

Rehabilitering vid multipel skleros (MS)

Gäller för: Region Kronoberg, Hälso- och sjukvårdsgemensamt

Innehåll

Rehabilitering vid multipel skleros (MS).....	1
1 Inledning.....	2
1.1 Syftet med riktlinjen är:.....	2
1.2 MS.....	2
1.3 Resurs, kompetens	2
2 Flöde/process.....	3
3 Rehabilitering.....	4
3.1 Utredning/bedömning	4
3.2 Behandling/åtgärd.....	4
3.3 Levnadsvanor.....	5
3.4 Egenvård.....	5
3.5 Uppföljning	5
3.6 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående....	5
3.7 Patientsäkerhet, riskanalys.....	6
3.8 Mål och mätetal.....	6
3.9 Dokumentation.....	6
4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring.....	6
5 Patientorganisationer	6
6 Kvalitetsindikatorer.....	6
7 Referenser.....	7
8 Länkar	7

1 Inledning

1.1 Syftet med riktlinjen är:

- att tillgängliga rehabiliteringsresurser synliggörs och används så effektivt som möjligt samt fördelas utifrån patientens behov i samverkan mellan vårdens aktörer
- att rehabiliteringsinsatserna bygger på evidens-och/eller beprövad erfarenhet samt utformas för att möta patientens individuella behov på bästa sätt
- att en tydlig rehabiliteringsprocess bidrar till att patienter med MS får rätt rehabilitering i rätt tid vid sjukdomens olika stadier
- att säkra patientens möjlighet att få likvärdig rehabilitering i alla delar av Region Kronoberg

1.2 MS

MS är en förkortning av multipel skleros. MS är en autoimmun sjukdom där immunsystemet av okänd anledning angriper den egna nervvävnaden. Det är en kronisk, neurologisk sjukdom där områden i det centrala nervsystemet (hjärnan och ryggmärgen) drabbas av återkommande inflammationer. I samband med detta uppstår störningar av neurologiska funktioner, där de specifika symptomen beror på var den aktuella inflammationshärden sitter. Sjukdomen kan drabba människor i alla åldrar, men det är ovanligt att den debuterar före 15 års ålder respektive efter 60 års ålder. I Sverige insjuknar närmare 1000 personer varje år i MS, vilket motsvarar 19 personer i Region Kronoberg. Totalt finns det cirka 17 500 personer som har sjukdomen i Sverige, vilket motsvarar drygt 300 personer i Region Kronoberg. Ungefär dubbelt så många kvinnor som män drabbas. MS anses vara den vanligaste orsaken till neurologisk funktionsnedsättning på grund av sjukdom bland unga vuxna individer.

Förloppet varierar mycket från individ till individ. Men hos 80-90 procent av alla drabbade förekommer det perioder med övergående neurologiska symptom, så kallade skov, i början av sjukdomsförloppet. Mellan skoven går då symptomen spontant helt eller delvis tillbaka. För 10-20 procent av alla som drabbas av MS debuterar sjukdomen i stället med långsamt tilltagande neurologiska symptom, utan skovvisa svängningar av besvären. Diagnosen är i dessa fall lite svårare att fastställa och tillståndet är då lättare att förväxla med andra neurologiska sjukdomar. Denna form av MS kallas primärprogressiv MS. Utan behandling kommer de allra flesta personer med skovvis MS förr eller senare att uppleva en smygande försämring av sina neurologiska besvär, vilket kallas sekundärprogressiv MS.

1.3 Resurs, kompetens

För bedömning och rehabilitering av patienter med MS bör det finnas interdisciplinära team med specialiserad kompetens inom området. Att arbeta interdisciplinärt innebär att personer med olika yrken samarbetar kring en patient, med patienten i centrum och mot samma mål. Sådana team bör finnas på lasarettet i Växjö, lasarettet i Ljungby och på Rehabiliteringskliniken i Växjö.

