

Strukturerede forløb for patienter med Parkinson



Indhold

Information	3
Strukturerede forløb for patienter med Parkinson	4
Baggrund for praksisanbefalinger	4
Registrering af ydelser og forløbsydelse	5
Flowskema for patienter med Parkinson fordelt på 5 faser	6
Fase 1	8
Målgruppe	8
Formål	8
Patientvejledning og dialog	8
Primær indsats i fase 1	8
Fase 2	9
Målgruppe	9
Formål	9
Patientvejledning og dialog	9
Primær indsats i fase 2	9
Fase 3	10
Målgruppe	10
Formål	10
Patientvejledning og dialog	10
Primær indsats i fase 3	10
Fase 4	11
Målgruppe	11
Formål	11
Patientvejledning og dialog	11
Primær indsats i fase 4	11
Fase 5	12
Målgruppe	12
Formål	12
Patientvejledning og dialog	12
Primær indsats i fase 5	12
Anbefalinger til undersøgelse af patienter med Parkinson	13
Nøgleanbefalinger til træning af patienter med Parkinson	14
Anbefalinger til modalitet, frekvens, progression, intensitet og volumen	15
Prioritering	16
Tværasektorielle samarbejdspartnere	17
Mere information	18

Information

I dette dokument kan du som praktiserende fysioterapeut læse om de strukturerede forløb for patienter med Parkinson og inddelingen i faser, som træder i kraft pr. 1. januar 2025.

Du kan få overblik over de fysioterapeutiske ydelser og anbefalinger til behandlingsindsatser i faseinddelingen i strukturerede forløb for patienter med Parkinson, der behandles under overenskomsten for vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter.



Strukturerede forløb

for patienter med Parkinson

Formålet med de strukturerede forløb er ensartede tilbud og styrkelse af den evidensbaserede behandling.

Forløbene skal fungere som beslutningsstøtteværktøj for dig som fysioterapeut i din behandling af patienter med Parkinson. Forløbene skal støtte dig i din vurdering af, hvilken træning og behandling der som udgangspunkt bør tilbydes.

De strukturerede forløb har desuden til formål at understøtte dig i dialogen med dine patienter om bl.a. egenhåndtering og ejerskab til at deltage aktivt i træning og behandling af deres Parkinson.

Rammen for de strukturerede forløb er Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi. Af vejledningen fremgår det, at fysioterapi skal forbedre, vedligeholde eller forhale forringelse af funktioner. I det strukturerede forløb for Parkinson er der herunder beskrevet forskellige formål med fysioterapien for hver fase, som skal ses som et supplement til Sundhedsstyrelsens vejledning om vederlagsfri fysioterapi.

De faglige anbefalinger, som de strukturerede forløb bygger på, er baseret på nyeste guidelines fra sammenlignelige lande, nyeste evidens og best practice. Anbefalingerne er udarbejdet af faglige ressourcepersoner i samarbejde med en faglig følgegruppe og Enhed for Kvalitet og Modernisering (EKM).

Strukturerede forløb for patienter med Parkinson er inddelt i 5 faser.

Baggrund for praksisanbefalinger

Patienter med Parkinson har oftest et livslangt behov for forebyggende og vedligeholdende træning, samt behovsbestemte fysioterapeutiske behandlingsindsatser. Der kan være mange symptomer, og de skifter både i karakter og styrke over tid. Sværhedsgraden af sygdommen varierer også i høj grad fra person til person, og derfor vil behandlingsindsatserne også variere alt afhængig af, hvor i forløbet den enkelte patient er. Man kan

betragte sygdommen i de overordnede faser tidlig, midt og senfase. Fysioterapien har til formål at forbedre, vedligeholde eller forhale forringelse af funktioner, og skal rettes mod den aktuelle funktionsnedsættelse.

De faglige anbefalinger beskriver, at fysisk træning kan have sygdomsmodificerende effekter på Parkinson, og at træningen har stor gavnlig effekt på både motoriske og ikke-motoriske symptomer, samt fysiologiske forringelser.

Moderne fysioterapiinterventioner kombinerer teknikker til ændring af sundhedsadfærd med fysisk træning for at fremme udviklingen af langsigtet træningsoverholdelse. Forskellige former for træning, herunder konventionel fysioterapi, generel træning (dvs. en blanding af træningsformer), konditionstræning og styrketræning, kan bl.a. forbedre gangkapacitet og postural stabilitet/balance.

