

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Ulla Sandberg, (ullsa17), Arbetsterapeut
Granskad av: Anna Asklund, (annas48), Arbetsterapeut
Godkänd av: Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-02-17

Giltig till: 2028-02-16

Parkinsons sjukdom och atypisk parkinsonism – ARB

Förändringar sedan föregående version

UPDRS är borttaget och utförs inte längre vid besöket.

Mottagningen har bytt namn.

Ändringar Arbetsgrupp: Innehållsansvarig: Ulla Sandberg

Innehållsgranskare: Anna Asklund

Avgränsning

Rutinen gäller för arbetsterapeuter inom öppen- och slutenvård inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Sjukhuset, Neurosjukvård.

Syfte och bakgrund

Att säkerställa ett enhetligt arbetsterapeutiskt omhändertagande vid Parkinsons sjukdom (PS) och atypisk parkinsonism.

Att drabbas av Parkinsons sjukdom innebär att behöva lära sig att hantera och leva med sjukdomens konsekvenser till exempel att klara av sina vardagliga aktiviteter och relationerna till andra (1).

Flertalet fall är idiopatisk Parkinson, där orsaken är okänd, men flera ovanliga familjära former finns också beskrivna. Ärftliga faktorer kan spela roll vid insjuknande före 50 års ålder. Prevalensen i västvärlden är ca 15 per 10 000 invånare och är starkt åldersrelaterad. Debutåldern är 55 till 60 år, debut före 30 års ålder kan förekomma men är mycket ovanligt. Sjukdomen kännetecknas av tremor, hypokinesi och rigiditet. Så kallad parkinsonism kan uppstå vid liknande symtombild men då på grund av andra sjukdomstillstånd eller som läkemedelsbiverkan. (2)

Tremor är som regel först ensidig i övre extremiteten och utgör debutsymtom hos ca 70 % av patienterna. Den visar sig som en långsam

vilotremor som reduceras eller försvinner vid en viljemässig rörelse men accentueras vid oro och affekt. Efter ca ett halvår engageras som regel även nedre extremiteten och efter något eller några år har symtomen blivit bilaterala. Tremor uppfattas ofta som generande och kan leda till social isolering även om den inte leder till invaliditet (2).

Hypokinesi – rörelsefattigdom eller rörelsearmod - beskrivs som en tröghetskänsla eller förlångsamning vid alternerande rörelser som därför tidigt drabbar moment som att borsta tänder, vispa, skruva i en glödlampa. Mimiken blir sparsam med ”maskansikte” som följd, rösten kan bli hes och entonig. Gången påverkas tidigt då de spontana medrörelserna i armarna reduceras. Även det totala rörelsemönstret kan i avancerade fall påverkas och ibland vara kopplade till speciella situationer. Gången kan låsa sig vid start, riktningssändringar och vändningar. Ibland kan hypokinesin brytas genom kommandon, musik eller visuella stimuli. Den vanligaste orsaken är dock medicinska fluktuationer (2).

Rigiditet visar sig som ett ”kugghjulsfenomen” det vill säga en varierande, hackande tonus vid en passiv långsam rörelse över en ledgång (2).

Associerade symtom är bland annat störd jämviktskontroll med risk för fall. Pseudodemens, demens och andra affektiva störningar är exempel på andra associerade symtom. Efter 15-20 års sjukdom finns en ökad risk för demensutveckling. De högre funktionerna kan dock vara intakta trots att den motoriska förlångsamningen och mimikfattigdomen gör det lätt att misstolka som tecken på nedsatt kognitiv funktion. Även depression är relativt vanligt vid Parkinsons sjukdom. Olika grader av autonom dysfunktion kan förekomma med blodtrycksfall vid uppresning. Obstipation, impotens, ökad talgsekretion så kallat ”salvansikte” och ”hypersalivation” är andra vanligt förekommande symtom (2).

Kommunikationsproblem är vanliga vid Parkinsons sjukdom och som delaktig i teamet kring patienten är det viktigt att förstå den drabbades problematik. Talet blir som regel långsamt och sluddrigt och rösten svag beroende på den nedsatta motoriken. Eventuell nedsatt simultankapacitet försvårar ytterligare (1).

Differentialdiagnoserna är flera och står för 5-10 % av dom som initialt får diagnosen ”möjlig Parkinsons sjukdom”. Vanligast är atypisk parkinsonism till exempel multipel systematrofi, progressiv supranukleär pares eller corticobasal degeneration. Med en gemensam symtombild bestående av hypokinesi, tal- och sväljningssvårigheter, balanspåverkan och kognitiva problem (3).

Arbetsterapeutisk bedömning

Arbetsterapeutisk bedömning för personer med PS eller atypisk parkinsonism, via ADL-bedömning och/eller standardiserade bedömningsinstrument, syftar till att:

- identifiera både kognitiva och/eller motoriska problem
- identifiera fluktuationer över dygnet
- bedöma hjälpmedelsbehovet
- vara en del av underlaget inför vårdplaneringar
- vara en del i den medicinska utredningen

Arbetsterapeutisk behandling

- Genomgång av strategier i vardagen
- Utprovning av hjälpmedel
- Vid behov sker överrapportering för uppföljning via primärvård eller kommun

Medicinsk utredning

Levodopa

Levodopa omvandlas i hjärnan till dopamin, en av våra signalsubstanser i hjärnan. Dopa är en förkortning av Di-hydroxy-phenyl-alanin, en aminosyra (en av byggstenarna i äggviteämnen).