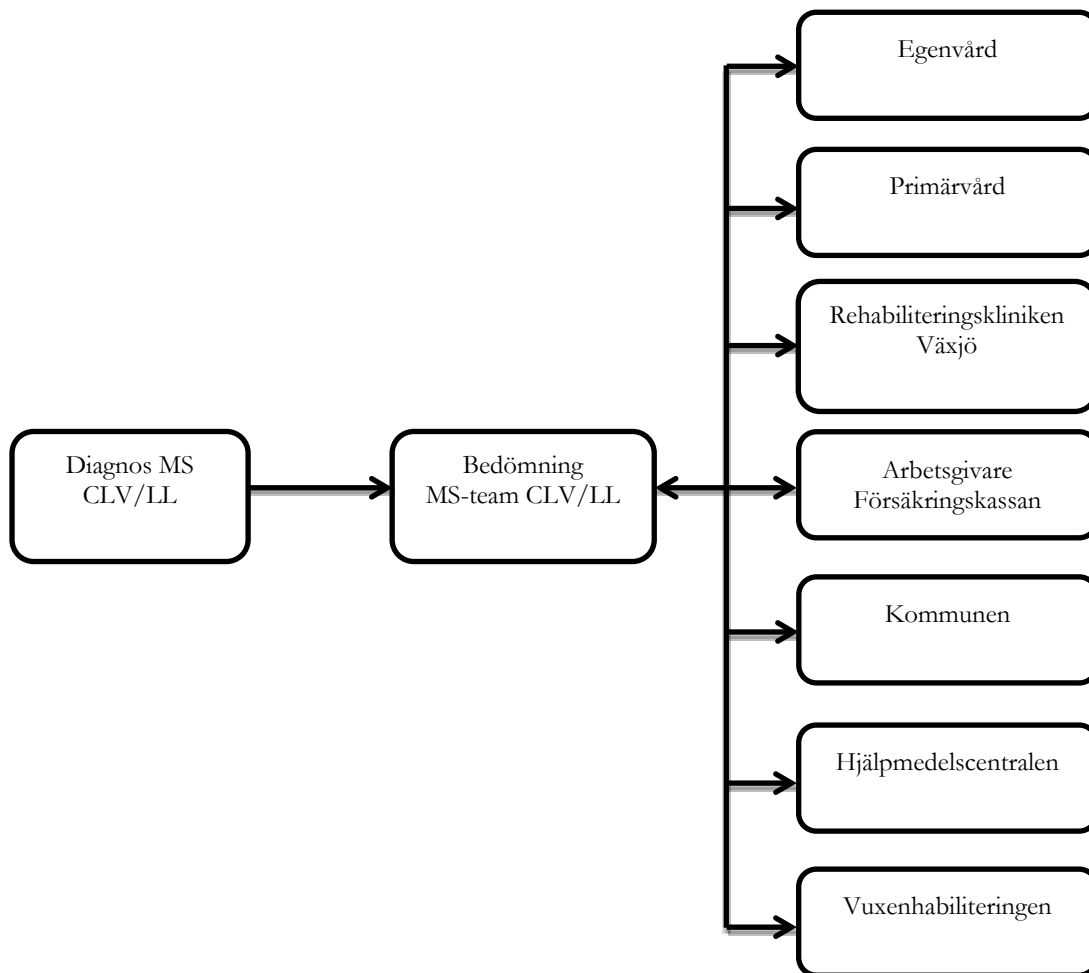
Det ska finnas viss kunskap om MS-rehabilitering inom primärvården.

Lokaler och utrustning bör vara anpassade till patientgruppens behov exempelvis bassäng, välutrustade träningslokaler, bedömningskök och möjlighet till utprovning av kylväst.

För att även långväga patienter ska kunna ta del av dagrehabilitering, så bör det finnas övernattningsmöjligheter.

De som arbetar med patientgruppen bör fortlöpande delta i utbildningar och konferenser inom området.