Træning har desuden positive effekter på kognition, søvnmønstre, apati, psykiatriske forstyrrelser, smerter og livskvalitet. Yderligere findes der fordele ved fysisk træning, som omhandler aktiv håndtering af egen sygdom, sociale relationer, erfaringsudveksling med ligesindede, fastholdelse i træning, autonomi, samt fysisk og psykisk modstandsdygtighed.

Det er særligt vigtigt i den tidlige fase at introducere relevante træningsbegreber som intensitet, volumen, frekvens og progression, så patienten er opmærksom på variation i (selv)træningen. Det er også vigtigt at monitorere symptomprogression, som kan ske gennem en regelmæssig og systematisk evaluering af funktioner samt patientrapportering. Bagerst i denne vejledning er der samlet en række anbefalinger til undersøgelser, træningsindsatser, test og monitorering. Her finder du også informationer og link til de faglige anbefalinger og strategier, som du kan bruge i behandlingen af dine patienter, samt hvilke tværsektorielle samarbejdspartnere du kan møde i indsatserne omkring patienter med Parkinson.

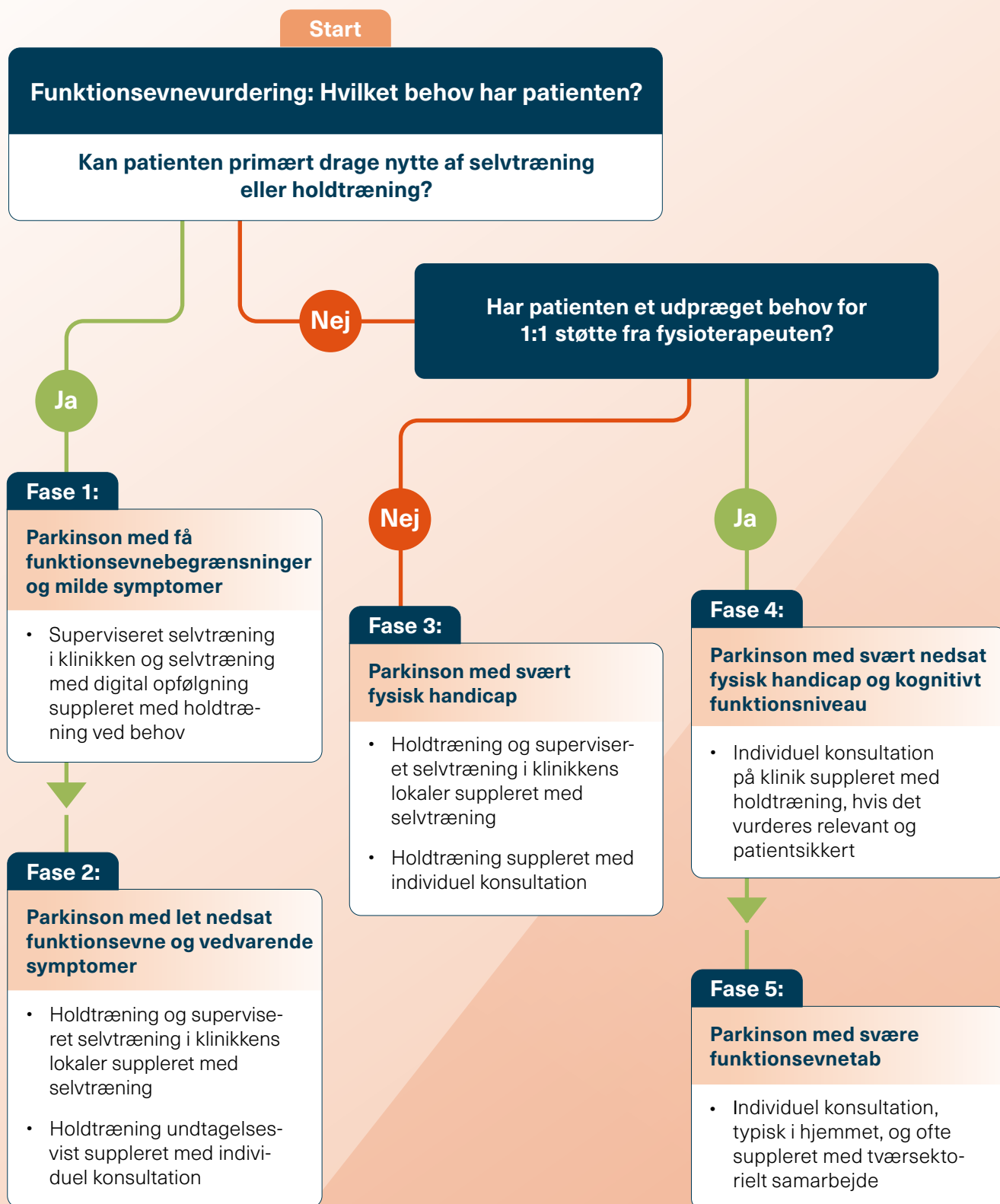
Registrering af ydelser og forløbsydelse

