

SAMMANFATTNING

Målet med riktlinjearbetet har varit att utvärdera och sammanställa befintlig evidens gällande fysioterapeutiska insatser för personer med Parkinsons sjukdom (PS). Riktlinjerna fokuserar på fem nyckelområden som svenska fysioterapeuter vid en workshop identifierat som mest viktiga för personer med PS. Målet har således inte varit att skapa heltäckande behandlingsriktlinjer. För fördjupad läsning rekommenderar vi de europeiska riktlinjerna för fysioterapi vid PS. Riktlinjerna riktar sig främst till kliniskt verksamma fysioterapeuter som arbetar med personer med PS, men även fysioterapistudenters behov har beaktats.

Kliniska riktlinjer: Fysioterapi vid Parkinsons sjukdom



FOTO: © RUONA

MARIA NILSSON

Dr med.vet, docent (sjukgymnastik), universitetslektor, leg. sjukgymnast och projektledare för framtagandet av de riktlinjer som presenteras här. Lunds universitet, Verksamhetsenhet (VE) Minnessjukdomar, Skånes universitetssjukhus, Malmö.

PARKINSONS SJUKDOM är en vanligt förekommande, åldersrelaterad sjukdom. I Sverige är omkring 22 000 personer drabbade och cirka fem miljoner i hela världen. Som fysioterapeut möter du personer med PS oberoende av var du arbetar, och riktlinjerna i denna artikel kan användas som kunskapsunderlag i ditt arbete. Målet med dessa riktlinjer har varit att på ett lättillgängligt och komprimerat sätt sammanställa befintlig evidens gällande fysioterapeutiska insatser för personer med PS samt ge rekommendationer för klinisk användning.

En enkätstudie gällande fysioterapeuters kunskap och erfarenhet av patienter med PS i Sverige visar att majoriteten av fysioterapeuterna behandlade för få patienter med PS för att kunna bibehålla sina kunskaper och erfarenheter (1). Många uttryckte ett behov av ökad kunskap gällande både behandlings- och mätmetoder. Studien visade också att få tog stöd av de europeiska riktlinjerna (2). Vår förhoppning är att aktuella och mer komprimerade riktlinjer på svenska ska bidra till ökad kunskap om och användande av behandlingar och mätmetoder anpassade för just denna målgrupp.

Avgränsning och urval

Dessa riktlinjer baseras främst på de europeiska riktlinjerna för fysioterapi vid PS (2), kapitlet om PS i FYSS (2017) (3) samt Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid multipel skleros och PS (4). Samtliga av dessa har använt GRADE:s evidensgradering.

GRADE är ett evidensgraderingssystem som bygger på en fyrgradig skala från starkt till otillräckligt vetenskapligt underlag, se *tabell 1*. Begränsat underlag kan vara tillräckligt för

att tillämpa metoden i klinisk praxis om andra kriterier är uppfyllda, till exempel rimlig kostnadseffektivitet. Otillräckligt underlag tydliggör att vi måste ha mer forskning innan metoden kan tillämpas i stor skala.

Tabell 1. GRADE**Starkt vetenskapligt underlag (++++)**

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (++)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med kraftigt försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)

När studier saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Fokus på fem nyckelområden

Riktlinjernas fokus är på behandlingar och mätmetoder kring fem nyckelområden: fysisk aktivitet, gång, balans, fall och förflyttningar, se *figur 1*. Utöver dessa nyckelområden finns det ytterligare funktionsnedsättningar som personer med PS upplever och som är av vikt för fysioterapeuter, se gärna de europeiska riktlinjerna (2) för ytterligare information.



Figur 1. Riktlinjernas fokus är på behandlingar och mätmetoder kring fem nyckelområden: fysisk aktivitet, gång, balans, fall och förflyttningar.

Parkinsons sjukdom är en kronisk, progredierande degenerativ sjukdom. Huvudsymtomen vid PS är skakningar (tremor), långsamma och förminskade rörelser (bradykinesi/hypokinesi), stelhet (rigiditet) och nedsatt balans (postural instabilitet). PS orsakar även icke-motoriska symtom såsom depression, fatigue, apati, sömnstörningar och förstoppning. Även kognitiva funktioner såsom minne, uppmärksamhet och exekutiva funktioner kan vara påverkade vid PS. Exempel på exekutiva funktioner som kan vara störda är planerings- och anpassningsförmåga samt impuls kontroll. Redan tidigt i sjukdomsförloppet kan vardagliga aktiviteter vara påverkade.

