
Rehabilitering

Sammanfattning

Tillhandahåll multiprofessionella team för MS-rehabilitering. För en väl sammansatt behandling behövs team där exempelvis neurolog, rehabiliteringsläkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator samarbetar. De olika professionerna i teamet bidrar utifrån sin specifika kunskap till att bedöma den enskilda personens behov av vård och rehabilitering. Åtgärder och insatser utförs i samverkan mellan olika vårdnivåer i hälso- och sjukvården (både regional och kommunal hälso- och sjukvård). Teamets sammansättning och arbetsfördelning utgår från den enskilda personens behov, och vilka professioner som deltar kan därmed variera över tid. Ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt bidrar också till att vården är personcentrerad. En funktionsnedsättning som är vanlig vid MS är nedsatt gångförmåga. Det finns olika gånginriktade rehabiliteringsinsatser som syftar till att förbättra gångförmågan vid MS. En förbättrad gång och balans kan bidra till självständighet i vardagliga aktiviteter och därmed till en förbättrad livskvalitet. Under sjukdomsförloppet vid MS tillkommer ofta funktionsnedsättningar. En sammanhängande teamrehabilitering syftar till att optimera personens funktionsförmåga och ge undervisning och stöd för personen i att hantera och leva med sjukdomen (ur ”Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer”, Socialstyrelsen 2022-11-18).

Inledning

I och med utvecklingen av olika sjukdomsmodifierande läkemedel (”bromsmediciner”) vid MS, är rehabilitering om möjligt än viktigare än tidigare för att långsiktigt förbättra MS-patienternas funktions- och aktivitetsförmåga och möjliggöra att de bibehåller bästa möjliga delaktighet och livstillfredsställelse. De nya läkemedlen bromsar sjukdomens progress, så att den drabbade individen har möjlighet att fortsätta vara aktiv i studier, arbete och social liv under längre tid efter diagnos. Dock är det endast rehabiliteringsåtgärder som kan *förbättra* prestationsförmågan genom förbättrad styrka och uthållighet, inläring av nya strategier, anpassning av livsmiljön och utprovning och förskrivning av hjälpmedel. Genom att kombinera effektiv läkemedelsbehandling med tidigt insatt och återkommande multimodal rehabilitering minimeras och uppskjuts de negativa konsekvenserna i patientens vardag.

Sedan mitten av 1990-talet har flera kontrollerade studier belagt effekterna på kort och lång sikt av rehabilitering. Redan 2007 kom Cochrane Collaboration med en sammanställning över vetenskapliga studier som utvärderat rehabilitering vid MS. Denna rapport visar tydlig evidens talande för att perioder av sammanhållna interdisciplinär teambaserad rehabilitering leder till förbättring på aktivitets- och delaktighetsnivå. Vidare finns evidens för att lågintensiv

poliklinisk rehabilitering under en längre tid medför att livskvaliteten ökar, att beroendet från omgivningen minskar, och att man ökar förmågan att delta i arbetsliv och fritidsaktiviteter.

Sedan 2007 föreligger också ett konsensusdokument framtaget av Rehabiliteringsutskottet inom Svenska MS-sällskapet i samverkan med deltagarna vid MS-sällskapets ”Rehabiliteringsdag” detta årsammanställt ett konsensusdokument kring rehabilitering för personer med MS i Sverige. Innehållet i detta dokument harmoniserar väl med Socialstyrelsens aktuella riktlinjer från 2022.

MS-sällskapets definitioner av rehabilitering vid MS

Rehabilitering vid MS innebär flera samverkande åtgärder från flera olika yrkeskategorier och utgör i sig en process. Rehabiliteringsprocessen syftar till att stödja personen med MS att förebygga funktionshinder samt att uppnå och bibehålla högsta möjliga funktionstillstånd och välbefinnande innefattande fysiska, psykologiska och sociala aspekter utifrån den enskilda patientens förutsättningar och behov. Rehabilitering förutsätter delaktighet och inflytande från patienten vid planering, genomförande och uppföljning.

