta sig från. Uppföljning med myositstatus sker via läkarremiss eller som utvärdering av träningsperiod.

Träning/behandling sker ofta i patientens närhet t.ex. inom primärvården.

## **Arbetsgrupp**

Caroline Feldthusen, specialistfysioterapeut, Fysioterapi Sahlgrenska

Ahdia Motmain, fysioterapeut, Fysioterapi, Sahlgrenska

## **Relaterad information**

Bilaga 1. [Functional index \(FI\)](#)  
[Manual för FI](#)

Bilaga 2. [Functional index 2 \(FI 2\)](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

**Innehållsansvar:** Caroline Feldthusen, (carhe21),  
Specialistfysioterapeut

**Granskad av:** Caroline Feldthusen, (carhe21),  
Specialistfysioterapeut

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

**Dokument-ID:** SU9807-1076540875-69

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2026-02-06

**Giltig till:** 2028-02-06