

Rehabilitering vid Parkinsons sjukdom

Gäller för: Region Kronoberg

1 Innehåll

Rehabilitering vid Parkinsons sjukdom	1
2 Inledning.....	2
2.1 Målgrupp.....	2
2.2 Resurser, kompetens	3
2.3 Definitioner	3
3 Flöde/process.....	3
4 Rehabilitering.....	4
4.1 Utredning/bedömning	4
4.2 Indikationer för behandling.....	4
4.3 Behandling.....	4
4.4 Levnadsvanor.....	4
4.5 Egenvård.....	5
4.6 Uppföljning	5
4.7 Delaktighet och information till patient och närstående.....	5
4.8 Patientsäkerhet, riskanalys.....	5
4.9 Mål och mätetal.....	5
5 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring.....	6
6 Patientorganisationer	6
7 Kvalitetsindikatorer.....	6
8 Referenser/Länkar	6

2 Inledning

Riktlinjerna ska säkerställa att nedanstående områden tillgodoses genom:

- att tillgängliga rehabiliteringsresurser synliggörs och används så effektivt som möjligt samt fördelas utifrån patientens behov i samverkan mellan vårdens aktörer
- att rehabiliteringsinsatserna bygger på utvärderingar som är evidensbaserade och/eller på beprövad erfarenhet samt utformas för att möta patientens individuella behov på bästa sätt
- att rehabiliteringsinsatserna är övervakade och säkra för att förhindra patientskada i återkommande riskförebyggande arbete
- att rehabiliteringsprocessen bidrar till att patienter med Parkinson får rätt rehabilitering i rätt tid vid sjukdomens olika stadier
- att säkra patientens möjlighet att få likvärdig rehabilitering i alla delar av Region Kronoberg.

2.1 Målgrupp

Denna rehabriktlinje vänder sig till patienter med Parkinsons sjukdom (utgör ungefär 50 % av diagnospektrumet) och patienter med atypiskt Parkinsonsyndrom eller Atypisk parkinsonism.

Parkinsons sjukdom är en progressiv neurodegenerativ sjukdomsprocess som ger upphov till en relativt typisk sjukdomsbild. Orsaken är förlust av dopaminceller i hjärnans basala ganglier. Vanligaste insjuknande åldern är 65 år men 10% är yngre än 40 år vid debuten av de motoriska symtomen. Man räknar med att 18 000 personer i Sverige är drabbade, vilket innebär ca 270 personer i Kronoberg.

Motoriska kardinalsymtom är stelhet, skakningar, förlångsamning och balansproblem. Icke-motoriska symtom hör också till sjukdomsbilden då även andra signalsubstanser som serotonin, noradrenalin och acetylkolin berörs.

Parkinson sjukdom indelas som regel i 3 faser:

- Tidig fas, där effekten av medicineringen är god och man har en god motorisk funktion. Kan vara i 5 år.
- Komplikationsfasen - man brukar tala om en motorisk komplikationsfas och en neuropsykiatrisk komplikationsfas. Svårare att få god effekt av medicineringen utan besvärande biverkningar.
- Palliativ fas - där patienten är långt kommen i sin sjukdom och där hjärnans lagringskapacitet för dopamin är förlorad. Symtomen, både motoriska och neuropsykiatriska svarar inte så bra på behandlingen och pga. oacceptabla biverkningar måste man reducera medicineringen.

Atypisk parkinsonism kallas den grupp av sjukdomar som har parkinsonism och dessutom andra neurologiska symtom och fynd. Begreppet innefattar flera distinkta sjukdomar i basala ganglierna: Multi System Atrofi (MSA), Lewy Body demens (LBD), Progressiv supranukleär pares (PSP) och Cortico basal degeneration (CBD).

Denna grupp av sjukdomar har ett snabbare förlopp, medan Parkinsons sjukdom har ett långsammare. Symtombilden är väldigt varierande från individ till individ.

2.2 Resurser, kompetens

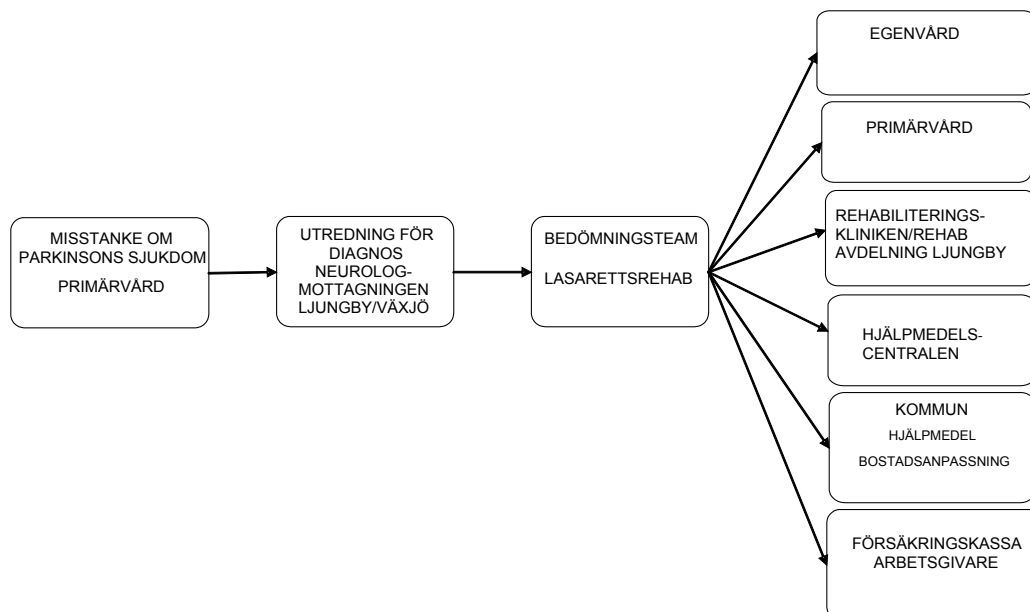
Vid bedömning och rehabilitering av patienter med Parkinsons sjukdom krävs det multiprofessionella team med betydande erfarenhet inom området (läkare, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och vid behov logoped, dietist, uroterapeut). Det bör även finnas någon/några med betydande erfarenhet inom primärvården.

2.3 Definitioner

Parkinsonsteam vid lasaretten i Ljungby och Växjö består av neurolog, parkinsonsjuksköterska samt arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, logoped och vid behov kurator och dietist.

Rehabiliteringsklinikens team för Parkinson: består av läkare med specialistkompetens inom rehabiliteringsmedicin samt sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast, logoped och vid behov kurator, uroterapeut och dietist.

3 Flöde/process



Alla nydiagnostiserade patienter erbjuds att träffa Parkinsonsteam i Växjö eller Ljungby. Vid behov ska möjlighet finnas för kris- och stödsamtal i samband med diagnos. För att patienten ska få samtalsstöd utan fördröjning kan kurator både i Växjö och Ljungby vara behjälpliga.

Utifrån en teambedömning kan olika insatser bli aktuella till exempel kontakt med kommunen vid akut hjälpmedelsbehov, kontakt med försäkringskassa och arbetsgivare för hjälp med arbetsåtergång, kontakt med primärvård för insatser av fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut, eller råd för egenvård som kan vara Fysisk aktivitet på Recept (FaR).

Vid behov av specialiserad rehabilitering erbjuds detta på Rehabiliteringskliniken i Växjö eller rehabavdelning Ljungby. 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. I Ljungby finns dagrehabilitering och slutenvårdsrehabilitering.

Samverkan sker vid behov med aktuell kommun, försäkringskassa och arbetsgivare.

Efter avslutad rehabiliteringsperiod ska patienten i första hand kunna fortsätta med egenvård.

4 Rehabilitering

4.1 Utredning/bedömning

Parkinsonsteam på CLV/LL gör en teambaserad bedömning av det aktuella rehabiliteringsbehovet, vid nydiagnosticering och utifrån behov vid försämring.

4.2 Indikationer för behandling

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

4.3 Behandling

Parkinsonsteam på CLV/LL:

Information och råd om egenvård.

Kris- och stödsamtal.

Vid behov förmedlas kontakt med kommun och/eller hjälpmedelscentral för utprovning av hjälpmedel, med försäkringskassa och arbetsgivare för hjälp med arbetsåtergång.

Specialiserad, interdisciplinär rehabilitering på Rehabiliteringskliniken:

Rehabiliteringsplanen ligger till grund för alla behandlingsinsatser, tidsplaneringen och innefattar gemensamt uppsatta mål.

Utifrån behov förmedlas kontakt med kommun och/eller hjälpmedelscentral för utprovning av hjälpmedel, med försäkringskassa och arbetsgivare för hjälp med arbetsåtergång.

Primärvården:

Vid behov kan patienten erbjudas gruppgymnastik, bassängträning och/eller individanpassad behandling.

4.4 Levnadsvanor

Hälsosamma matvanor som täcker närings- och energibehov är av stor betydelse för allmänbefinnande och för att förebygga komplikationer relaterade till undernäring så som förlust av muskelmassa. Det kan påverka patientens självständighet och förmåga att klara ADL. Stöd till patienter med olika grad av dysfagi är angeläget då det ofta innebär ett ensidigt och bristfälligt näringsintag.

Fysisk aktivitet är av största vikt vid Parkinsons sjukdom och ska påbörjas tidigt i sjukdomsförloppet. Fysisk aktivitet påverkar inte sjukdomsförloppet, men kan förbättra motorik och ADL-funktioner samt leda till ett förbättrat allmäntillstånd. Konditionsträning och specifik uthållighetsträning har i vetenskapliga studier visat sig ha god effekt och kan rekommenderas i vissa fall. Den fysiska aktiviteten kan även förväntas förebygga inaktivitet och rörelserädsla samt minska risken för fallskador.

4.5 Egenvård

Målsättningen är alltid att patienten ska fortsätta med egenvård i någon form, för att själv få möjlighet att ta ansvar för sin rehabilitering. En form av egenvård är FaR.

4.6 Uppföljning

När den tidsbestämda rehabiliteringsperioden har utvärderats avslutas de aktuella insatserna.

Patienten informeras om att hon/han vid försämring kan ta kontakt med parkinsonsjuksköterskan CLV/LL eller söka via remiss till Rehabiliteringskliniken i Växjö.

4.7 Delaktighet och information till patient och närstående

- Alla patienter ska ha fått muntlig och skriftlig information av parkinsonsjuksköterska CLV/LL om kontaktvägar i vården.
- Information om samhällets stöd och resurser.
- Närstående erbjuds samtal med kurator.
- Närstående erbjuds att aktivt delta i rehabiliteringen.
- Rehabiliteringssamtal för patienter och närstående med upprättande och utvärdering av rehabiliteringsplan.
- Pärm med patientinformation finns på Rehabiliteringskliniken i Växjö.

4.8 Patientsäkerhet, riskanalys

- Fallriskbedömning ska göras och dokumenteras på alla patienter i rehabiliteringsprogram på Rehabiliteringskliniken. Bedömningen ska göras företrädesvis med standardiserade bedömningsinstrument.
- Överföring av information och planering av vård görs enl. SOFS 2008:20

4.9 Mål och mätetal

- Alla patienter som rehabiliteras på Rehabiliteringskliniken och rehabiliteringsavdelning i Ljungby ska ha en skriftlig rehabiliteringsplan.
- Alla patienter i rehabiliteringsprogram ska vara fallriskbedömda.
- Patientnöjdhetsmätning ska göras.
- Vikt och längd ska regelbundet tas på alla patienter

5 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Aktuell rehabiliteringsplan ska finnas enligt behandlande enhets rutiner. Den ägs av patienten och följer med genom hela vårdkedjan, i både region och kommun.

6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet.

7 Kvalitetsindikatorer

- Nöjdhetsenkäter ska genomföras regelbundet för patienter.
- Alla patienter ska ha fått muntlig och skriftlig information av parkinsonsjuksköterska CLV/LL om kontaktvägar i vården.
- Utvalda indikatorer som finns i Webrehab i samband med rehabiliteringsperiod på Rehabiliteringskliniken.

8 Referenser/Länkar

- [Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)
- [Fyss.se/Parkinsons-sjukdom.pdf](https://fyss.se/Parkinsons-sjukdom.pdf)
- [Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Stöd för styrning och ledning](#)

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