Svenska MS-sällskapet anser att:

- Alla personer med MS skall ha tillgång till rehabilitering
- När, var och hur personer med MS erhåller rehabilitering skall alltid bedöms utifrån det individuella behovet.
- Rehabilitering skall innefatta att åtgärder som möjliggör att uppnådda mål kan bibehållas.
- Remiss för bedömning av rehabiliteringsbehov och upprättande av rehabiliteringsplan skall alltid övervägas när det uppstår en försämring som påverkar funktionstillståndet och som personen med MS och/eller dennes närstående upplever begränsar det dagliga livet och välbefinnandet.
- Personal som har adekvat kompetens för att bedöma rehabiliteringsbehov skall vara frikostig med återkommande bedömningar av rehabiliteringsbehov, revideringar av uppgjorda rehabiliteringsplaner och utvärdering av uppnådda mål.
- En sammansatt bedömning som resulterar i en tidsbestämd, målinriktad rehabiliteringsplan skall basera sig både på individens uppfattning om sitt funktionstillstånd, funktionshinder och välbefinnande, och sammansatta bedömningar av personal som har adekvat kompetens för att bedöma rehabiliteringsbehov.

- Rehabiliteringsplaner skall innefatta åtgärder och mål som möjliggör att funktionstillstånd och välbefinnande kan bibehållas så lång tid som möjligt. Detta kan till exempel innebära tydliga överenskommelser mellan olika vårdgivare/enheter och den enskilda personen med MS eller dennes närstående om:
 - hur rehabilitering skall genomföras för att uppnå och bibehålla mål
 - det egna ansvaret hos personen med MS för bland annat egenvård, friskvård och självträning
 - uppföljning efter rehabilitering
- MS-team eller Neurologiska team som ansvarar för den medicinska behandlingen och den regelbundna medicinska uppföljningen skall kommunicera rehabiliteringsbehov och/eller rehabiliteringsplaner med andra vård- och rehabiliteringsaktörer som lokalt är involverade i vården och rehabiliteringen för den enskilde personen med MS och dennes närstående.

Rehabilitering – när, var, hur

Rehabiliteringen vid MS, liksom vid andra sjukdomar i nervsystemet, kan ske på flera olika nivåer inom sjukvården. I tidigt skede sker rehabiliteringen företrädesvis polikliniskt. I ett senare skede, då MS-sjukdomen progredierat, behövs ofta en sammanhängande rehabiliteringsperiod, ibland under flera veckor, för att uppnå bästa möjliga resultat. Primär- eller sekundärprogressiv MS leder successivt till försämrade funktioner med tilltagande grad av påverkan på förmågan att utföra dagliga aktiviteter och svårigheter att klara de krav som ställs i olika situationer. Rehabiliteringen blir i dessa fall en återkommande process, där målen och insatserna kontinuerligt måste revideras, ibland till och med flera gånger årligen. Personer vars MS-sjukdom är stabil, men där sjukdomen lett till bland annat nedsatt gångförmåga och förflyttning, upplever ett värde av regelbunden träning av kvarvarande funktioner för att bibehålla självständigheten. Personerna har kunnat delta i några veckors fysisk träning anpassad efter deras möjligheter, ibland även vid anläggningar utomlands.

Den polikliniska rehabiliteringen i ett tidigt skede ("tidig rehabilitering") genomförs med fördel av det MS-team som diagnostiserat sjukdomen och som följer upp personen, bland annat med avseende på behandling med sjukdomsmodifierande farmaka ("bromsmediciner"). Mer omfattande rehabilitering vid skov ("akut rehabilitering") och vid progression av MS-sjukdomen ("återkommande rehabilitering") tillgodoses främst av specialiserade enheter vid rehabiliteringsmedicinska kliniker. I Sverige finns högspecialiserad rehabilitering för MS-patienter – med möjlighet till bland annat träning, hjälpmedelsutprovning, symtomatisk behandling, hembesök, kognitiv bedömning och behandling och arbetslivsinriktade åtgärder – endast inom vissa landsting.