Du skal fortsat registrere de ydelser, du udfører. Derudover skal du hver måned registrere en forløbsydelse svarende til den fase, som du har vurderet, at patienten tilhører. Du skal kun registrere forløbsydelsen i de måneder, hvor du har udført mindst én ydelse, der vedrører patienten. Det er forløbsydelsen, der udløser et månedligt honorar. Dog afregnes afstandstillæg og tværfaglige møder om konkrete patienter stadig pr. kontakt.

Flowskema

for patienter med Parkinson fordelt på 5 faser

- ✓ Vær opmærksom på, at Sundhedsstyrelsens Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi fortsat er gældende, hvilket indebærer henvisningskriterier og limiteringer.
- ✓ Genvurdering af niveauinddeling skal senest ske efter 12 måneder eller ved behov.



Når en patient skal indplaceres i en fase, er det på baggrund af din samlede vurdering af patientens fysiske og kognitive funktionsniveau. Forløbsoversigten er vejledende og Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier for vederlagsfri fysioterapi er fortsat gældende.

Vurderer du, ud fra Sundhedsstyrelsens kriterier, at patienten kan klare sig selv inden døre i 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, vil patienten typisk høre til i fase 1 eller fase 2. Inddelingen er afhængig af, om patienten kan drage nytte af at træne på egen hånd efter et individuelt tilpasset træningsprogram, eller om der er behov for, at patienten primært deltager på hold i klinikken.

Vurderes det, at patienten ikke kan klare sig selv inden døre i 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, tildeles patienten ud fra en vurdering af graden for behov for 1:1 træning enten fase 3, som primært er holdkonsultation suppleret med individuelle konsultationer, eller fase 4 og fase 5 som er til patienter i senfasen af deres Parkinson sygdom.

Fase 4 består primært af individuelle konsultationer på klinik, og kan suppleres med holdkonsultation eller selvtræning, hvis det vurderes sikkert og relevant for patienten.

Fase 5 består primært af individuelle konsultationer i hjemmet. Der vil ofte være behov for en tværsektoriel indsats omkring patienten, hvis vedkommende har fysiske funktionsnedsættelser, hvor andre tværsektorielle og tværfaglige tilbud vurderes relevante.



Fase 1

Målgruppe

I fase 1 er patienten i den tidlige fase af sin Parkinson med kun få varige funktionsevnebegrænsninger, hvor symptomerne er milde og typisk kun i den ene side af kroppen. Patientens symptomer vil opleves at optræde varierende, - nogle vil opleve at have få synlige symptomer, mens andre vil have mere tydelige neurologiske tegn.

Formål

I den tidlige fase er det din opgave som fysioterapeut at forebygge inaktivitet gennem en proaktiv tilgang til at forbedre patientens funktioner og monitorere sygdomsudvikling. Patienten skal understøttes i at selvtræne og gøres tryk ved fysisk aktivitet og træning for at forbedre det fysiske funktionsniveau. Vedblivende aktivitet opbygger og vedligeholder patientens fysiske og potentielt kognitive reservekapacitet.

Konditionstræning og styrketræning fylder meget i den tidlige fase. Vigtigst er det som udgangspunkt at finde en træningsform, der motiverer patienten, da det bedst bevarer den langvarige træningsindsats.

Patientvejledning og dialog

For at øge evnen til at mestre hverdagen med sygdommen bør patienten vejledes i at træne under de mest givende forhold, hvilket kan indebære træning, når der er bedst effekt af medicin eller på bestemte tider af døgnet.

Det er vigtigt at introducere relevante træningsbegreber som intensitet, volumen, frekvens og progression, så patienten er opmærksom på variation i selvtræningen.

Det er desuden vigtigt at have fokus på, at patienten selvtræner og bliver træningsvant, da fysisk træning kan forbedre patientens fysiske og kognitive funktionsevne og opbygge modstandsdygtighed over for symptomer over tid, samt give øget reservekapacitet.