Levodopa är det vanligaste och mest effektiva läkemedlet vid PS och omvandlas i hjärnan till dopamin. Efter cirka fem års Levodopa-behandling kan man utveckla symtomfluktuationer. Personen kan då skifta från att ha god medicineffekt och rörlighet (så kallad "on") till att ha bristande medicineffekt och dålig rörlighet (så kallad "off"). Hoehn och Yahr-skalan (HY) klassificerar översiktligt sjukdomens svårighetsgrad (I–V, högre siffra svårare sjukdomsgrad) vad gäller de motoriska symtomen vid PS (5).

Långsammare motorik och påverkad gång- och balansförmåga vid PS leder till svårigheter vid förflyttningar som kan vara tids- och energikrävande. Personer med PS har ofta en lägre fysisk aktivitetsgrad än friska personer i samma ålder.

De kan ha gångsvårigheter redan tidigt i sjukdomsförloppet, och efter cirka fem års sjukdomsduration har majoriteten (75 procent) gångsvårigheter. Personer med PS kan även få problem med "frysningar/frysningsepisoder" då de går. Dessa episoder beskrivs ofta som att fötterna känns fastklistrade i golvet.

Nedsatt balans är ett av huvudsymtomen vid PS och personer med PS har en ökad fallrisk. Det är vanligt att de undviker aktiviteter på grund av risk för att falla. Rädsla för att falla är även mer vanlig och uttalad hos personer med PS än hos personer utan PS.

Åtgärder

Fysioterapi är viktigt oavsett sjukdomsgrad, och fysisk aktivitet/träning rekommenderas i samtliga sjukdomsstadier (HY I–V) av PS (2). Fysioterapeuten har en viktig roll i att informera om sjukdom och sjukdomsförlopp. Fysioterapeutens mål för behandling i olika sjukdomsfaser illustreras i *figur 2 på sid 34*.

I styckena nedan beskrivs åtgärder för personer med PS. De flesta studier gäller främst personer med mild till måttlig PS (HY I–III). Få studier har inkluderat personer med svår sjukdomsgrad (HY IV–V) och i flera studier utgör kognitiv nedsättning ett exklusionskriterium. Evidensen för dessa grupper är därför begränsad vilket även gäller långtidseffekter av fysioterapeutiska åtgärder.



FOTO: SELMA WOŁOFSKI

ERIKA FRANZÉN

Dr med.vet., docent (fysioterapi), universitetslektor, leg. fysioterapeut, Karolinska Institutet, Karolinska universitetssjukhuset och Stockholms Sjukhem, Stockholm.



FOTO: EVA DALIN

CECILIA WINBERG

Dr med.vet., leg. fysioterapeut, Lunds universitet, Neuro Rehab, Malmö.

→ Trots att det finns många studier inom området kvarstår kunskapsluckor avseende hur ofta, hur länge och vilken intensitet, samt vilken typ av träning eller behandling som ger bäst effekt vid PS. Många fysioterapeutiska åtgärder såsom förflyttningsträning är ännu otillräckligt eller otillfredsställande utvärderade i forskningsstudier.

Tid / Sjukdomsfas

Tidig fas (H&Y 1)

- Egenvård
- Motverka inaktivitet
- Motverka fallrädsla och rörelserädsla
- Förbättra fysisk kapacitet
- Minska smärta

Mellan fas (HY 2-4)

- Som tidig fas + bibehålla och förbättra aktivitetsförmåga t.ex.
- förflyttningar
 - balans
 - gång
 - kondition

Sen fas (H&Y 5)

- Som mellan fasen +
- bibehålla andningsfunktion
 - motverka trycksår och kontrakturer
 - stödja närstående och personal

Figur 2.

Översikt av fysioterapeutens mål relaterade till tid och sjukdomsgrad Hoehn & Yahr (H&Y). Modifierad utifrån de europeiska riktlinjerna (1).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras som all aktivitet som ökar energiförbrukningen i muskulaturen. Personer med PS rekommenderas att leva upp till nationella riktlinjer som finns för fysisk aktivitet (3). En undergrupp av fysisk aktivitet är träning. Träning är fysisk aktivitet som är strukturerad, planerad och repetitiv samt ofta har ett specifikt syfte som att öka eller bibehålla funktionsförmåga. Den kan förhindra sekundära komplikationer såsom smärta och nedsatt ledrörlighet. Träning vid PS fokuseras ofta på gång och balansrelaterade aktiviteter.

För att öka den fysiska aktivitetsnivån och stimulera till fysisk träning bör fysioterapeuten:

- Ha kunskap om förmåga till beteendemässig förändring.
- Ha insikt om de specifika hinder som personer med PS upplever, med speciellt fokus på multisjuklighet, kognitiv nedsättning och brist på motivation.
- Komma överens med personen med PS om specifika och mätbara mål.
- Stötta personen med PS genom att identifiera hinder och underlättande faktorer i omgivningen såsom till exempel transportmöjligheter.
- Erbjuder uppföljning som baseras på individens specifika behov.
- Tänka på att intensiteten kan vara hög även vid vardagliga aktiviteter för vissa personer med PS.

Gång- och balansträning

Gång- och balansträning kan bestå av övningar som utmanar och stimulerar bland annat stabili-

tetsgränser, sensorisk integrering, rörlighet, balansreaktioner, balansaktioner (anticipatoriska balansjusteringar) och även till viss del styrka.

Med dual-task övningar menas att man gör mer än en sak samtidigt. Det är vanligtvis att man går, står eller till exempel utför *timed up and go* samtidigt som man utför en annan uppgift. Tilläggsuppgiften kan vara motorisk eller kognitiv. Träning av dual-task i kombination med gång- och balansträning har visat lovande resultat. Dual-task momenten bör introduceras långsamt och med stegrande svårighetsgrad. Exempel på en samtidig kognitiv uppgift då man går kan vara att rabbla vilda djur, namn eller räkna baklänges. Motoriska uppgifter kan vara att gå och samtidigt bära en bricka med saker på eller bolla en boll samtidigt som man går.

Sammanfattning av evidens

Nedanstående punkter är baserade på studier där gång- och balansträning jämförts med ingen intervention eller placebo.

- Det finns *måttligt starkt vetenskapligt underlag* (+++) för ökad gånghastighet (2, 4).
- Det finns *måttligt starkt vetenskapligt underlag* (+++) för ökad balansförmåga mätt med Bergs balansskala, Mini-BESTest och BESTest (2, 4).
- Det finns *måttligt starkt vetenskapligt underlag* (+++) för ökad mobilitet mätt med Timed up & Go (2, 4).

Behandlingsrekommendation:

Gång- och balansträning

- 45 minuter, 3 gånger per vecka i cirka 8–10 veckor har visat sig vara effektivt.
- Utmanande balansträning ger bäst effekt på gång och balans.
- Träning med fysioterapeut ger bättre effekt än hemträning.

Styrketräning

Styrketräning kan ske som enskilt träningsmoment eller i kombination med annan träning. I detta avsnitt beskrivs evidensen av styrketräning baserat på studier som har angett dosen av styrketräningen.

Sammanfattning av evidens

- Det finns *starkt vetenskapligt underlag* (evidensstyrka +++) för att övervakad styrketräning (60 till 80 procent av 1 RM, 1–3 set, 8–15 repetitioner, minst 2 gånger per vecka under 12 veckor) ger ökad muskelstyrka för personer i HY I–III (2, 3). Flertalet studier fokuserade på stora muskelgrupper i nedre extremiteterna.

Styrketräning som enskilt träningsmoment

- Det finns begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++) för att styrketräning enskilt förbättrar personens balans- och gångförmåga (2, 3).
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +) för att styrketräning enskilt förbättrar följande aspekter: motoriska symptom (UPDRS del III) (3), icke motoriska symptom, aktiviteter i dagliga livet och hälsorelaterad livskvalitet (3).

Behandlingsrekommendation: Styrketräning

- 60–80 procent av 1RM, 8–15 repetitioner i 1–3 set, 2–3 gånger per vecka i cirka 12 veckor har visat sig ge effekt. Dos och intensitet bör stegras.
- Antal övningar beror på individens behov och förutsättningar.
- Styrketräning bör kompletteras med annan fysisk träning och aktivitet om man vill ha effekt på motoriska symptom, balans, gång, och aktiviteter i dagliga livet.

Konditionsträning (aerob träning) med definierad intensitet

I flertalet studier av konditionsträning anges inte träningens relativa eller absoluta intensitet (3). Sammanfattningen nedan utgår från studier där intensiteten har specificerats. I studier som angett relativ intensitet har man rapporterat intensitet som procent VO_2 max eller som upplevd ansträngning enligt Borgs RPE-skala, *Rating of Perceived Exertion*. I de studier som angett absolut intensitet har energiförbrukning rapporterats.

Sammanfattning av evidens

För aerob träning med definierad intensitet (till exempel cykling eller träning på gångband) så finns följande evidens (3):

- Måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++) för att träning på måttlig och/eller hög intensitet förbättrar konditionen. Genomsnittlig frekvens var 3 gånger per vecka, durationen 20–30 minuter, under 12 veckor.
- Begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++) för att motoriska symptom förbättras.
- Otillräckligt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +) för att följande aspekter förbättras: balans, icke motoriska symptom, autonom dysfunktion, aktiviteter i dagliga livet och hälsorelaterad livskvalitet.
- Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +) för effekter av aerob träning på mycket hög intensitet.

Behandlingsrekommendation:

Aerob träning med definierad intensitet

- Intensiteten ska öka successivt inom passet och under hela träningsperioden.
- Måttlig intensitet (40–59 % VO_2 max; RPE 12–13, Borgskalan) i cirka 150 minuter per vecka, fördelat på minst 3 gånger per vecka i cirka 12 veckor.
- Hög intensitet (60–89 % VO_2 max, RPE 14–17) i minst 75 minuter per vecka, fördelat på minst 3 gånger per vecka i cirka 12 veckor.

Träning på gångband

Träning på gångband kan ske i syfte att öka konditionen (*se tidigare avsnitt*) men även för att förbättra gånghastigheten. I detta avsnitt beskrivs träning på gångband med fokus på gånghastighet. Specifik gångträning beskrivs i ett separat avsnitt.

Sammanfattning av evidens

- Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++) för att träning på gångband förbättrar gånghastigheten (2).

Behandlingsrekommendation:

Träning på gångband

- Minst 30 minuter, 3 gånger i veckan i 4 veckor har visat sig ge effekt.
- Fokusera på långa steg.
- Ge feedback på utförandet.
- Kognitiv uppgift: dual task (till exempel subtraktionsövning) kan eventuellt adderas för att öka svårighetsgraden.
- Tänk på att gångband kan vara svårt att använda om man har kognitiva svårigheter.

Cueing

Med cueing avses trick och strategier som används för att underlätta gångförmåga och mobilitet samt motverka frysningsepisoder. Tanken är att man med hjälp av cueing aktiverar andra delar av hjärnan än de basala ganglierna och på så sätt underlättar gångförmåga och förflyttningar och löser upp frysningar. Cueing kan vara visuell (t.ex. markering på golvet), auditiv (t.ex. metronom) eller somatosensorisk (t.ex. taktilt stimuli). Det är inte alla personer med PS som har nytta av cueing och man kan reagera olika på olika cues (2).

Sammanfattning av evidens

- Det finns måttligt starkt (+++) till starkt (+++++) vetenskapligt underlag för ökad gånghastighet (2–4).
- Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++) för att mobilitet inte förändras mätt med Timed up & Go (2).



I riktlinjerna har vi fokuserat på frågeformulär och mätinstrument som är testade för validitet och reliabilitet för personer med PS.

- • Det finns *måttligt starkt vetenskapligt underlag* (+++) för att cueing inte har effekt på frysningar vid gång mätt med *Freezing of Gait Questionnaire* (FOGQ) (2). Dock har viss effekt visats på personer med svåra frysningar.

Behandlingsrekommendation: Cueing

- Studier har visat att cueing bör tränas cirka 3 gånger/vecka (ca 30 min/gång) under minst 3 veckor.
- Vid cueing-träning med metronom utgår man från personens normala stegfrekvens vilket kan undersökas med till exempel 10 meters gångtest. Cueing-frekvensen bör vara lägre än den normala stegfrekvensen vid träning inomhus men högre vid träning utomhus (cirka 10–15 procent lägre respektive högre).
- Träna i de situationer/miljöer där personen brukar uppleva frysningsepisoder.

Kombinerad träning

Med kombinerad träning avses interventioner ledda av fysioterapeut och med syfte att träna flera aspekter.

Sammanfattning av evidens

- Enligt de europeiska riktlinjerna (2) finns det *måttligt starkt vetenskapligt underlag* (evidensstyrka++) för att kombinerad träning ger ökad gånghastighet samt förbättrade motoriska symtom (UPDRS III), funktionell rörlighet (TUG) och balans (Bergs balansskala).

Behandlingsrekommendation (2):

Kombinerad träning

- 45 minuter, 3 gånger per vecka i minst 8 veckor.
- Fokus på stora rörelser.
- Prioritera träning som inkluderar stora muskelgrupper och flera leder.
- Öka intensiteten stegvis.

Fallpreventiva åtgärder

Fallpreventiva åtgärder kan innefatta information, hjälpmedel, medicinjusteringar samt fysisk trä-

ning som inkluderar balansträning. Fall är multifaktoriellt och träning bör kompletteras med andra åtgärder.

Sammanfattning av evidens

- Det finns *otillräckligt vetenskapligt underlag* (evidensstyrka +) för att fysisk träning kan förebygga fall vid PS (2).

Behandlingsrekommendation: Fallprevention

- Förmedla allmänna råd om fallprevention i samtliga sjukdomsfaser vilket även gäller råd om fysisk aktivitet.
- En falldagbok kan ge information som kan stödja de fysioterapeutiska åtgärderna, till exempel i samband med vilka aktiviteter personen faller och var det händer.
- Vid behov av gånghjälpmedel rekommenderas främst rollator; vid kraftig fallrisk bör rullstol övervägas som ett komplement.
- Om personen har en ökad fallrisk och blir mer ostadig vid dual-task: förmedla råd såsom att undvika att gå i trappan och samtidigt bära något.
- Vid ortostatisk hypotension bör medicinjusteringar övervägas och fysioterapeuten bör förmedla allmänna råd och övningar specifikt för detta.

Dans och taichi

I de europeiska riktlinjerna nämns både dans och taichi som behandling för personer med PS (2). Dans som träning ökar i popularitet och rekommenderas ofta av patientföreningar. Den vanligaste dansen är tango men det beskrivs också andra danser.

Taichi kan ske i syfte att förbättra gång och balans hos personer med PS. Taichi är en rörelsemeditation som består av långsamma rörelser, ofta tyngdöverföringar, som utförs mjukt men ändå kraftfullt.

Sammanfattning av evidens

- Enligt de europeiska riktlinjerna finns det *begränsat vetenskapligt underlag* (++) för att dans ger ökad balansförmåga (Bergs balansskala och Mini-BESTest).
- Det finns *begränsat vetenskapligt underlag* (++) för att tango ökar funktionell rörlighet (TUG).
- Det finns *begränsat vetenskapligt underlag* (++) mot att använda dans för att förbättra gånghastighet, steglängd, gångsträcka, frysningar, livskvalitet och motoriska symtom (UPDRS III).
- Enligt de europeiska riktlinjerna finns *starkt vetenskapligt underlag* (+++++) för ökad motorisk funktion (UPDRS III) med taichi med kortsiktig effekt.

- Det finns begränsat vetenskapligt underlag (++) för att dans och taichi har effekt på antal fall, balans och gångförmåga.

Rekommendationerna om taichi baseras i huvudsak på en studie där tai chi har tränats under 60 minuter, två gånger/vecka i 24 veckor.

Mätmetoder

I riktlinjerna har vi fokuserat på frågeformulär och mätinstrument som är testade för validitet och reliabilitet för personer med PS och som finns på svenska. Där ges en översikt över mätmetoder som är kopplade till de valda nyckelområdena; vissa mätinstrument täcker dock in flera problem-

områden. Urvalet av mätmetoder är baserat på de europeiska riktlinjerna med hänsyn tagen till svenska förhållanden. Majoriteten av mätmetoderna som beskrivs i riktlinjerna hittar du också i Fysioterapeuternas mätdatabas.

Vad händer nu och var hittar jag riktlinjerna?

Vi arbetar nu för att sprida och implementera riktlinjerna samt att öka kunskapen om fysioterapi vid PS genom artiklar, föreläsningar och workshoppar. Vår intention är att dessa riktlinjer ska användas i det dagliga arbetet i mötet med personer med PS. Riktlinjerna i sin helhet kommer att finnas som pdf-fil på www.fysioterapeuterna.se under fliken profession/ kliniska riktlinjer. ■

REFERENSER

- 1. Conradsson et al. Physiotherapy for Parkinson's disease in Sweden: Provision, expertise and multi-professional collaborations. In press. Movement Disorders Clinical Practice.
- 2. Keus S, Munneke M, Graziano M, Paltamaa J, Pelosin E, Domingos J, et al. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's disease. 2014;KNGF/ParkinsonNet, the Netherlands.
- 3. YFA (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet). FYSS 2017. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling- Parkinsons sjukdom: Läkartidningen Förlag AB; 2016.
- 4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermsochparkinsonssjukdom>; 2016.
- 5. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*.1967;17(5):42742.

Denna artikel med fullständig referenslista finns att ladda ned som pdf-fil på www.fysioterapi.se under fliken Forskning.

Du kommer väl?

Ett axplock ur programmet:

Inspirationsföreläsare:
Anna Duberg – Dans för psykisk hälsa!
Effekter och erfarenheter från en vetenskaplig studie med tonårsflickor i fokus

Workshop:
Karin Gräware Silbernagel – U-ljudsundersökning som en del av fysioterapeuters kliniska vardag.

Symposium:
Anna Bjarnegård – Fysioterapi i ett mångkulturellt samhälle-möten med ofrivilligt migrerade.

**FYSIOTERAPI
2017**
 STOCKHOLM
 WATERFRONT
 25-27 OKTOBER





Läs mer på fysioterapi2017.se