Rehabiliteringens mål

Målet är att skapa bästa tänkbara välbefinnande, möjliggöra för personen att bli så aktiv och självständig som möjligt, och få denne att uppleva att han/hon kan uppfylla sina mål inom familjeliv, på arbetet och fritiden. Dessa övergripande mål ska i varje enskilt fall definieras i specifika, mätbara, av patienten accepterade, realistiska och tidsatta delmål.

Rehabiliteringsteamet

MS-rehabiliteringen sker bäst genom att ett team bestående av flera olika yrkeskategorier arbetar interdisciplinärt och multimodalt. I det interdisciplinära teamarbetet arbetar behandlarna i nära samverkan med varandra och med patienten och dennes anhöriga för att uppnå gemensamma mål. Ett rehabiliteringsteam med inriktning mot MS kan bestå av läkare, omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator. På större enheter ingår också logoped och neuropsykolog i teamet.

Abnorm trötthet, ofta benämnd ”fatigue”, är ett synnerligen vanligt symtom i alla stadier av MS. Detta symtom erfordrar ingående analys och ofta åtgärder från flera medlemmar i rehabiliteringsteamet. Störningar av blås-, tarm-, och sexualfunktion är likaledes vanligt föreliggande, och i likhet med fatigue och kognitiva störningar ofta ”dolda” funktionshinder. Det ankommer på MS-rehabiliteringsteamet att rutinmässigt efterfråga och vid behov åtgärda/minimera dylika problem. Det ankommer på läkaren i MS-teamet att överväga symtomatisk farmakoterapi, liksom att vid behov ombesörja remiss för specialistbedömning inom respektive organspecialitet.

Rehabiliteringsprocessen vid MS

Den inledande delen i rehabiliteringen består av en bedömning där MS-patientens aktuella problem, förmågor, resurser, egna mål och behov av rehabiliteringsinsatser kartläggs. Den interdisciplinära bedömningen ligger sedan till grund för en rehabiliteringsplan. I rehabiliteringsplanen beskrivs resurser, hinder i miljön, personens svårigheter och problem, de mål som personen ska uppnå under rehabiliteringsperioden, och de behandlingar och övriga insatser som ska genomföras under en rehabiliteringsperiod. Målen består av både korta tidsbegränsade delmål, och mer övergripande mål. Viktigt är att såväl patient som anhöriga är delaktiga i planeringen, dess syfte och målet med rehabiliteringen.

Själva rehabiliteringen av personer med MS innefattar symtomatisk behandling, kompensatoriska lösningar, och träning. I praktiken integreras dessa delar under en rehabiliteringsperiod, och åtgärderna genomförs i samverkan mellan olika behandlare (främst sjukgymnast och arbetsterapeut), så att de gemensamma målen kan uppnås. Den symtomatiska behandlingen – ett område som läkaren tillsammans med sjuksköterskan samordnar – är inriktad mot de symtom som många personer med MS upplever, bland annat blås- och tarmtömningsbesvär, spasticitet, trötthet, smärta, och depression . Den symtomatiska behandlingen (avseende exempelvis inkontinens, smärta, spasticitet, depression m.m.) utgör en

mycket viktig del i rehabiliteringen och kan ha en betydande effekt på personens möjligheter att vara delaktig i olika sammanhang.

Kompensation innebär en anpassning till en funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning genom utprovning eller anpassning av hjälpmedel, eller genom att lära in ett nytt sätt att utföra en aktivitet. Detta område utgör en huvuddel av arbetsterapeutens arbete. Träning – huvudsakligen av sjukgymnasten – genomförs i syfte att förbättra en funktion eller aktivitet, till exempel muskelstyrka, kondition, balans eller gångförmåga.