Primær indsats i fase 1

Afhængig af din vurdering af patientens samlede funktionelle og kognitive funktionsniveau, vil forløbet i fase 1 primært bestå af superviseret selvtræning på klinik eller selvtræning efter et individuelt tilpasset træningsprogram, som du har lavet. Der kan suppleres med holdkonsultation, hvis du vurderer, at patienten profiterer heraf i perioder.

Ved behov for mere støtte kan der undtagelsesvist anvendes den individuelle konsultation.

Evalueringskonsultationen kan benyttes samme dag som holdkonsultation eller superviseret selvtræning, hvis der er behov for revurdering af patientens funktionsniveau og behandlingsplan.

I fase 1 er *superviseret selvtræning på klinik og digital opfølgning på selvtræning* de primære forløbsydelse suppleret med *holdkonsultation*. Ved behov kan *evalueringskonsultationen* anvendes til vurdering af eventuelle funktionsforandringer eller undtagelsesvist en *individuel konsultation*. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af *videokonsultation* frem for fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Superviseret selvtræning på klinik (løbende)
- Digital opfølgning på selvtræningsforløb (løbende i måneder uden fysisk fremmøde på klinikken)
- Holdkonsultation (ved behov)
- Hold videokonsultation (ved behov)
- Individuel konsultation (undtagelsesvis)
- Individuel videokonsultation (undtagelsesvis)
- Evalueringskonsultation (ved behov for revurdering og test)
- Statuskonsultation (ved afslutning/genhenvisning).

Fase 2

Målgruppe

I fase 2 begynder patienten at have mere vedvarende symptomer, typisk i begge sider af kroppen, og oplever at have lette funktionsevnetab og mere tydelige neurologiske tegn, som f.eks. kraftnedsættelse, nedsat balance og smerter.

Formål

Patienten skal understøttes i at selvtræne og opretholde det høje aktivitetsniveau, der anbefales, for at bevare og forbedre deres fysiske og kognitive funktionsniveau.

Det er vigtigt at tilpasse træningsaktiviteter til patientens hverdagsliv og finde en træningsform og aktivitet, der motiverer patienten, da det bevarer den langvarige træningsindsats bedst og sikrer et højt fysisk aktivitetsniveau.

Det er væsentligt, at der i behandlingsplanen indtænkes selvtræning for at opnå tilstrækkelig træningsmængde.

Patientvejledning og dialog

Der findes en lang række fordele ved fysisk træning, f.eks. aktiv håndtering af egen sygdom, og der bør især arbejdes med at motivere patienten til selvtræning, herunder at opbygge en fortrolighed med at træne på egen hånd og understøtte træningsvantheden, alt sammen for at forebygge inaktivitet og forbedre den fysiske og psykiske modstandsdygtighed.

Fysisk træning og rehabilitering af forskellig karakter har utallige positive effekter på en lang række af de mest almindelige Parkinson-symptomer, som nedsat balance, tremor og rigiditet, langsomme bevægelser og nedsat kognitive funktioner. Fysisk træning kan potentielt være sygdomsmodificerende. For eksempel giver balancetræning bedre postural kontrol, styrketræning giver bedre muskelstyrke og konditionstræning øger skridtlængde, gangdistance og hastighed.

Primær indsats i fase 2

Afhængig af din vurdering af patientens samlede funktionelle og kognitive funktionsniveau, vil forløbet i fase 2 primært bestå af holdkonsultation og superviseret selvtræning i klinikens lokaler suppleret med selvtræning efter et individuelt tilpasset træningsprogram for at opnå det anbefalede aktivitetsniveau. Da symptomerne hos patienter med Parkinson kan optræde varierende, vil det for nogle patienter være mere relevant at træne superviseret på klinikken eller deltage på hold for at opretholde sit aktuelle funktionsniveau.

Hvis patienter uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom har brug for individuel konsultation i stedet for eller som supplement til holdkonsultation, kan patienten indplaceres i fase 3. I en henvisningsperiode på 12 måneder må en patient uden svært fysisk handicap med en progressiv sygdom i gennemsnit modtage fire individuelle konsultationer. Da dette er et gennemsnit på klinikken, er det muligt, at nogle patienter modtager flere individuelle konsultationer, mens andre ikke har behov.