2 Flöde/process



Alla nydiagnostiserade patienter erbjuds att träffa MS-teamet i Växjö eller Ljungby. MS-teamet består av neurolog, MS-sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator och vid behov logoped, dietist och uroterapeut. Vid behov ska möjlighet finnas för kris- och stödsamtal i samband med diagnos.

Utifrån bedömningen kan olika insatser bli aktuella exempelvis kontakt med kommunen och/eller hjälpmedelscentralen vid hjälpmedelsbehov, kontakt med försäkringskassa och arbetsgivare för hjälp med arbetsåtergång, kontakt med fysioterapeut/sjukgymnast och/eller arbetsterapeut i primärvården för råd om egenvård och eventuellt ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR).

Vid behov av specialiserad rehabilitering erbjuds detta på Rehabiliteringskliniken i Växjö. Remiss skickas då och i första hand kallas patienten till dagrehabilitering eller mottagningsbesök. I Växjö finns möjlighet till dagrehabilitering, 5-dygns och 7-dygns vård och för långväga patienter kan övernattningsmöjligheter erbjudas vid behov i samband med dagrehabilitering. Samverkan sker vid behov med kommunen, försäkringskassa och arbetsgivare.

Efter avslutad rehabiliteringsperiod är målet att patienten ska kunna fortsätta med egenvård inom olika områden.

Vid behov av ny rehabiliteringsperiod skickas egenremiss eller extern remiss till rehabiliteringskliniken i Växjö, där en ny bedömning görs.

Om det endast finns behov av basala insatser av fysioterapeut/sjukgymnast och/eller arbetsterapeut, ska detta kunna tillgodoses inom primärvården.

Personer under 65 år med omfattande funktionsnedsättningar som ger betydande svårigheter i den dagliga livsföringen kan ansöka om råd och stöd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Habiliteringen ansvarar för råd.

3 Rehabilitering

3.1 Utredning/bedömning

Vid nydiagnostiserad MS eller vid akut inläggning pga skov gör MS-teamet en yrkesspecifik bedömning av det aktuella rehabiliteringsbehovet. Läkaren och sjuksköterskan har även en screenande funktion vad gäller blåsproblematik, sex- och samlevnadsproblematik, samt röst-, tal- och svälj- och nutritionsproblematik.

Vid egenremiss eller extern remiss till Rehabiliteringskliniken Växjö görs bedömningen av teamet där.

Indikationer för behandling

Vid nedsatt aktivitetsförmåga och/eller fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning erbjuds fortsatta åtgärder enligt flödesschema.

3.2 Behandling/åtgärd

MS-teamet

Information och råd om egenvård.

Kris- och stödsamtal.

Vid behov förmedlas kontakt med kommunen för utprovning av hjälpmedel, med försäkringskassa och arbetsgivare för hjälp med arbetsåtergång, med primärvården eller rehabiliteringskliniken för rehabiliteringsinsatser.

Rehabiliteringskliniken Växjö

Individanpassad specialiserad interdisciplinär rehabilitering med tillgång till läkare, sjuksköterska, undersköterska, logoped, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, kurator, psykolog, dietist och uroterapeut.

Det finns möjlighet att delta i MS-skola och grupp för mental trötthet. MS-skola är en kombination av patientskola och samtalsgrupp. Trötthetsgruppen är för patienter med besvär av fatigue, där syftet är att få ökad kunskap och att lära sig hantera problemen det medför i vardagen.

Utprovning av kylväst och kylkeps görs av sjukgymnast på Rehabiliteringskliniken i Växjö.

Primärvården

Individanpassade insatser hos fysioterapeut/sjukgymnast och/eller arbetsterapeut.

Vuxenhabiliteringen

För patienter med mångfacetterade och uttalade funktionsnedsättningar, som inte kan tillgodogöra sig rehabilitering utan framför allt behöver långsiktigt stöd kan vuxenhabiliteringen till personer i yrkesverksam ålder erbjuda insatser enligt LSS. Insatsen ska vara individuellt anpassad och innefattar även stöd till närstående.