Dopa, som ofta benämns levodopa eller L-dopa, förekommer naturligt i kroppen. Det omvandlas i nervcellerna till dopamin. Eftersom dopaminet inte kan nå in till nervsystemet om det tillförs kroppen utifrån så ges förstadiet dopa (levodopa, L-dopa) vid läkemedelsbehandling, som sedan omvandlas till dopamin i hjärnan. Det är det mest effektiva läkemedlet, framförallt mot hypokinesin. Dopa finns i blodet i ca 2 timmar. I början av sjukdomen kan kroppen lagra tillförd dopa. När den förmågan avtar får läkemedlet istället tas oftare. Efter längre tids behandling med levodopa i hög dos uppstår ofta dyskinesier och fluktuationer.

Dyskinesier/hyperkinesier ("överörlighet") är ofrivilliga rörelser av choreatisk (slingrande) eller dyston karaktär, och beror troligen på en pulsativ (pålagrad/för mycket) effekt av dopa. Fluktuationer är perioder med bättre ("ON") omväxlande med sämre ("OFF") rörelseförmåga. De beror troligen på dopas kortvariga effekt, en minskad lagringskapacitet och en toleransutveckling på receptornivå (4).

L-dopa test

- Första bedömningen görs på morgonen utan parkinsonmediciner, sista medicinintag är som regel kl. 20 kvällen innan. Arbetsterapeuten bedömer förmåga i aktivitet enligt UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) del II
- Patienten får Madopark Quick Mite i hög dos, 200 mg, ordinerat av läkare
 1. Inom 60–90 minuter utför arbetsterapeuten samma bedömningar som tidigare och L-dopa effekt utvärderas (4)

Kontinuerlig Parkinson-mottagning

Avancerad behandling som patienten kan få är apomorfinpump, duodopapump eller DBS-operation. För ställningstagande till om och vilken behandling patienten ska erbjudas kallas patienten till ett polikliniskt vårdtillfälle. Läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut utför olika tester som sedan sammanställs. Arbetsterapeuten tar en anamnes och gör en screening av kognition med hjälp av Montreal Cognitive Assessment, MOCA. Resultatet redovisas skriftligt i journal och muntligt på rond där läkare och sjuksköterska också deltar.

Bedömning vid efterkontroll av DBS/STN-kirurgi

DBS (Deep Brain Stimulation)/STN innebär att man lägger in elektroder i vissa målområde i hjärnan. Elektrisk stimulering kan sedan hämma de nervsignaler som åstadkommer det icke önskade rörelsemönstret. Elektroden är förbunden med ett batteri som kan styras utifrån av behandlande läkare.

- Skattning görs samma dag patienten kommer till avdelningen med ordinarie medicinering samt stimulator på (5)

Unified Parkinson Disease Rating Scale, UPDRS, del II

Aktiviteter som bedöms av arbetsterapeut är tal, saliv och dreglande, tugga och svälja, ätande, påklädning, hygien, handstil, utöva hobbies och andra aktiviteter, vändning i säng, tremor, stiga ur säng, en bil eller djup stol, gång och balans, gångstopp ("freezing"). Gradering av poängsättning 0-4 där 0 är normalt.

I de fall kroppsställning, balans eller blickpares påverkar aktivitetsförmågan skall detta noteras.

Andra faktorer som också skall noteras är tempo, fluktuationer under dygnet och stresskänslighet.

Arbetsgrupp

Ulla Sandberg, arbetsterapeut, Arbetsterapi- och Fysioterapienheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anna Asklund, arbetsterapeut, Arbetsterapi- och Fysioterapienheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Källförteckning

1. Norberg A, Höök O. Rehabiliteringsmedicin. 4 uppl. Stockholm. Liber AB 2001.
2. Aquilonius S-M. Neurologi. 4 uppl. Stockholm. Liber AB. 2006.
3. Björn Holmberg; Atypisk Parkinson (Parkinson Plus) 2011-05-24
http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1969
4. Swemodis riktlinjer 2009. Svenska riktlinjer för utredning och behandling av Parkinsons sjukdom.
<http://www.swemodis.se/images/Dokument/riktlinjer2009.pdf>
5. Scandinavian Movement disorder society; Terapimöjligheter för Parkinsons sjukdom i avancerad fas.
http://www.swemodis.se/images/Dokument/terapi_avancerad_fas.pdf

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Ulla Sandberg, (ullsa17), Arbetsterapeut

Granskad av: Anna Asklund, (annas48), Arbetsterapeut

Godkänd av: Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-72

Version: 10.0

Giltig från: 2026-02-17

Giltig till: 2028-02-16