I fase 2 er *holdkonsultationen* og *superviseret selvtræning på klinik* de primære forløbsydelse, suppleret med *digital opfølgning på selvtræning*. Ved behov kan *evalueringskonsultationen* anvendes til vurdering af eventuelle funktionsforandringer eller undtagelsesvist *individuel konsultation*. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af *videokonsultation* frem for fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Holdkonsultation (løbende)
- Hold videokonsultation (løbende)
- Superviseret selvtræning på klinik (løbende)
- Digital opfølgning på selvtræningsforløb (løbende i måneder uden fysisk fremmøde på klinikken)
- Individuel konsultation (undtagelsesvis)
- Individuel videokonsultation (undtagelsesvis)
- Evalueringskonsultation (ved behov for revurdering og test)
- Statuskonsultation (ved afslutning/genhenvisning).



Fase 3

Målgruppe

I fase 3 vil patienten forventeligt opleve mere synlige funktionsnedsættelser og vedblivende symptomer i begge sider af kroppen, som kan forstyrre både hverdagsaktiviteter og evt. arbejdslivet. Patienten oplever typisk i denne fase funktionsbegrænsninger i forbindelse med forflytninger, nedsat stående og gående balance og nedsat gangfunktion. Kognitive udfordringer begynder at vise sig, og patienten kan have svært ved at holde motivationen og fastholde træning på egen hånd.

Formål

Formålet i fase 3 er at vedligeholde patientens funktioner og forsat forebygge inaktivitet og sikre et højt aktivitetsniveau.

Det er vigtigt at tilpasse træningsaktiviteterne til hverdagslivet og behandle specifikke funktionsbegrænsninger som f.eks. gangfunktion, balance og forebyggelse af fald.

Det kan ved nogle patienter være nødvendigt at bruge strategier for at gennemføre træningen med tilfredsstillende kvalitet. Eksempler herpå er cueing – et udefrakommende visuelt, taktilt eller auditivt stimuli, som kan hjælpe med at igangsætte eller fastholde en motorisk aktivitet eller opdeling af øvelser i delelementer.

Grundet sygdommens uforudsigelige udvikling bør specifikke træningsmål og opgavespecifikke interventioner fremmes sammen med generelle træningsprogrammer for bedst muligt at imødekomme patientens udfordringer.

Patientvejledning og dialog

I takt med at patienten får mere vedblivende symptomer og evnen til at fastholde vigtige aktiviteter i hverdagen påvirkes, er det vigtigt, at du understøtter patienten i at finde motivationen til at fastholde hverdagstræning og prioritere indsats, der modvirker accelererede aldersrelaterede funktionsnedsættelser.

Der vil typisk være et begyndende behov for tværsektoriel rehabilitering, og nogle patienter skal gennem jobafklaring, som kræver et tværfagligt samarbejde med f.eks. læge og kommune omkring supplerende tilbud.

Primær indsats i fase 3

Forløbet i fase 3 består typisk af holdkonsultation suppleret med individuelle behandlinger. Superviseret træning i klinikens lokaler og selvtræning tilpasses efter patientens sygdomsbillede og behov.

I fase 3 er *holdkonsultation* og *individuel konsultation* de primære forløbsydelse, og hvis det vurderes sikkert *superviseret selvtræning på klinik*. *Evalueringkonsultationen* anvendes til test og løbende monitorering af patientens funktionsniveau. Nogle patienter kan i denne fase periodevis træne på egen hånd. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af *videokonsultation* frem for fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Holdkonsultation (løbende)
- Hold videokonsultation (løbende)
- Individuel konsultation (supplerende)
- Individuel videokonsultation (supplerende)
- Superviseret selvtræning på klinik (hvis sikkert og relevant)
- Evalueringkonsultation (til monitorering og test)
- Digital opfølgning på selvtræning (hvis sikkert og relevant)
- Statuskonsultation (ved afslutning eller genhenvisning).



Fase 4

Målgruppe

I fase 4 er patientens Parkinson fremadskridende, og patienten har typisk et svært fysisk handicap og et kognitivt funktionsevnetab.

Mobilitet er begrænset og patienten er ofte afhængig af gangredskaber i form af en albuestok eller rollator.

Patienten vil i stigende grad være påvirket på selvstændighed og have kognitive udfordringer, der nedsætter evnen til at problemløse, planlægge og organisere.

Derudover har patienten nedsat evne til at igangsætte og vedholde aktiviteter. Patienten i fase 4 har derfor brug for 1:1 støtte for at kunne opnå de relevante fordele ved træning og for at blive i træningsindsatsen.