3.3 Levnadsvanor

När man lever med en kronisk sjukdom så har levnadsvanor en stor betydelse för hälsan. Vid besök inom sjukvården erbjuds därför patienten hälsosamtal med sjuksköterska om levnadsvanor och upplevelse av hälsa samt samtal med fysioterapeut/sjukgymnast om fysisk aktivitet. Vid behov finns möjlighet till dietistkontakt för kvalificerad rådgivande samtal gällande matvanor.

3.4 Egenvård

Målsättningen är alltid att patienten ska fortsätta med egenvård i någon form, för att själv få möjlighet att ta ansvar för den egna rehabiliteringen.

3.5 Uppföljning

Rehabiliteringsplanen ligger till grund för behandlingsinsatserna och tidsplaneringen och innefattar gemensamt uppsatta mål. När den tidsbestämda rehabiliteringsperioden har utvärderats avslutas de aktuella insatserna. Patienten informeras om att hon/han vid försämring kan ta kontakt med MS-sjuksköterska CLV/LL eller via remiss till Rehabiliteringskliniken i Växjö. Vid behov av fortsatt hjälp med anpassad träning kan även kontakt tas med primärvårdens sjukgymnast/fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. Tre månader efter avslutad rehabilitering på Rehabiliteringskliniken i Växjö görs en uppföljning av rehabiliteringsplanen via telefon eller återbesök.

3.6 Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

- Information av teamet i samband med första bedömning
- Närstående erbjuds samtal med kurator
- Information om samhällets stöd och resurser

- Rehabiliteringssamtal för patient och närstående med upprättande och utvärdering av rehabiliteringsplan.
- Närstående erbjuds att delta aktivt i rehabiliteringen.

3.7 Patientsäkerhet, riskanalys

- Fallriskbedömning ska göras på alla patienter. På Rehabiliteringskliniken i Växjö används ett speciellt mätinstrument, Downton Fallrisk Index.
- Patienter som behandlas med specifika mediciner följs upp av arbetsterapeut respektive fysioterapeut/sjukgymnast på lasaretsrehab enligt fastställda tidsintervall.
- Överföring av information och planering av vård görs enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Se länk nedan.
- Standardiserade bedömningsinstrument ska användas i möjligaste mån.

3.8 Mål och mätetal

- 100 % av alla MS-patienter ska ha fått muntlig och skriftlig information av MS-sjuksköterska CLV/LL om kontaktvägar i vården.
- Patientnöjdhetenkät bör genomföras regelbundet av neurologmottagningen och frågorna ska beröra hela vårdkedjan
- Livskvalitetsskattning EQ5D används enligt riktlinje för medicinering och nydiagnosticerade.

3.9 Dokumentation

Journal i Cosmic

4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Rehabiliteringsplanen ägs av patienten och bör följa med genom hela vårdkedjan. Dokumentet ska finnas tillgängligt för alla vårdgivare i dokumentationssystemet. Rehabiliteringsplanen upprättas/revideras och utvärderas vid nya rehabiliteringsinsatser, oavsett var patienten befinner sig i vårdkedjan.

5 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Det går att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i vissa väntrum på de olika mottagningarna. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

6 Kvalitetsindikatorer

- Alla MS-patienter ska registreras i det nationella MS-registret för att sedan kunna användas vid utvärdering.

- Kvalitetsregister ”Webrehab” används som utvärdering för patienter på rehabiliteringskliniken i Växjö i samband med rehabiliteringsperiod.

7 Referenser

Nationella riktlinjer för multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom.

8 Länkar

- [FYSS](#)
- [Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)
- www.1177.se (Regler och rättigheter, LSS)
- socialstyrelsen.se
- <http://mf.gu.se/> (Mental trötthet)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.