Mätning och utvärdering av rehabiliteringsinsatser

En viktig del i rehabiliteringen är mätning och utvärdering av genomförda insatser. Här måste man skilja mellan utvärderingen av de mål man satt upp i rehabiliteringen och att mäta effekten av en insatt behandling. I det första fallet skattas måluppfyllelse, i det andra mäts förbättringen av den givna behandlingen. I praktiken utförs i regel dessa i kombination. Ett flertal instrument finns tillgängliga för dessa ändamål. Vissa instrument fokuserar på funktionsnivå, medan andra inriktas på aktivitetsförmåga, delaktighet och/eller livskvalitet/livstillfredsställelse. Ofta används flera instrument för att på så vis täcka ICF-taxonominns olika nivåer. För detaljer hänvisas bland annat till MS-registret.

Referenser

- Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer (Socialstyrelsen 2022).
- Kidd D, Howard RS, Losseff NA, Thompson AJ. The benefit of inpatient rehabilitation in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation* 9:198-203, 1995.
- Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ. The impact of inpatient rehabilitation on progressive multiple sclerosis. *Annals of Neurology* 42:236-244, 1997.
- Solari A, Filippini G, Gasco P, Colla L, Salmaggi A, La Mantia L, Farinotti M, Eoli M, Mendozzi L. Physical rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. *Neurology* 52:57-62, 1999.
- Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ. Inpatient rehabilitation in multiple sclerosis: do the benefits carry over into the community? *Neurology* 52:50-56, 1999.
- Fabio RP, Choi T, Soderberg J, Hansen CR. Health-related quality of life for patients with progressive multiple sclerosis: influence of rehabilitation. *Physical Therapy* 77:1704-1716, 1997.
- Thompson AJ. The effectiveness of neurological rehabilitation in multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 37:455-461, 2000.
- Patti F, Ciancio MR, Cacopardo M, Reggio E, Fiorilla T, Palermo F, Reggio A, Thompson AJ. Effects of a short outpatient rehabilitation treatment on disability of multiple sclerosis patients – a randomised controlled trial. *Journal of Neurology* 250:861-866, 2003.

Liu C, Playford ED, Thompson AJ. Does neurorehabilitation have a role in relapsing-remitting multiple sclerosis? *Journal of Neurology* 250:1214-1218, 2003.

Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art no: CD006036. DOI: 10.1002/14651858.CD006036.pub2.

Lexell J. Modern rehabilitering. En process med många delar. *Svensk Rehabilitering*, 4:6-9, 2006.

Thompson AJ. Symptomatic treatment in multiple sclerosis. *Current Opinion in Neurology*. 11:305-309, 1998.

Baker NA, Tickle-Degnen L. The effectiveness of physical, psychological, and functional interventions in treating clients with multiple sclerosis: a meta-analysis. *American Journal of Occupational Therapy* 55:324-331, 2001.

Petajan JH, White AT. Recommendations for physical activity in patients with multiple sclerosis. *Sports Medicine* 27:179-191, 1999.

Hobart JC, Lamping DL, Thompson AJ. Evaluating neurological outcome measures: the bare essentials. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 60:127-130, 1996.

Thompson AJ, Hobart JC. Multiple sclerosis: assessment of disability and disability scales. *Journal of Neurology* 245:189-196, 1998.

Thompson AJ. Multiple sclerosis: rehabilitation measures. *Seminars in Neurology* 18:397-403, 1998.

Thompson AJ. Measuring handicap in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 5:260-262, 1999.

Hobart JC, Lamping DL, Fitzpatrick R, Riazi A, Thompson A. The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29). A new patient-based outcome measure. *Brain* 124:962-973, 2001.

Lexell J. Konsekvenser av MS-sjukdomen ur ett patientperspektiv. Utvecklingen av en svensk version av Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS)

Författare

Jan Lexell, Professor, Avdelningen för Rehabiliteringsmedicin, Institutionen för Kliniska vetenskaper, Lund, Lunds universitet, Överläkare, VO Rehabiliteringsmedicin, Universitetssjukhuset i Lund;

Reviderad september 2023 av professor Richard Levi, Enheten för Rehabiliteringsmedicin, Institutionen för Samhällsmedicin och Rehabilitering, Umeå universitet; överläkare Neurocentrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå