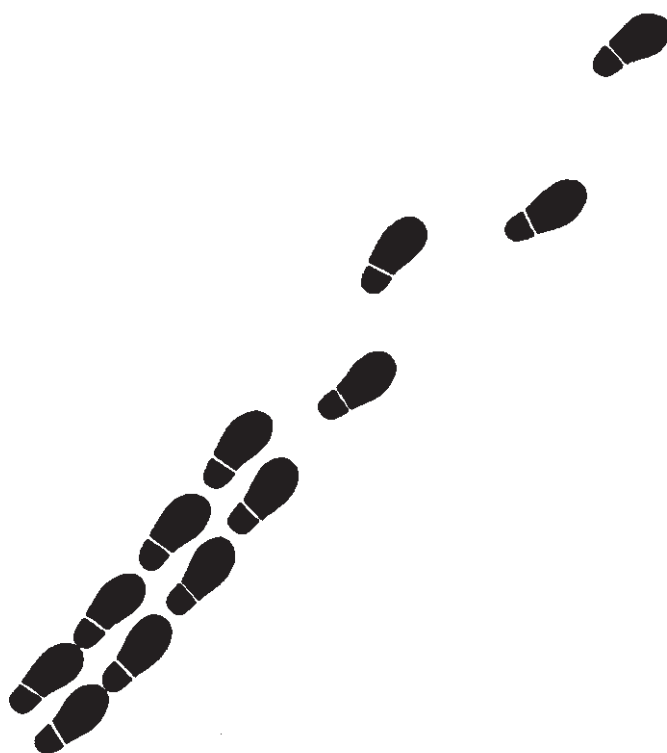


Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
**Lokalt
VÅRDPROGRAM**
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM
Lokalt
VÅRDPROGRAM



Parkinsons sjukdom

2011-2014



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Skaraborgs Sjukhus och Primärvården Skaraborg



skaraborgs
kommunalförbund

Innehållsförteckning

Inledning	2
Arbetsgruppens sammansättning	2
Syfte	2
Avgränsningar	2
Historik	3
Epidemiologi	3
Symtom	3
Diagnoskriterier, utredning och differentialdiagnoser	4
Utredning	5
Behandling	7
Farmakologisk behandling	7
Medicinering i tidig sjukdomsfas	7
Sen fas	8
Parkinsonkirurgi	11
Duodopa	11
Apomorfin-penna/Pump	11
Medicinering i samband med elektiv kirurgi	12
Regelbunden uppföljning	12
Arbetsförmåga	12
Stödjande behandling	12
Omvårdnad	13
Bemötande	13
Observationer/omvårdnadsåtgärder	14
Stöd till närstående	16
Vårdkedjan	17
Vårdnivåer	17
Yrkesgrupper i vårdkedjan	18
Samverkan	21
Fortbildningsinsatser	22
Patientförening	22
Kvalitetsutveckling	22
Mål för verksamhetsområdet	23
Implementering	23
Referenser	24
Ordlista/förkortningar	25
Bilaga 1 Undersökningar	27
Bilaga 2 Medicinering i samband med elektiv kirurgi	28
Bilaga 3 Rörelseskattning vid Parkinsons sjukdom	29
Instruktion till personal	29
Instruktion till patient	30
Skattnings schema	31
Bilaga 4 PDSS	32

Inledning

Parkinsons sjukdom är en kronisk och fortskridande sjukdom och den vanligaste åldern för insjuknande är mellan 50-70 år, med förväntad normal livslängd. Det är en förhållandevis liten patientgrupp och därför svårt att hålla hög kompetens inom alla vårdnivåer. Ny kunskap och erfarenheter från klinisk verksamhet behöver delges berörd personal på alla vårdnivåer.

Patienternas och även närståendes livskvalitet påverkas i hög grad och under lång tid. För att kunna ge en bra behandling krävs bred kompetens vilket innebär att många yrkeskategorier behöver samverka. Vid olika skeden av sjukdomen behöver patienten vård på olika vårdnivåer och det är därför betydelsefullt med en sammanhållen vårdkedja.

Skaraborgs sjukhus fick i uppdrag att ansvara för att ta fram ett organisatoriskt vårdprogram för Parkinsons sjukdom. Vårdprogrammet färdigställdes 2007. Hösten 2010 påbörjades revidering.

Vårdprogrammet innehåller riktlinjer och översiktlig behandling av Parkinsons sjukdom och beskriver var i vårdkedjan insatserna bör ges. Vårdprogrammet har utarbetats gemensamt av och för Skaraborgs Sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård i Skaraborg. Arbetsgruppen har haft en bred sammansättning. Under arbetet med vårdprogrammet har synpunkter från patientförening inhämtats.

Behandlingsavsnittet vänder sig i första hand till medarbetare inom sjukvården medan övriga avsnitt även vänder sig till vårdtagare, administratörer och beslutsfattare.

Arbetsgruppens sammansättning

Ulla Lennartsson	Sjuksköterska, Skaraborgs sjukhus, ordförande
Magnus Fogelberg	Läkare, neurolog Skaraborgs sjukhus
Marie-Louise Ljungberg	Kurator, Skaraborgs sjukhus
Kristina Wallqvist	Sjuksköterska, Skaraborgs sjukhus
Britt-Marie Wallén	Arbetsterapeut, Primärvård
Per Angesjö	Distriktsläkare, Primärvård
Magnus Wedin	Sjukgymnast, Primärvård
Malin Swärd	Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Kommunförbundet

Syfte

Syftet med vårdprogrammet är att klargöra ansvarsfördelning och ge en översikt över behandlingsinsatser för att ge optimal vård i varje skede. Vårdprogrammet ska kunna fungera som vägledning för vårdpersonal som har hand om parkinsonpatienter i olika vårdnivåer så att patienten får ett enhetligt kvalificerat omhändertagande.

Avgränsningar

Det organisatoriska vårdprogrammet gäller patienter med diagnosen Parkinsons sjukdom (ICD-10 SE diagnoskod G20.9). Det ska inte vara ett heltäckande behandlingsprogram utan tonvikten ska ligga på var behandlingsinsatserna ska ske.

Historik

Redan 1817 beskrevs sjukdomen av James Parkinson. Första behandlingsförsöken genomfördes på 1860-talet. År 1919 beskrevs postencefalitisk parkinson, resttillstånd efter inflammation i hjärnan (encefalit). På 50-talet, när dopaminets roll klarades, fick man förståelse för nya behandlingsmöjligheter med L-dopa (levodopa), som prövades på 60-talet. Dessförinnan hade man fått begränsad effekt av antikolinergika. Nedbrytningshämmare för att effektivisera L-dopabehandlingen tillkom. L-dopa, som är ett förstadium till kroppens eget dopamin, revolutionerade behandlingen. Dopaminagonister (ger liknande effekt på receptorer som dopamin) och ytterligare nedbrytningshämmare har sedan 80-talet fått ökad användning.

Epidemiologi

Sjukdomen förekommer hos ca 15/10 000 invånare, men över 60 år blir den ca 100/10 000 och i högre åldrar ca 200/10 000. Mellan 400 och 500 parkinsonpatienter beräknas finnas i Skaraborg. Ärftliga former förekommer, arv och miljöfaktorer samverkar i olika grader. Personer med nära släkting som har Parkinsons sjukdom har cirka 6 ggr ökad risk att insjukna. Ingen bra preventionsmetod finns ännu.

Med korrekt behandling skall livslängden ej påtagligt påverkas. Däremot ökar behoven av stöd från omgivningen med sjukdomslängd och sjukdomen blir alltmer svårbehandlad.

Symtom

Parkinsons sjukdom bör skiljas från parkinsonliknande tillstånd relaterade till annan sjukdom eller t ex läkemedelseffekt. Rent praktiskt innebär detta att man dels måste hitta sjukdomstecken som ger stöd för diagnosen, men även värdera om det finns faktorer i sjukhistorien eller undersökningsfynden som ger stöd för annan orsak. Olika diagnostiska scheman förekommer, se nedan.

I praktiken ses ett successivt tilltagande, huvudsakligen motoriskt handikapp med rörelsefattigdom (hypokinesi, se även ordlista), allt långsammare rörelsehastighet (bradykinesi) och startsvårigheter. Problem med repetitiva rörelser (skrift, tandborstning m.m.) tillkommer ofta. Därtill kommer en ofrivillig, ibland smärtsam muskelanspänning (rigiditet, dystoni) och skakningar (tremor) i arm och ben. Symtomen uppkommer till följd av ett successivt bortfall av dopaminhaltiga nervceller i hjärnan. De uppträder först i de kroppsdelar för vilka bortfallet är som störst. Behandling med L-dopa medför en ökad halt av dopamin i dessa nervbanor och därmed en (kortvarig) förbättring av motoriken för varje dos som intages. Symtomen finns i varierande grad och lokalisation för olika människor. Besvären börjar oftast i ena kroppshalvan; hand eller fot känns svag och förlorar sin finmotoriska förmåga. Gångförmågan drabbas ofta. Muskelanspänningen uppträder vanligen först lokalt i någon kroppsdel (dystoni), ibland med tyngdkänsla eller värk som sedan sprider sig. Kroppshållningen förändras då muskulatur invid kotpelaren (axial) drabbas. Skakningar börjar oftast

i vila initialt och blir sedan alltmer vanlig vid viljemässig rörelse och då mer handikappande. Man har även sett förändringar i serotonin-, noradrenalin- och acetylcholin- kärnor i centrala nervsystemet. Detta bidrar sannolikt till ökad risk för psykiatriska komplikationer.

Problem som kan förekomma: svårstyrd över- och underrörlighet, depressioner, sömnstörningar, sväljnings- och talbesvär, förstoppning, kognitiva besvär, psykotiska symtom med vanföreställningar, hallucinationer, balanssvårigheter, inkontinens, impotens samt värkproblematik. Parkinsonpatienter kan ha svårt att utföra flera motoriska uppgifter samtidigt.

Diagnoskriterier, utredning och differentialdiagnoser

Diagnos kan ofta inte sättas förrän efter flera års uppföljning men för praktiskt bruk finns flera system med diagnoskriterier med varierande grad av säkerhet. Ur UK Parkinson's Disease Society Brain Bank diagnostiska kriterier hämtas:

Steg 1. Diagnoskriterier för Parkinsonsyndrom

- Bradykinesi (förlångsamning av viljemässiga rörelsens initiering med successiv reduktion av hastighet och amplitud eller upprepade rörelser)
- Och minst ett av följande symtom:
 - muskulär rigiditet
 - 4-6 Hz vilotremor
 - postural instabilitet som inte orsakas av primär synstörning, vestibulär-, cerebellär- eller proprioceptiv dysfunktion

Steg 2. Exklusionskriterier för Parkinsons sjukdom

- Sjukhistora med upprepade stroke, med stegvis utvecklande av parkinsonism.
- Sjukhistoria med upprepade skalltrauma.
- Sjukhistoria med definierad encefalit.
- Okulogyra kriser.
- Neuroleptikabehandling vid symtomdebut.
- Bestående spontan remission
- Strikt unilaterala symtom efter 3 år
- Vertikal blickpares
- Cerebellära symtom
- Tidiga uttalade dysautonomisymtom
- Tidiga demenssymtom med störning av minne och språk samt praxis
- Babinskis tecken
- Cerebral tumör eller kommuniserande hydrocefalus, påvisad med DT eller MR.
- Avsaknad av effekt på hög adekvat levodopa behandling (med utesluten malabsorption)
- MPTP-exponering.

Steg 3. Stödjande, prospektiva, positiva kriterier för Parkinsons sjukdom

Minst tre skall uppfyllas för diagnos av SÄKER Parkinsons sjukdom

- Unilateral debut

- Progressivt förlopp
- Bestående asymmetri, när bilaterala symtom utvecklas, med först drabbade sidan ledande
- Utmärkt förbättring (70-100%) på L-dopa (levodopa)
- Betydande levodopadyskinesi
- God levodopaeffekt i minst 5 år eller mer.
- Mer än 10 års sjukdomsförlopp.
- Hyposmi
- Visuella hallucinationer

(Ref: Hughes A.J, Daniel S.E, Kilford L, Lees, A.J. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. *J Neurol, neurosurg, Psych* 1992; 55: 181-184.)

Revidering 2009: Lees a.j, Hardy J, Revesz T. Parkinsons disease. *Lancet* 2009;373:2055-2066.

Sammanfattning av typiska symtom/statusfynd
<p>Unilateral symtomdebut Hypokinesi/bradykinesi (förminskade och förlångsammade rörelser) Vilotremor (tremor som finns när handen vilar i knät eller hänger fritt vid gång och som försvinner då aktiva rörelser utförs med handen) Rigiditet (otillräcklig muskulär agonist/antagonistrelaxation vid passiv rörelse, lika i hela rörelseomfånget)</p>

Utredning

Klinisk undersökning är viktigast men behöver ibland för differentialdiagnostiska överväganden kompletteras med laboratorieanalyser, särskilt vid osäkerhet i diagnostiken, komplikationer till behandling, oklar sjukdomsbild eller dåligt terapivar:

- blodstatus
- elektrolytstatus
- leverstatus
- P-glukos
- kobalaminer
- folat
- thyreoideaprover
- i många fall radiologisk utredning.

Inga enskilda undersökningar eller laboratorieprover kan entydigt fastställa Parkinsons sjukdom. Flertalet undersökningar avser att utesluta andra tillstånd. Atypiska eller osäkra fall bör utredas med en eller flera undersökningar, se bilaga 1. Av dessa kan DT/MR beställas av behandlingsansvarig läkare medan eventuellt ställningstagande till övriga undersökningar bör ske efter neurologisk specialistbedömning.

Klinisk undersökning	Fynd vid undersökning Till en början enstaka unilaterala och intermittenta fynd, efterhand bilaterala, mer generella och konstanta
<u>Allmän rörelseförmåga</u> <ul style="list-style-type: none"> • mimik • blinkfrekvens • tal • hållning • alternerande rörelser (pronation / supination, trumma tumme mot pekfinger, • fotstamp) • skrivtest 	Generellt få och långsamma rörelser <ul style="list-style-type: none"> • hypomimi • nedsatt blinkfrekvens • hypofont tal • böjd hållning • successivt tilltagande förlångsamning och upphakningar vid alternerande rörelser • långsamt, dålig rytm • mikrografi
Uppresning från stol, gång: hållning, hastighet, medrörelser, steglängd, vändning.	Svårigheter att resa sig, flexionshållning, igångsättningssvårigheter, långsam gång med korta hasande steg, nedsatta medrörelser, vänder med fötterna först och trippande steg (normalt leder blicken och huvudet vändningen).
Tremoranalys i vila, med framsträckta armar och vid rörelse (finger-nästest).	Vilotremor frekvens 4-6 Hz (som minskar eller försvinner vid framsträckning av armar och vid finger-näs).
Muskeltonus.	Rigiditet med eller utan kugghjulsfenomen.
Balansfunktion: Romberg, balansprovokation (patienten dras plötsligt bakåt, ta emot vid fall!).	Intakt Romberg men eventuellt nedsatta skyddsreflexer vid balansprovokation.
Faktorer som talar mot diagnos Parkinsons sjukdom	
<ul style="list-style-type: none"> • Bristande svar på adekvat dopaminerg behandling • Snabb progress • Cerebellär påverkan • Tidig falltendens • Tidig ortostatism • Antecollis • Reflexstegring • Tidig inkontinens, impotens • Symmetrisk symtomdebut • Tidig demens • Kortikala bortfallssymtom: afasi, apraxi, neglekt, kortikal sensorisk defekt • Tidig hallucinos • Blandad dysartri (hypokinetisk, spastisk, cerebellär) • Dysfagi • Vertikal blickpares • Stridorös andning 	

Källa: Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom, Swemedis

Vid kliniskt stark misstanke på Parkinsons sjukdom, d.v.s. typisk tremor, rigiditet och hypokinesi utan tidiga varningstecken på annan diagnos görs **behandlingsförsök** som ett led i diagnostiken, och om detta är positivt kan ytterligare utredning göras i mycket lugnt tempo. Möjligheterna till exakt diagnos och effektiv behandling avtar med åldern. Hos äldre där radiologiska fynd ej innebär ändrad terapi kan man ofta avstå från radiologisk utredning.

Vid misstanke på normaltryckshydrocephalus eller cerebrovaskulär sjukdom görs MR (magnetundersökning) eller DT (datortomografi). Vid misstanke på demenssjukdom, se vårdprogram demens.

Behandling

Nedanstående riktlinjer är rekommendationer. Vid användning av dessa måste adekvata medicinska bedömningar och den individuella patientens situation vägas in. Behandlingsansvaret ligger hos patientens läkare. Mer information om Parkinsons sjukdom finns att läsa i Swemodis svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom (www.swemodis.se). För mer detaljerad information om läkemedel hänvisas till FASS och Läkemedelsboken.

Farmakologisk behandling

- Botar ej.
- Ej visat skyddseffekt mot sjukdomsutveckling (visst stöd kan finnas i studier som dock ifrågasatts).
- Sannolikt är tidig terapi gynnsam.
- Indicerad när man har funktionsnedsättning som ger klara besvär.
- L-dopa har bäst effekt på motoriken, men det är större risk för utveckling av motoriska komplikationer jmf med dopaminagonister, särskilt efter höga doser och så kallad pulsatil (stötvis) behandling. Komplikationerna kommer normalt först efter flera års behandling.
- Hos unga patienter kan dopaminagonister vara att föredra.

Observera att andra parkinsonmediciner än L-dopa bör endast initieras i samråd med neurolog.

Medicinering i tidig sjukdomsfas

Huvudregeln vid nyinsättning av läkemedel är att börja med lägsta praktiska dos och öka dosen en i långsam takt.

- Behandling med levodopa:
 - är förstahandspreparat hos äldre
 - är snabbverkande
 - har bäst effekt på motoriken.
 - har bättre biverkningsprofil beträffande t.ex. hallucinationer även om det inte är några stora skillnader vad gäller hypotension och illamående
 - är kostnadseffektivt
- Behandling med dopaminagonister:
 - är oftast förstahandsval speciellt hos unga patienter, eftersom det senarelägger motoriska komplikationer
 - har ofta bättre effekt mot tonusökningen och mot tremor men inte lika bra effekt mot hypokinesi som levodopa och kan användas som tilläggsmedicinering
- Behandling med selegilin:
 - vid beskedliga symtom hos relativt unga patienter
 - begränsad effekt och man har inte kunnat visa någon säker neuroprotektiv effekt.
- Antikolinerga medel bör undvikas i tidig fas p.g.a. biverkningar och dålig effekt.

Den tidiga sjukdomsfasen kan för äldre patienter handläggas i primärvården eventuellt med stöd av neurolog/parkinsonsjuksköterska. Övriga patienter bör bedömas av neurolog via skriftväxling eller klinisk undersökning av neurolog.

Sen fas

Neurologen har ett huvudansvar för behandling av patienter i sen fas, vilket då ibland kan innebära att man knyter ett nära samarbete med en primärvårdsläkare och den kommunala hälso- och sjukvården och ger klara riktlinjer för den fortsatta behandlingsstrategin. Parkinsonsjuksköterskan kan då finnas med i samarbetet som en resurs.

Vid **otillräcklig effekt** av medicineringen finns ett flertal olika alternativ:

- Uteslut behandlingskrävande infektion, depression eller sömnstörning.
- Öka dosen av levodopa/dopaminagonist
- Kombinera levodopa med COMT-hämmare/MAO-B hämmare
- Kombinera levodopa (med ev. COMT-hämmare) med dopaminagonist
- Apomorfin injektion/infusion
- Intracerebrala stimulerings elektroder
- Levodopa i kontinuerlig tarminfusion (Duodopa)

Symtomfluktuationer

- Se över patientens läkemedelsintag i relation till måltider (ventrikeltömmning, konkurrens i absorption med aminosyror)
- COMT-hämmare/MAO-B hämmare (entakapon och rasagilin har bäst dokumenterad effekt, COMT-hämmaren tolkapon bör hanteras av neurolog p g a biverkningsrisker) eller dopaminagonist bör övervägas (pramipexol eller ropinirol)
- Pröva ev. depotpreparat till natten, extra lösligt L-dopa 25-50 mg vid behov
- Fördela dygnsdosen levodopa på fler tillfällen (det går att lösa upp L-dopa i vatten för mer kontinuerlig tillförsel, ”sipping” (se ordlista)
- Apomorfininjektioner (se nedan) kan ge möjlighet att snabbt men kortvarigt häva annars oundvikliga off-perioder
- Stereotaktisk kirurgi överväges hos patienter upp till 70-75 års ålder vid svåra och läkemedelsresistenta symtom
- Pumpbehandling med apomorfin eller Duodopa

Dystoni

Dystoni innebär smärtsamma muskelkramper, oftast avgränsade till någon muskelgrupp. Den uppträder vanligen först vid uppvaknandet eller under natten som dopaminbristfenomen men förekommer även vid överdosering.

- Ge patienten snabblöslig beredningsform av levodopa som Madopark Quick och Quickmite, enstaka tabletter som tilläggsmedicinering (lös upp dessa)
- Frekventa besvär kan motivera L-dopa som depot-preparat (till natten) och eventuellt COMT-hämmare till sänggåendet alternativt dopaminagonist till natten.
- Vid dystoni under dagen prova tillägg/doshöjning av dopaminagonist
- Dystoni kan också vara ett ”peak dose” fenomen och hanteras då genom sänkning av levodopadosen (ev med kortare doseringsintervall) och ev tillägg av dopaminagonist
- Apomorfinpenna är ett behandlingsalternativ
- Botulinumtoxin kan provas

Överrörlighet

- Tag bort selegilin om patienten har det

- Minska dygnsdosen levodopa tills undersymtom uppkommer
- Öka mängden dopaminagonist tills undersymtom försvinner alternativt lägg till COMT-hämmare men i båda dessa fall sänks levodopa-dosen ytterligare
- Överväg Amantadin
- Överväg kirurgisk behandling

On-off syndrom (snabbt insättande variationer i rörelseförmågan)

- Tillägg av COMT-hämmare/MAO-B hämmare
- Hyperfraktionering av dygnsdosen levodopa (medicinering varannan timme)
- Lägsta tolererade levodopados, högsta effektiva dos av dopaminagonist
- Apomorfinpenna (se nedan)

Svåra skakningar (tremor)

- Tillägg av effektiv dopaminagonist
- Ev. försök med antikolinergika
- Ev. intracerebral stimulering
- Beta-blockad eller bensodiazepiner kan provas vid intermittenta skakningar

Ortostatisk hypotension

- Sätt ut antihypertensiva läkemedel inklusive selegilin (Eldepryl) och sådana som ger postural hypotension tex tricyklika
- Höjning av sängens huvudända
- Ökad vätsketillförsel, salt i kosten, ökad fysisk aktivitet
- Elastiska strumpor har ingen bevisad effekt men kan provas särskilt om annan indikation finns
- Venopressorfarmaka, antiflogistika
- Behandling med mineralkortikoid, gärna till natten

Sömnrubbingar

- Kartlägg orsaken till sömnrubbingen, se omvårdnadsdel
- Utan uppenbara orsaker till sömnproblemen kan mirtazapin, mianserin, eventuellt benzodiazepin övervägas
- Vid beteendestörningar under drömsömn (parasomni) kan klonazepan, mirtazapin eller mianserin övervägas

Hallucinationer, förvirring, psykos

- Överväg om utlösande faktor finns, t.ex. infektion
- Reduktion av läkemedelsdoserna. Man väljer då att sätta ut i turordning först antikolinergika, sedan Amantadin, Selegilin, dopaminagonister, COMT-hämmare, rasagilin och sist levodopa
- Clozapine i låg dos (6.25-25 mg) till natten. OBS! Blodkontroller enligt FASS. Kombination med bensodiazepiner t ex Stesolid kan ge allvarlig påverkan, se Fasstext. Quetiapine kan provas och är ett nytt alternativ men var då vaksam på ev. motorisk försämring, kliniska erfarenheten relativt begränsad
- Hemineurin till natten.
- Vid uttalad oro kan Stesolid användas.

Depression

- Skatta patientens depressiva besvär
- Finns påverkbara yttre faktorer, vid reaktiv depression kan stödsamtal användas

- Farmakoterapi
 - tricykliska/tetracykliska antidepressiva används med försiktighet då de har antikolinerga biverkningar som kan försämra patientens kognitiva funktion
 - SSRI har god effekt, men kan enstaka gånger försämra motoriska funktioner
 - SNRI kan ibland vara mer verksamma
 - ECT kan övervägas, Lithium bör undvikas

Ångest

- Ångestsymtom är vanliga vid PS. Uppträder hos minst 25-40 % av patienterna d v s i högre frekvens än vid andra kroniska sjukdomar som diabetes eller reumatoid artrit.
- Ångest kan vara alltifrån ångslan och oro till fruktan och panik. Vanligen ses tecken på autonom överaktivitet (t ex andnöd, hjärtklappning, svettning, yrsel och illamående) samt också muskulär anspänning (t ex tremor, rastlöshet, värk och trötthet).
- Mycket talar för att ångesten hos patienter med PS inte enbart är en psykologisk reaktion på sjukdomstillståndet utan mera en följd av den underliggande sjukdomen. Många gånger ses framträdande ångestsymtom, ofta i förening med depression, långt innan den motoriska störningen kan konstateras.
- Åtgärd: Registrering av fluktuationer samt optimering av dopaminerga läkemedelsbehandlingen. Insikts- och stödsamtal med patient och närstående.
- Ångest kan också vara en följd av tilltagande kognitiva svårigheter som gör att man får svårare att klara tidigare inlärd situationer. Detta förstärks av en minskad psykomotorisk flexibilitet. Allt medverkar till nedsatt kontroll av känslouttryck med oro, ångest eller apati som följd.
- Behandling: SNRI, eventuellt SSRI, sedativa tricykliska antidepressiva medel, låga doser av bensodiazepiner.

Demens

- Vid misstanke om kognitiv dysfunktion bör man i första hand se över patientens medicinering och försöka reducera den i följande ordning:
 - Sedativa
 - Antikolinergica och amantadin
 - Selegilin
 - Dopaminagonister
 - L-dopa
- Demensutredning
- Överväg kolinesterashämmare, som kan ha god effekt men ibland försämra parkinsonbilden

Urinträngningar/inkontinens

- Uteslut prostatabesvär
- Minska vätskeintaget till natten
- Se över grundmedicineringen, Dopaminbristrelaterat?
- Luta sängen 10 grader med huvudet högst
- Ställningstagande till antikolinerg behandling
- I svåra fall kan Minirin till natten och vid t.ex. resor övervägas. Observera elektrolyttrubbningar

Dysfagi

- Överväg remiss till öronkliniken för bedömning av sväljningsfunktionen med logopedbedömning (dysfagiteamet)
- Dietistkontakt, konsistensanpassad kost
- Försök öka ”on”-tid
- Planera födointag till ”on”-tid. Apomorfininjektion kan provas
- PEG (Percutan Endoskopisk Gastrostomi)

Förstoppning

- Öka intaget av vätska och fibrer
- Goda avföringsvanor, utnyttja gastrocolisk reflex.
- Ökad fysisk aktivitet
- Sätt ut läkemedel med anticholinerg effekt
- Osmotiskt verkande medel t.ex. lactulos och laktitol (vanliga bulklaxantia har ofta dålig effekt särskilt vid svårigheter med vätskeintag)
- Tarmreglerande medel med makrogol

Erekttil dysfunktion och annan sexuell dysfunktion

- Se över medicineringen
- Diskutera tillsammans med patient och partner om problemet är primär sexuell dysfunktion eller om det uppkommit i anslutning till sjukdomen. Eventuell remiss till kurator/sexolog som en del i utredning
- Behandla ev. bakomliggande depression
- Sildenafil, tadalafil, vardenafil och apomorfin kan provas
- Om otillräcklig effekt remiss till urolog
- Hypersexualitet kan förekomma vid all dopaminerg medicinering

Parkinsonkirurgi

Elektrostimulering i thalamus är en effektiv behandlingsform mot svår tremor. Elektrostimulering i subthalamicuskärnan är effektivt mot de flesta motoriska problem vid parkinson och synes bli ett värdefullt behandlingsalternativ vid svåra symtom hos yngre patienter. Behandling genom stereotaktiska, intracerebrala lesioner kan vara indicerat i enstaka fall.

Duodopa

Duodenal tillförsel av L-dopa direkt i tolvfingertarmen. Detta ger en jämnare plasmakoncentration, behandlingen kräver dock en PEG och pump samt har en hög kostnad.

Apomorfin-penna/Pump

Intermittenta subkutana injektioner med apomorfin används som räddningsstrategi för handikappande behandlingsresistenta ”off”-perioder hos patienter som redan får optimal dos peroral anti-parkinson medicinering. Ingen beroendeframkallande effekt och ej någon direkt smärtstillande. Apomorfin verkar efter 5-15 minuter och effekten varar 30-70 min. Det kan bidra till blodtrycksfall, illamående och somnolens. Man bör starta upp behandlingen med ett par dagars tillförsel av Motilium för att motverka kräkningar. Apomorfin kan även ges som kontinuerlig subcutan infusion oftast med nattuppehåll och har vanligen god effekt. Den kräver dock en del praktisk hantering och kunskap hos patient med eventuellt stöd av

kommunsköterska. Vanliga problem är förhårdnader i underhuden, utöver ovanstående problem.

Medicinering i samband med elektiv kirurgi

Några helt generella råd kan inte ges och hänsyn behöver tas till såväl operationsindikation som typ av narkos och förväntat tillstånd efter operation. Vissa riktlinjer finns i ”Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom”, se bilaga 2.

Regelbunden uppföljning

Då diagnosen Parkinsons Sjukdom först kan ställas efter kunskap om förlopp, utveckling över tid och efter observation av behandling, och inte kan ställas vid ett tillfälle är regelbunden uppföljning av största vikt.

Vid varje öppenvårdsbesök bör en värdering göras av motoriska funktionen (se kliniskt status), autonom dysfunktion, balans, kognitiv förmåga och eventuellt psykiska symtom. Bedömning bör även göras av social situation och vid behov kan övervägas närståendesamtal.

⇒ Årliga kontroller:

- Vikt
- Blodtryckskontroller; liggande, direkt stående samt efter 2-5 minuter
- Blodstatus, elstatus och leverstatus
- Eventuellt kobalaminer, folat. Eftersom L-dopabehandling kan påverka dessa värden bör man vara frikostig med provtagning vid bristsymtom.

⇒ Tätare kontroller rekommenderas om det finns skäl att tro att patienten inte rapporterar försämring eller andra problem till vårdcentral/parkinsonmottagning

Arbetsförmåga

Patienten kan i tidig fas ofta förvärvsarbeta men kan ha behov av korttidssjukskrivning för att återhämta sig, medan det allteftersom sjukdomen fortskrider blir allt ovanligare med arbetsförmåga. Se Swemodis (G, sid. 43-44, oktober 2009).

Stödjande behandling

Vid behandling av Parkinsons sjukdom krävs ofta insatser från flera yrkesgrupper för att patienten ska få en fungerande vardag och bra livskvalité. Det behövs råd, stöd och behandling på en rad olika områden såsom fysisk aktivitet, ADL och matsituation och vid talproblem, sociala och psykologiska problem samt information och undervisning om hur sjukdomen fungerar. Olika yrkesgruppers insatser redovisas på sid. 18.

Patienten behöver själv hålla sig fysiskt aktiv och behöver instruktion om hur ADL, hållning, rörlighet och allmän kondition kan bibehållas. För mer detaljerad information hänvisas till FYSS.

Omvårdnad

Bemötande

Det är många faktorer man måste ta hänsyn till i kontakten med personer med Parkinsons sjukdom. Bemötandet är grunden för god omvårdnad. Nedanstående punkter kan vara till hjälp i mötet med patienten:

- **Information**

Patient och närstående behöver fortlöpande information anpassad till person om en individuellt växlingsrik sjukdom, om egenvård och aktivering. Med kunskap ges patient och närstående förutsättningar att förstå vad sjukdomen innebär och hitta strategier att hantera sin vardag och bibehålla sin självständighet. En del i detta är att patienten lär sig kroppens reaktioner på sjukdomen och sjukdomens behandling. Att få information, exempelvis genom "Parkinsonskola", som visar på möjligheter både nu och i framtiden upplever många patienter är av stor betydelse, speciellt vid diagnostillfället. Viktig information bör om möjligt ges både muntligt och skriftligt och det kan ibland vara bra för patienten att ha någon närstående med sig vid besöket i sjukvården.

- **Kommunikation**

Många faktorer påverkar kommunikativ förmåga såsom ansiktsuttryck, kroppsspråk, personens framtoning samt tal och skrivförmåga. Vid Parkinson sjukdom kan förändringar i dessa faktorer bli ett socialt handikapp. Många parkinsonpatienter har kognitiva svårigheter som inte alltid märks i vanligt samtal men som gör att patienten behöver extra tid. Ansiktsmimik och röst kan vara påverkade vilket kan leda till missförstånd om patientens känslor och/eller uppfattningsförmåga. I bemötandet är miljö med få störande moment viktigt och att man ger patienten tid. Information av vikt bör lämnas när patienten har god medicineffekt.

- **Neuropsykologiska förändringar**

Kognitiva störningar kan finnas tidigt i sjukdomsförloppet men kan vara svåra att upptäcka vid vanligt samtal. Dessa kan förväxlas med ångest, oro och stresskänslighet som patienten ofta beskriver. Vanliga kognitiva förändringar som kan ge problem i vardagen hos Parkinson patienter (även utan demens):

- **Exekutiva störningar**

En intellektuell tröghet kan med tiden ge svårigheter vid aktiviteter som kräver flexibilitet och snabbhet. Man kan få svårigheter med att integrera och samordna sina intryck och därmed att planera, utföra och kontrollera sina handlingar. Detta betecknas som exekutiva störningar. Dessa kan ge perseveration dvs. svårighet att skifta "spår", och man kan fastna i en tanke och/eller handling. En parkinsonpatient kan ha kunskaper, insikter och avsikter men sakna förmågan att omsätta sina tankar i tal och att utföra rörelser. Detta innebär att patienten behöver extra tid att lösa uppgifter och även t.ex. beskriva sin situation muntligt vid läkarbesök. Ett observandum är grad av exekutiva svårigheter och psykomotorisk förlångsamning då detta i svårare fall kan utgöra ett riskmoment vid exempelvis bilkörning.

- **Minnessvårigheter**

Nedsatt minne kan ge inlärningsproblem (arbetsminne) och svårigheter att minnas tidigare inlärt material (färdighetsminne). Det kan tex. visa sig i att

parkinsonpatienten ”tappar tråden” i tanke och handling.

- **Visuo-spatial nedsättning**

Man kan få svårt att identifiera förhållanden mellan saker man ser vilket kan ge problem med rumsorientering, avståndsbedömning, konstruktionsmoment tex. pussel och i svårare fall att avläsa klockan.

- **Stress**

Förmågan att hantera stress är reducerad vid Parkinsons sjukdom, varför stress i alla dess former (pressade tidsmarginaler, psykisk trauma, oförstående omgivning, höga krav, mm) har en negativ inverkan på sjukdomens yttringar och kan utlösa en tillfällig försämring (”off”-period). Det är viktigt att ta patientens behov/problem på allvar. En balans mellan vila och aktivitet, mellan krav och resurser är därför betydelsefullt liksom att hitta eller bibehålla positiv fysisk, mental och psykosocial aktivitet.

- **Initiativlöshet**

Initiativlöshet är ett vanligt handikappande fenomen bland parkinsonsjuka. Omgivningen har då en viktig uppgift i att stimulera den som är sjuk till att ha rutiner och inplanerade aktiviteter dagligen. I ett senare skede kan närstående och/eller kommunens personal ha ett stort ansvar för aktiviteternas igångsättande.

Observationer/omvårdnadsåtgärder

- **Utnyttja tider för aktivitet när medicinen fungerar bra. Anpassa vård när den fungerar sämre**

Parkinsonpatienter skiftar under dygnet både i rörlighet och funktionsförmåga. Det är viktigt att utnyttja de tidpunkter som patienten fungerar bra men även att vara medveten om vilka besvär som finns när medicinen fungerar som sämst för att anpassa vård och resurser efter detta. Som exempel avvakta medicinens effekt innan morgontoilet, att inte vila den stund medicinen fungerar som bäst utan utnyttja denna tid till social eller fysisk aktivitet.

- **Registrera rörlighet under dygnet**

Genom att varje timma vaken tid registrera parkinsonsymtom, som beror på för låg läkemedelsdos eller biverkningar av för hög dos, kan man fånga dosstyrda och belastningsstyrda variationsmönster relaterade till patientens dagliga rutiner. Patient, närstående och/eller personal kan välja att registrera stelhet, skakningar, överrörlighet, smärta, muskelkramp i förhållande till medicinintag, måltider och sömn (se bilaga 3).

- **Registrera smärta vid Parkinsons sjukdom**

Förutom en noggrann analys av smärta bör man sätta smärtan i relation till övriga parkinsonsymtom och medicinering (se ovan). Dokumentation bör innehålla smärtans tidsprofil, intensitet och smärtställe. Använd VAS-skala med tillägg av en helkroppsfigur att markera smärtställe.

Smärta vid Parkinsons sjukdom är ganska vanlig och ökar med sjukdomens fortskridande. Hos en liten del Parkinsonpatienter är smärtproblematiken så stor att detta dominerar sjukdomsbilden.

Man kan dela upp smärtbilden som kan vara muskulo-skeletal smärta, neuralgi (nervsmärta), dystoni-associerad smärta, dyskinesi-associerad smärta eller central smärta. Oftast kan smärtan uppträda eller förvärras i ”off”-perioder då medicinverkan är lägre

men kan också förekomma när medicinverkan är hög. Man har upptäckt att smärtsymtomen kan föregå både diagnosen och behandlingen och i sig vara det första symtomet på Parkinsons sjukdom.

- **Utför blodtrycks kontroll**

Lågt blodtryck och blodtrycksfall, speciellt vid uppresning (ortostatism) är vanligt vid Parkinsons sjukdom som del i sjukdomsbilden och kan ibland innebära en fallrisk för patienten. Ortostatismen kan ibland förvärras av behandling. Blodtryckskontroller bör göras regelbundet. När patienten vilat 5 min tas liggande blodtryck och sedan direkt i stående samt efter 2 och 3 minuter. Fortsatta kontroller tills blodtrycket stabiliserats. Ange tidpunkten för senaste L-dopaintag. Se behandlingsavsnitt.

- **Förebygg fall**

Utöver blodtryckspåverkan kan patienten falla på grund av balansstörning dvs. att det tar längre tid att återfå balansen om man förlorat jämvikten. Muskelstelhet och långsamma rörelser leder till svårigheter att lyfta på fötterna och koordinera rörelser vilket ökar risken för att patienten kan snubbla. Även plötsliga gångstopp, s.k. freezing, liksom konfusion ökar fallrisken. För att minska denna kan förflyttning göras i etapper med god tidsmarginal. I inom- och utomhusmiljö bör man eliminera halkrisken. Det är viktigt med god koncentration vid förflyttning och att patienten undviker att göra flera saker samtidigt, exempelvis bära och gå eller att samtala och gå om simultankapaciteten är nedsatt. Ibland kan hjälpmedel underlätta t.ex. rollator med bricka.

- **Förebygg förstoppning** – se behandling sid 11.

- **Kartlägg sömnsvarigheter**

Det är mycket vanligt med sömnstörningar hos personer med parkinson. Det förekommer insomningssvårigheter och störningar i sömnen nattetid. Trötthet dagtid är ett vanligt symptom. Orsaken är förutom förändringar p.g.a. ålder en kombination av grundsjukdomen och mediciner. De vanligast förekommande besvären gäller uppsplittrad sömn, symptom som stelhet och muskelkramp nedsatt rörlighet samt urinträngningar som väcker under sömn. Livliga drömmar och mardrömmar samt hallucinationer, oro och konfusion (se ordlista) men även depression och rastlösa ben kan ge sömnsvarigheter. Vid beteendestörning under drömsömn ses en motorisk aktivitet tillsammans med rop/låten och livliga drömmar. Det är viktigt att kartlägga sömnmönstret och vad som kan störa sömnen och här kan PDSS –skalan vara till hjälp (se bilaga 4), se behandlingsdel. Betingelser för god nattsömn kan vara att motionera och inte vila för mycket dagtid, att undvika stimulerande drycker innan sänggåendet, att lägga sig och gå upp vid ungefär samma tid varje dag, att sov miljön är tyst och mörk samt har lagom temperatur. Vid svårigheter att vända sig i sängen kan blankt material i sängkläder och nattkläder liksom sänghandtag vara till hjälp.

- **Följ vikt**

Vid Parkinsons sjukdom finns risk för viktnedgång och undernäring orsakat av flera olika och delvis samverkande orsaker. Denna tendens kan öka under sjukdomsförloppet. Det är viktigt att bedöma patientens nutrition med anamnes och nutritionstatus och regelbundna viktkontroller.

- **Observera tand- och munstatus**

Muntorrhet är vanligt vid Parkinsons sjukdom. Finmotoriska problem kan göra det svårt att borsta tänderna. Allmänna råd som elttandborste kombinerat med goda matvanor och

regelbunden kontakt med tandläkare och tandhygienist kan vara särskilt viktiga för Parkinsonpatienter. Det finns receptfria medel mot muntorrhet. Vid uttalade ADL-problem (stort omvårdnadsbehov) då man inte kan sköta sin tandvård och detta resulterar i dåligt tandstatus, finns möjlighet att via tandvårdsstödet få munhälsobedömning och nödvändig tandvård enligt samma taxa som används inom den öppna Hälso- och sjukvården. För att få detta krävs intyg om rätt till nödvändig tandvård. Om man har vård- och omsorgsinsatser av kommunen utfärdas intyget av kommunen. I övriga fall ska patienten skicka en privat ansökan till Tandvårdsenheten. Det ska då också bifogas läkarintyg som visar sjukdom, medicinering och funktionsnivå. Blanketter för ansökan och läkarintyg finns att hämta på Tandvårdsenhetens hemsida.

- **Ge medicin på rätt sätt**

Följ medicintiderna noga. För optimal effekt av medicinen intag ej proteinhaltig dryck eller mat till tabletter som innehåller levodopa. Det bör vara minst 30 minuter mellan intag av dessa tabletter och måltid. Det bör också ha gått 1 timma efter intag av måltid innan nästa tablett dos. Parkinsons sjukdom behandlas med individuellt anpassad medicinering i täta doseringsintervall. För många patienter kan mycket små tidsförskjutningar påverka exempelvis motoriken. Täta medicineringstillfällen kan vara svårt för patienten att komma ihåg men hjälpmedel finns som kan påminna.

Stöd till närstående

Det är viktigt att förmedla praktisk information som kan vara till hjälp och stöd. Ett emotionellt stöd kan dock vara det som den närstående behöver mest. I senare faser av sjukdomen kan omvårdnadspersonal behöva ge stöd till närstående för att undvika att dessa överbelastas. Ofta upplever närstående att de beteendeförändringar och depressioner som kan förekomma vid Parkinsons sjukdom är svårare att hantera än de motoriska problemen.

Det är naturligt att den sjukes närmaste känner omsorg om den sjuke. Den som vårdar en närstående har ibland behov av rekreation och avlösning. En del av kommunens uppgifter är att ge anhöriga och andra närstående stöd och möjlighet till avlösning. Anhörigsamordnare i kommunen kan ge råd och stöd till den som vårdar en närstående, till exempel genom

- information om kommunens verksamhet inom vård och omsorg
- kontakter med frivilligorganisationer, handikapp- och pensionärsföreningar, kyrkliga samfund och anhöriggrupper.

Vårdkedjan

Det är viktigt för parkinsonpatienter att få rätt diagnos och därmed rätt behandling. Det är också viktigt att patientens många olika problem uppmärksammas och att de får kontakt med lämplig enhet vid behov.

För att åstadkomma detta behövs kontinuitet i vårdkontakten och ett bra samarbete dels mellan vårdnivåer och dels mellan yrkeskategorier. Om patienten vårdas på enhet som inte ansvarar för parkinsonbehandlingen är det angeläget att rutiner finns som gör att patientens medicinering sköts enligt fastställt schema, som ofta avviker från standardiserade utdelningstillfällen.

Vårdnivåer

Sjukhusvården

Sjukhusvården har ett specialistansvar för parkinsonvården, att hålla kontakt med företrädare för regionvård och se till att det finns klara rutiner samt ansvar för fortbildning av personal och patientutbildning. Se även yrkesgrupper i vårdkedjan under läkare, sid. 18.

Neurologavdelning: Sjukhusvård kan bli aktuell för patienter som är svåra att medicinjustera polikliniskt. Utifrån ett parkinsonschema, anamnes och status justeras sedan medicinerna, vilket kan ta olika lång tid; ofta ca 1-3 veckor.

Förutom medicinskt omhändertagande och omvårdnad bedöms patienten av sjukgymnast och arbetsterapeut och vid behov tas kontakt med kollega i kommun eller primärvård. I de flesta fall tas även kontakt med kommunen för vårdplanering. Genom slutanteckning får ansvarig läkare, distriktsköterska och parkinsonsjuksköterska en sammanfattning av vårdtiden och rekommendation om uppföljning.

Neurologisk dagsjukvård: För patienter med variationer i symtombilden dagtid kan det bli aktuellt med dagsjukvård under 1-2 dagar. Där finns möjlighet till en tvärprofessionell samlad bedömning som underlag för behandling. Test och utprovning av vissa läkemedel kan också förekomma.

Parkinsonskola: Nydebuterade patienter och deras närstående erbjuds undervisning under tre dagar. Syftet är att ge kunskap om sjukdomen, god egenvård och vart man kan vända sig vid olika problem.

Primärvården

Primärvården har ansvar för diagnostik, uppstart och utvärdering av behandling hos äldre patienter med sannolik parkinsonsjukdom, samt uppföljning av parkinsonpatienter i stabilt skede. Inom primärvården finns tillgång till arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och på vissa ställen parkinsongrupp i Primärvårds-rehab.

Kommuner

Inom den kommunala hälso- och sjukvården finns tillgång till sjuksköterska/distriktsköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Ett nära samarbete skall finnas mellan kommunens personal och t ex ansvarig läkare och parkinsonsjuksköterska inom regionen. Möjlighet till omsorg i hemmet, personlig assistans, kortidsvistelse och särskilt boende finns genom biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade (LSS).

Yrkesgrupper i vårdkedjan

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuter finns inom sjukhusvård, primärvård och kommun. Det krävs ingen remiss utan patienten kan själv ta kontakt eller gå via annan vårdpersonal. Kontakt tas när patienten har en nedsatt aktivitetsförmåga och/eller är i behov av träning, hjälpmedel eller anpassningar.

Sjukhusvårdens arbetsterapeut har ansvar för ineliggande patienter och har en rådgivande funktion för läkare och vårdpersonal. Medverkar i parkinsonskolan där sådan finns.

Primärvårdens arbetsterapeut har ansvar för patienter i eget boende utan kommunal hemsjukvård.

Kommunens arbetsterapeuter har ansvar för patienter i särskilt boende och för patienter i eget boende med hemsjukvård.

Målet med arbetsterapeutiska insatser är att individen ska klara vardagens aktiviteter så självständigt som möjligt. Detta möjliggörs genom:

- Träning i att utföra vardagliga aktiviteter med annan teknik
- Träning och/eller utprovning av hjälpmedel för att kunna utföra personlig vård, hushållsaktiviteter mm.
- Träning kan inriktas på fysiska, kognitiva och sociala förmågor.
- Träning kan ske individuellt eller i grupp.
- Anpassning av boende, bil och arbetsplats.
- Fallprevention
- Handledning och information till närstående och vårdpersonal.

Dietist

Patient kan remitteras till dietist inom sjukhus eller primärvård beroende på var behandlingsansvarig läkare finns.

En del personer med Parkinsons sjukdom har ett ökat energibehov.

Motorik/koordinations-problem i svalg, mun, armar och händer kan också försvåra vid födointag. Vissa personer upplever sämre effekt av mediciner i samband med proteinintag.

Mag-tarmbesvär av olika slag är vanliga.

Lukt- och smaksinnet kan förändras och ge aptitlöshet. Medicin kan också påverka matlusten och därmed orsaka viktnedgång. Det är viktigt med lugn måltidsmiljö så att man kan koncentrera sig på att äta, tugga och svälja maten. Stress förvärrar stelhet och motorik.

Dietisten ger råd vid:

- mag- och tarmfunktionsstörningar t.ex. förstoppning och ventrikeltömningsbesvär (vilket även kan påverka medicinupptaget).
- konsistensanpassning av maten.
- förskjutning av proteinintaget under dagen, vilket alltid kräver kostinformation av dietist.
- energiberikning av maten.
- val av och förskrivning av näringsdrycker och energitillskott.
- enteral nutrition och förskrivning av sondnäring.

Handläggare enligt SoL och LSS

Handläggare som fattar beslut om bistånd och insatser enligt SOL eller LSS finns i den kommunala verksamheten. Ett beslut förutsätter att den enskilde själv eller genom ställföreträdare ansökt om detta. Genom samordnad vårdplanering kan en kontakt upprättas

mellan olika vårdgivare och parkinsonpatienten kan få kontakt med en handläggare. Parkinsonpatienten kan också kontakta handläggare direkt utan att koppla in andra vårdgivare.

Kurator

Kurator finns inom sjukhusvård och primärvård. Patienten remitteras lämpligen till kurator inom behandlande instans. Patienter med sexuella svårigheter kan remitteras till kurator som har sexologikompetens.

Kurator ska vid behov ge patienter och närstående stöd och hjälp att bearbeta förändringar i livssituationen genom:

- social utredning och bedömning
- stödjande, bearbetande och motiverande samtal och vid behov ge krisbearbetning
- samtal vid samlivs- och relationsproblematik
- att ge information och praktisk hjälp gällande sociala förmåner såsom socialförsäkring, socialhjälp och stöd enligt LSS, juridiska frågor, arbete, ekonomi och därmed kontakter med myndigheter t.ex. Försäkringskassa och kommun

Logoped

Logoped finns inom sjukhusvården. Remiss skrivs av behandlande läkare.

Vid behandling av talsvårigheter hos personer med Parkinsons sjukdom är det viktigt att börja tidigt, innan det förändrade talmönstret etablerats. Både rösten och uttalet kan vara påverkade, ofta är det styrkan och ”melodin” i talet som minskar. En ogynnsam röst användning kan medföra ökade spänningar som i sin tur gör talet ännu mer ansträngt. Logopeden ger information om röst och tal, behandling och råd om självträning. Vid behov utprovas kommunikationshjälpmedel, t.ex. röstförstärkare. Logopeden medverkar också i utredning av sväljsvårigheter och kan bland annat ge råd om olika sväljtekniker.

Läkare

Fastställande av diagnos och inledning av terapi kan för äldre patienter genomföras av allmänläkare, geriatriker eller medicinläkare som känner till aktuella behandlingsalternativ och har erfarenhet av parkinsonpatienter. Yngre bör handläggas i samråd med neurolog, som också bör rådfrågas när behandlingssvaret är otillfredsställande och annan behandling än L-DOPA aktualiseras. När diagnosen är ställd kan okomplicerade fall skötas av parkinsonkunnig allmänläkare, geriatriker eller medicinläkare, eventuellt i samråd med neurolog. Samrådet kan bestå i telefondiskussion, brevväxling eller att neurologen träffar patienten på remissbesök.

Neurologen har ett huvudansvar för behandling av patienter i sen fas med komplikationer, vilket då ibland kan innebära att man knyter ett nära samarbete med en primärvårdsläkare och ger klara riktlinjer för den fortsatta behandlingsstrategin. Parkinsonsjuksköterskan kan då finnas med i samarbetet som en resurs.

Parkinsonsjuksköterska

På neurologmottagning/dagsjukvård arbetar specialistutbildade parkinsonsjuksköterskor på såväl KSS som SiF. För att få kontakt krävs remiss som bedöms på neurologmottagningen KSS. Kontakt med parkinsonsjuksköterska kan tas när patienten får besked om att Parkinsons sjukdom misstänks och medicinering skall påbörjas.

Parkinsonsjuksköterska kan ge allmänna råd till personal om Parkinsons sjukdom där patienten har sin läkarkontakt utanför neurologmottagningen. För kontakt eller deltagande i parkinsonskola för dessa patienter och närstående krävs remiss.

Parkinsonsjuksköterskans verksamhet består av samordning, telefonrådgivning, sjuksköterskebesök på mottagning och i en del fall hembesök. Arbetsområdet är information, undervisning och stöd till patienten och närstående men även till personal som deltar i patientens omvårdnad. Parkinsonsjuksköterskan bedömer egenvårdsförmåga och symtom, utvärderar medicineffekter och registrerar svängningar i rörlighet. Detta skall ligga till grund för medicinjustering/förslag till medicinjustering.

Sjuksköterskan lyfter också fram det som gör att patienten mår bättre och hjälper till att hitta strategier för att hantera det som inte fungerar så bra och stöder patienten att hålla en god hälsoprofil.

Sjukgymnast

Sjukgymnaster finns inom sjukhusvård, primärvård och kommun. Det krävs ingen remiss utan patienten kan själv ta kontakt eller gå via annan vårdpersonal. Kontakt tas när patienten har en nedsatt aktivitetsförmåga och/eller är i behov av träning, hjälpmedel eller anpassningar.

Sjukhusvårdens sjukgymnast har ansvar för inneliggande patienter och har en rådgivande funktion för läkare och vårdpersonal. Medverkar i parkinsonskolan där sådan finns.

Primärvårdens sjukgymnast har ansvar för patienter i eget boende utan kommunal hemsjukvård.

Kommunens sjukgymnast har ansvar för patienter i särskilt boende och för patienter i eget boende med hemsjukvård.

Fysiska aktiviteter kan förbättra motorik och ADL-funktioner (Aktivitet i dagligt liv) vilket kan leda till ett förbättrat allmäntillstånd. Sjukgymnastikbehandling syftar till att bibehålla och förbättra rörlighet i bål och extremiteter, motverka fördröjning av rörelsestart, förbättra andningsrörelser och koordinationsförmåga samt minska stelhet. Behandlingen syftar även till att korrigera felaktig kroppshållning och förbättra balansförmåga. Vid uttalat förkortad muskulatur är det av största vikt att förebygga och behandla kontrakturer. Utprovning av förflyttningshjälpmedel samt rådgivning och utförning av hemprogram. Träningen kan genomföras i grupp med egna individuella program eller grupp-gymnastik ledd av sjukgymnast.

Sjuksköterska/distriktssköterska

Sjuksköterska/distriktssköterska finns inom sjukhusvård, primärvård och kommun. Det krävs ingen remiss utan patienten kan själv ta kontakt eller gå via annan vårdpersonal.

Sjukhusvårdens sjuksköterska har ansvar för inneliggande patienter och har en rådgivande funktion för läkare och vårdpersonal.

Primärvårdens sjuksköterska/distriktssköterska har ansvar för patienter i eget boende utan kommunal hemsjukvård.

Kommunens sjuksköterska/distriktssköterska har ansvar för patienter i särskilt boende och för patienter i eget boende med hemsjukvård.

Sjuksköterskans uppgift är att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga.

Sjuksköterska/distriktssköterska utför själv insatserna utifrån egen bedömning eller ansvarig läkares ordination. Han/hon kan i vissa fall delegera till annan personal att utföra insatsen.

Sjuksköterskan organiserar och/eller deltar i teamarbetet kring parkinsonpatienten.

Omvårdnadsinsatserna ska komplettera de medicinska behandlingar och övriga insatserna från andra yrkeskategorier för att säkerställa att parkinsonpatienten får en god och säker vård. Specifika insatser av omvårdnads-karaktär kan bli aktuella när patientens egenvårdsförmåga sviktar.

Samverkan

För personer med Parkinsons sjukdom som har behov av insatser av både kommunen och regionen sker samverkan utifrån ”Samordnad vårdplanering SVPL, gemensam rutin”.

Vid samordnad vårdplanering, planerar man för eventuella insatser från kommunens hälso- och sjukvård, hemtjänst och handikappomsorg men även för fortsatta insatser från regionens öppna och slutna vård. Om behov finns kan parkinsonsjuksköterska informeras och ges tillfälle att delta vid vårdplaneringen.

Fortbildningsinsatser

Parkinsons sjukdom är mångfacetterad och med få patienter för vårdpersonal utanför sjukhusvården vilket medför att det finns liten erfarenhet. Med utbildning av personal fås en bättre förståelse för skiftande symtom och kan därmed ge ett bättre bemötande och omhändertagande.

Parkinsonsjuksköterska bör ha genomgått 20 poäng utbildning på högskolenivå i omvårdnad vid Parkinsons sjukdom.

För personal som ska vårda parkinsonpatienter kan dess utbildningar vara aktuella:

- Utbildningar finns tidvis anordnade av t.ex. Swemodis, VFMD (vårdföreningen movement disorders) och Parkinsonakademien i Lund.
- Vidareutbildning för sjukgymnaster på länssjukvårdsnivå
- För sjuksköterskor finns vidareutbildning i neurologi
- Skraddarsydda utbildningar för vårdpersonal inom kommuner som ges av parkinsonsjuksköterskorna
- Parkinsonsjuksköterskorna kan också informera personalgrupper med endast enstaka patient i ansvarsområdet i respektive kommun kring enskild patient

Patientförening

Parkinsonförbundet i Sverige arbetar för att förbättra förhållanden för parkinsonsjuka och personer med parkinsonliknande sjukdomar och deras närstående. Förbundet ger ut ParkinsonJournalen 4 ggr/år.

Parkinsonförbundet har lokalförening i Skaraborg, Parkinson Skaraborg, som arbetar för att sprida kunskap, anordna trivselkvällar, anhörigträffar m.m.

Hemsida: www.parkinsonskaraborg.se

Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) är ytterligare en patientförening dit personer med Parkinsons sjukdom kan ansluta sig. De arbetar på liknande sätt men med fler neurologiska sjukdomar.

Hemsida: www.nhr.se

Kvalitetsutveckling

Kvalitetsarbete består i att sätta mål och utvärdera dessa för att ständigt följa och förbättra vården. Vårdprogrammet utgör ett led i kvalitetsutvecklingen då kunskap är centralt för att kunna ge en god vård.

Patientperspektiv

Patientens upplevelse av tillgänglighet, bemötande, delaktighet, information om sjukdomen och kompetens hos personalen kan följas genom enkät eller intervju. Parkinsonskolan utvecklas kontinuerligt genom utvärderingar.

Processperspektiv

För att utvärdera bästa möjliga funktion med minsta möjliga biverkningar kan man göra journalstudier av hur status är dokumenterat samt regelbundenheten av kontrollerna.

För att öka kompetensen hos vårdpersonal inom hela vårdkedjan bör parkinsonsteamet anordna utbildningsdagar i Parkinsons sjukdom.

Mål för verksamhetsområdet

Målet är en god vård utifrån patientperspektiv och processperspektiv.

Patientperspektiv

Patienten ska uppleva trygghet i vårdrelationen genom

- god tillgänglighet
- gott bemötande
- god kompetens hos handläggande hälso- och sjukvårdspersonal
- delaktighet i vården
- information om sjukdomen utifrån egna önskemål

Processperspektiv

Patientens behandling ska ge bästa möjliga funktionsnivå med minsta möjliga biverkningar.

För detta krävs

- God dokumentation av status (se regelbunden uppföljning sid. 12) och regelbundna kontroller för att följa sjukdomens utveckling
- Kunskap om Parkinsons sjukdom (utbildning, erfarenhet)
- Information om patienten ska kommuniceras mellan de olika aktörerna i vårdkedjan

Vårdprogrammet möjliggör att ökade behov hos patienterna snabbt kan mötas och handläggas på rätt nivå,

Implementering

Det organisatoriska vårdprogrammets innehåll ska implementeras inom de olika vårdnivåerna. Det är lämpligt att använda ordinarie kanaler såsom yrkesträffar, utbildningstillfällen m.m.

Referenser

Ackompanjerande symtom – fördjupningsdel – MCI (Mild Cognitive Impairment).

www.parkinson.nu

Eriksson, H. (2001) *Neuropsykologi – Normalfunktion, demenser och avgränsade hjärnskador*. Liber AB

FASS

FYSS, <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/37.-Parkinsons-sjukdom.pdf>

<http://vgr.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/Tandvardsenheten/Regionens-tandvardsstod/>

Höglund Arja, Löck Johan, Lindvall Susanna, (2005) *Parkinsons sjukdom. Behandling, omvårdnad, tips*.

Lorefält B, Ganowiak W, Pålhagen S, Toss, G, Unosson M, Granéus A-K. Factors of importance for weight loss in elderly patients with Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2004;110: 180-187

Läkemedelsboken, <http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/lakemedelsboken/LB2011-2012-interaktiv.pdf>

Samordnad vårdplanering för Skaraborgs län.

SFS 1993:387, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom, upprättade av SWEMODIS, Swedish Movement Disorder Society, www.swemodis.se

Ordlista/förkortningar

ADL	Aktivitet i dagligt liv
Antikolinerg	Läkemedel som på något sätt stör eller blockerar signalsubstansen acetylcholin
Bradykinesi	Förlångsammade rörelser
COMT	Katekol-O-metyltransferas, enzym som bryter ner L-dopa
CVL	Cerebrovaskulär sjukdom
DLB	Demens med Lewy-inklusionskroppar
DT	Datortomografi+
Dyskinesi	Rubbning av rörelsekontrollen (hypo- eller hyperkinesi) vanligen i betydelsen tillkomst av ofrivilliga rörelser
Dystoni	Förhöjd sammandragningsgrad i muskulaturen med ofrivilliga rörelser och felställningar. Kan drabba såväl enstaka som centralt belägna muskelgrupper t ex vadmuskelspasm och tvinga patienten till ett egendomligt utseende/egendomlig kroppsställning
ECT	Elektrokonvulsiv terapi
Fluktuera	Stiga och falla; variera, växla, skifta
Freezing	Hastigt påkommet rörelsestopp
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
Hypokinesi	Rörelsehämning. Samlingsbegrepp för rörelsesvårigheter till följd av dopaminerg underfunktion. Uppdelas vanligen i a) bradykinesi = långsam motorik b) svårigheter att initiera rörelser c) nedsatt rörelseomfång d) svårighet att utföra omväxlande rörelser, t ex mellan böjning och sträckning
Hypotension	Blodtrycksfall
Interaktioner	Läkemedel som påverkar eller påverkas av andra läkemedel, se Läkemedelsboken
Konfusion	Tillfällig förvirring
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAO	Mono-amino-oxidas, enzym som bryter ner L-dopa
MPTP	Metylfenyltetrahydropyridin (ämne som snabbt orsakar parkinsonsymtom)
MR	Magnetkamera
Off-period	En tillfällig försämring
ON-OFF	Snabba, kraftiga och oftast oförutsägbara variationer i rörelseförmåga. Beror troligtvis på ojämn medicineffekt.

Parkinsonism	Ett samlingsbegrepp på Parkinsons sjukdom och besläktade tillstånd som karaktäriseras av minst två av följande symtom; rörelsehämning, ökad muskelspänning, skakning/darrning, kroppshållningssymtom
Parkinsonplus-sjukdom	En mer utbredd fortskridande neurologisk skada där parkinsonism ofta är en väsentlig del
PDSS-skala	Sömnskala vid Parkinsons sjukdom, se bilaga 4
PEG	Perkutan Endoskopisk Gastrostomi, anläggande av magsäckssond med hjälp av gastroskop
PV	Primärvården
RBD	REM-sleep behaviour disorder
Rigiditet	Stelhet i muskulaturen p g a ofrivilligt ökad muskelspänning
Sipping	Vatten, C-vitamin, brus och Madopark Quick blandas och drickes efter ordination. Se artikel i ParkinsonJournalen 2004 nr 2
SOL	Socialtjänstlagen
SSRI	Selektiva serotoninåterupptagshämmare. Antidepressiva läkemedel
SNRI	Serotonin- och Noradrenalin-återupptagshämmare. Antidepressiva läkemedel
Tremor	Skakning eller darrning. Typiskt vid Parkinsons sjukdom är s.k. vilotremor som dämpas vid avsiktlig rörelse. Lågfrekventa darrningar i händerna, även kallad ”pillertrillar-tremor”
VAS-skala	Visuell analog skala – smärtskala

**Utdrag ur
Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom
Upprättade av SWEMODIS
Swedish Movement Disorder Society
Oktober 2009**

Undersökningar

Inga enskilda undersökningar eller laboratorieprover kan entydigt fastställa PS. Flertalet undersökningar avser att utesluta andra tillstånd. Atypiska eller osäkra fall bör utredas med endera eller flera av följande undersökningar:

- Datortomografi eller special-MR som undersökning för påvisande av strukturell lesion.
- Ett flertal MR-protokoll har föreslagits vara diagnostiskt mot andra parkinsonistiska tillstånd men inget möter idag upp till EBM-krav på att i tidigt förlopp kunna särskilja PS från andra tillstånd. Stödande argument mot en typisk PS-diagnos föreligger om för MSA och PSP typiska fynd vid MR-undersökning fås fram. Den särskiljande förmågan av sådana fynd är oklar i tidig fas av sjukdomen.
- Ultraljudsbestämning av ekogenicitet i mellanhjärnan är en teknik under utveckling men som inte har validerats fullt ut.
- SPECT-bestämning av om störning av det presynaptiska dopaminsystemet och/eller det postsynaptiska systemet föreligger. Pre-synaptisk SPECT undersökning kan differentiera PS mot ET. Vid frågeställning DLB mot Alzheimers sjukdom är SPECT-analysen också diskriminativ. Analys av lateralitet och selektiv degeneration i putamen kan ge indikation på PS i kontrast till atypiska parkinsonism-tillstånd men sensitiviteten är relativt låg. Det prediktiva värdet av postsynaptisk undersökning med SPECT är lågt efter någon form av dopaminerg behandling.
- Likvordiagnostik för nervskademarkörer (tau, fosfo-tau, neurofilament, β -amyloid) samt monoaminmetaboliter före behandlingsstart kan ge indikation över vilken sjukdomsprocess som kan föreligga. Analys av alfa-synuklein i CSF är under utveckling, men validering, sensitivitet och specifitet är för närvarande inte klarlagda.
- Två-tre månaders behandling med dopaminerga medel har högre prediktivt värde jämfört med ett akut endos-test tidigt i förloppet. Ett akut levodopa- (150-250 mg fastande) eller apomorfintest (1.5-4.5 mg subkutant efter Motilium[®] -premedicinering) kan påvisa medicineringseffekt (förbättring med mer än 18 % i del III av UPDRS-skalan). Testet kan vara falskt negativt tidigt i förloppet av PS och bör antingen göras om eller föranleda medicinering i ca 2-3 månader om det är negativt. Ett flertal parkinsonliknande sjukdomstillstånd förbättras i akuta farmakologiska test och testet är i sig inte diagnostiskt. Ett levodopa test frånrådes därför i början av sjukdomsförloppet och bör undvikas hos yngre.
- Defekt luktsinne är överrepresenterat vid basalgangliesjukdomar men för närvarande är det inte prediktivt för specifik sjukdom inom gruppen.
- Påvisande av RBD, anamnestiskt eller via riktad undersökning är överrepresenterat vid basalgangliesjukdomar men för närvarande är det inte prediktivt för någon specifik sjukdom inom gruppen.

Utdrag ur**Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom****Upprättade av SWEMODIS****Swedish Movement Disorder Society****Oktober 2009****8. Medicinering i samband med elektiv kirurgi**

Några helt generella råd kan inte ges och hänsyn behöver tas till såväl operationsindikation som typ av narkos och förväntat tillstånd efter operation.

Diskussion med narkosläkare, operatör, respektive behandlande läkare kan vara av värde. Nedan följer råd som oftast är tillämpliga i syfte att undvika per- och postoperativa komplikationer, däribland uttalad stelhet inför operation, som dels kan försvåra sövning och intubering, dels medföra ökad risk för aspiration. Postoperativa risker som stelhet med pneumoni på grund av atelektasbildning, hallucinos och svår överörlighet som skulle kunna äventyra sårläkning och ev. protesers hållfasthet.

De flesta inhalationsnarkosmedel potentierar antiparkinson medel med risk för kraftigare effekter postoperativt. Neuroleptanalgesi kan framkalla akinesi samt konfusion eller hallucinos i samverkan med dopaminerga medel.

Var uppmärksam på interaktioner, bland annat MAO-B-I och Petidin[®] samt vissa antibiotika, se **C. I. 7**.

Vid speciella operationer (total gastrektomi eller omfattande tarmoperationer) kan subkutan apomorf-infusionsbehandling övervägas men bör insättas före operation. Eventuellt kan rotigotin vara ett alternativ.

Vid neurokirurgiska ingrepp för behandling av PS gäller andra förhållanden då effekten av behandling nödvändiggör stora medicinreduktioner. Detta sker i samråd mellan neurokirurg och neurolog i motorikteam i samband med operationerna, se avsnitt **C. IV. 4**.

Operationsdagen, preoperativt

Om det tar tid, innan operationen kommer till stånd, kan man ge T. Madopark Quick Mite[®] 50 mg, 1-2 st upplöst i liten mängd vätska och ge under tungan i 5 mL spruta. Om man kan förvänta sig att ventrikel/tarmar påverkas och det tar tid innan dessa kommer i gång kan man med fördel sätta en V-sond peroperativt och ge medicineringen postoperativt i liten mängd vätska.

Operationsdagen, postoperativt

Ge endast levodopa-medicineringen och första dosen efter uppvaknandet i form av Madopark Quick[®], 50-100 mg eventuellt i sond eller under tungan om sväljning inte är möjlig. Kan ges så snart patienten kan ta emot medlet. Följ i övrigt ordinarie levodopadosering som från motsvarande doseringstillfälle före operationsdagen. Gör uppehåll med alla övriga medel.

Första post-operativa dygnet

Ge ordinarie levodopa från morgonen men inte övriga typer antiparkinson-medicinering.

Andra post-operativa dygnet

Ge ordinarie doser från morgonen av alla typer antiparkinson-medicinering.

Vid hallucinos eller oro

Undvik att ge mer levodopa. Cave alla former av neuroleptika! Vid behov av sedering, ge bensodiazepiner eller Heminevrin[®] 300-600 mg.

För medicinering i samband med DBS-operationer samt för praktiskt handhavande av DBS-impulsgivare (IPG) vid EKG, MR undersökning och andra situationer se avsnitt **C. IV. 4**.

Rörelseskattning vid Parkinsons sjukdom

Instruktion till personal:

Observation 1 gång/tim vaken tid, anteckna på schemat.

Observera graden av stelhet, rörelsehastighet, upphakningar i rörelser, förmågan att vända sig, kroppshållningen, mimiken, talet, skakningar, kramper och sväljningsförmåga.

För att se rörligheten:

- Be patienten att sitta upp (om möjligt)
- Be patienten att böja och sträcka fram armarna, rotera på dem samt ”spela piano” med fingrarna.
- Be patienten ställa sig på golvet, gå några meter och vända tillbaka.

Rörelseskattning:

Mycket överrörlig Kan ej ligga stilla, kroppen rör sig okontrollerat hela tiden. Mycket slängig.

Måttligt överrörlig Stundtals svårt att kontrollera sina rörelser, armar och ben svänger yvigt.

Litet överrörlig Nästan normal, rör sig lite fortare än vanligt, ser ut att må bra.

Normal Inga parkinsonsymtom.

Litet stel Rör sig aningen långsamt, ser nästan normal ut, patienten själv upplever viss stelhet.

Måttligt stel Rörelserna hakar upp sig, svårigheter att vända, behöver hjälp att komma igång. Småstegig gång.

Mycket stel Helt orörlig i sängen eller sitter utan att kunna ta sig upp. Mimiklös, ohörbar röst, kan ej röra på huvudet, blinka eller svälja.

Stel och överrörlig samtidigt Anteckna på skalan t.ex. måttligt överrörlig vä arm + lite stel benen.

Skakningar Notera graden av skakningar och var de sitter t.ex. vä arm.

Muskelkramp Patienten uppger själv att det drar ihop sig och smärtar t.ex. i ett ben eller en fot och ibland kan man tydligt se detta. Anteckna på listan var krampen sitter.

Rörelseskattning vid Parkinsons sjukdom

Instruktion till patient.

- Markera med ett kryss (X) din stelhet / rörlighet / skakningar / muskelkramper helst varje timme vaken tid, gärna för två olika dagar.
- Anteckna gärna dina besvär nattetid, om du t ex. vaknar ofta p.g.a. stelhet eller att du har kramper eller smärtor.

Rörlighet:

Mycket överrörlig Svårt att ligga / sitta / stå stilla, kroppen rör sig slängigt och okontrollerat.

Måttligt överrörlig Stundtals svårt att styra rörelserna, armar och ben svänger lite extra.

Litet överrörlig Lite snabbare rörelser än vanligt, rörligheten känns bra.

Normal Inga rörelseproblem.

Litet stel Aningen långsamma rörelser, känns lite stelt.

Måttligt stel Svårt att komma igång, rörelserna hakar upp sig, småstegig gång.

Mycket stel Kan ej ta sig upp ur stolen/sängen på egen hand, kan ej gå, svårt att tala / svälja / blinka.

Skakningar:

Inga skakningar Skakningar varken syns eller känns.

Lite skakningar Lite skakningar som kommer och går.

Mycket skakningar Stör de aktiviteter som man vill utföra.

Muskelkramper Musklerna drar ihop sig och smärta t.ex. i ett ben eller en fot och ibland kan man även tydligt se detta. Anteckna på listan var krampen sitter.

**SKATTNINGSSCHEMA VID
PARKINSONS SJUKDOM**

Patient Id. _____

Datum:

	K1	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	02	04	
Överrörig	Mycket																					
	Måttligt																					
	Lite																					
Normal																						
Stel	Lite																					
	Måttligt																					
	Mycket																					
Skakningar	Inga																					
	Lite																					
	Mycket																					
Muskelkramp																						
Extra medicin																						

Kommentarer

Datum:

	K1	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	24	02	04	
Överrörig	Mycket																					
	Måttligt																					
	Lite																					
Normal																						
Stel	Lite																					
	Måttligt																					
	Mycket																					
Skakningar	Inga																					
	Lite																					
	Mycket																					
Muskelkramp																						
Extra medicin																						

Kommentarer

PHARMACIA

PARKINSON SÖMNSKALA (PDSS)

Namn:

Datum:

Övrig information:

Instruktion:

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss på linjerna, på de ställen som motsvarar din genomsnittliga upplevelse den senaste veckan.

Om t ex din genomsnittliga sömnkvalitet har varit utmärkt sätt då ett kryss längst till höger på linjen osv.

1. Den genomsnittliga sömnkvaliteten har varit:	Väldigt dålig	Utmärkt
2. Har du svårt att somna på kvällarna?	Alltid	Aldrig
3. Känner du "oro" eller "rastlöshet" i ben eller armar om nätterna, som stör din sömn?	Alltid	Aldrig
4. Har du svårt att sova gott under hela natten?	Alltid	Aldrig
5. Ligger du och "skruvar" dig i sängen?	Alltid	Aldrig
6. Besväras du av "oroliga" drömmar på nätterna?	Alltid	Aldrig
7. Besväras du av nattliga hallucinationer (ser eller hör saker som inte finns)?	Alltid	Aldrig
8. Går du upp på nätterna för att kasta vatten?	Alltid	Aldrig
9. Besväras du av urininkontinens (urinläckage) p g a rörelsesvårigheter under off-perioder?	Alltid	Aldrig
10. Upplever du domningar eller krypningar (pirringar, stickningar) i armar eller ben som gör att du vaknar om nätterna?	Alltid	Aldrig
11. Har du smärtsamma muskelkramper i armar eller ben som stör nattsömnen?	Alltid	Aldrig
12. Vaknar du tidigt på morgonen med armar och ben i smärtsam ställning (läge)?	Alltid	Aldrig
13. Har du tremor (skakningar, darrningar) när du vaknar?	Alltid	Aldrig
14. Känner du dig trött och sömnig när du vaknar på morgonen?	Alltid	Aldrig
15. Har du oväntat somnat in under dagtid?	Ofta	Aldrig