Formål

Formålet er at forebygge inaktivitet og forhale forringelse af patientens funktioner ved at tilpasse fysisk aktivitet og træning til en dagligdag med flere sygdomssymptomer. Der bør være øget fokus på de basale funktioner, herunder stå/gå funktion, balance og sidestillinger.

Behandlingen skal tage hensyn til øgede kognitive funktionstab og komorbiditet, og der vil være behov for at anvende manuel behandling og guidet øvelsesterapi med henblik på f.eks. at dæmpe tonus, øge kredsløb, mindske ødem eller smerter og afhjælpe følgerne fra den ufrivillige inaktivitet og sygdomsprogressionen.

Patientvejledning og dialog

Der bør være fokus på, at træningsindsatsen er tilpasset patientens hverdag og understøttelse af selvtræning i samarbejde med f.eks. pårørende eller plejepersonale. Det er vigtigt at have en løbende dialog med almen praksis, neurolog eller kommune med henblik på sammenhæng i indsatserne omkring patienten.

Primær indsats i fase 4

Forløbet i fase 4 består typisk af individuel behandling eller træning på klinik. Hvis det vurderes sikkert og relevant suppleres med holdkonsultation og selvtræning.

Den primære ydelse der anvendes i denne fase, er *individuel konsultation*. Hvis det vurderes sikkert, kan nogle patienter deltage på *holdkonsultation*, og hvis muligt selvtræning i samarbejde med pårørende eller plejepersonale. Hvis der er indikation for, at patienten profiterer af *videokonsultation* frem for fysisk fremmøde, og det findes relevant og patientsikkert, kan du gøre brug af ydelserne *hold videokonsultation* og *individuel videokonsultation*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Individuel konsultation (løbende)
- Individuel videokonsultation (løbende hvis relevant)
- Holdkonsultation (hvis sikkert og relevant)
- Hold videokonsultation (hvis sikkert og relevant)
- Digital opfølgning på selvtræning (undtagelsesvist)
- Statuskonsultation (ved afslutning eller genhenvisning).

Fase 5

Målgruppe

I fase 5 er patienten i senstadiet af sygdommen med svære fysiske og kognitive funktionsevnetab. Patienten er typisk afhængig af en kørestol eller er sengeliggende. Dette indebærer også, at patienten kan være afhængig af hjælp i dagligdagen.

Formål

I fase 5 bør der være øget fokus på symptomer som nedsat lungefunktion, dysfagi og tonus. Derudover fokus på basale funktioner som lejring, vendinger og forflytninger, som kan bruges i den daglige pleje af patienten.

Patienten bør ligeledes med mellemrum gennemgå en sundhedsfaglig helhedsvurdering med henblik på at få den bedste samlede koordinering mellem almen praksis, kommune og praktiserende fysioterapeuter og en sammenhængende helhedsorienteret behandlingsindsats.

Patientvejledning og dialog

Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde er i denne fase vigtigt for, at patienten kan modtage den bedste sammenhængende behandlingsindsats. Det kan være f.eks. være i koordineringen med almen praksis og kommune.

Løbende dialog med pårørende, almen praksis, neurolog, kommune er vigtig med henblik på sammenhæng i indsatserne omkring patienten.

Primær indsats i fase 5

Forløbet i fase 5 består typisk af behandling i hjemmet. Hvis der behandles i hjemmet, kan det være relevant med et tværfagligt samarbejde omkring selvtræning med de hjælpere, plejere eller pårørende, der er omkring patienten.

I fase 5 er *individuel behandling* den primære forløbsydelse. Ofte er der også behov for *tværsektorielt samarbejde*, og hvis det findes relevant og patientsikkert suppleret med *digital opfølgning på selvtræning*.

I en henvisningsperiode på 12 måneder vil et typisk forløb kunne se ud som nedenfor:

- Første konsultation (ved ny henvisning)
- Individuel konsultation (løbende)
- Individuel videokonsultation (løbende hvis relevant)
- Telefonisk og digital henvendelse (hvis muligt og relevant)
- Deltagelse i møde (hvis muligt og relevant)
- Digital opfølgning på selvtræning (hvis muligt og relevant)
- Statuskonsultation (ved afslutning eller genhenvisning).

Anbefalinger til undersøgelse af patienter med Parkinson

Forud for første konsultation kan patienten, evt. med hjælp fra pårørende, med fordel udfylde *forhåndsvurderingsskemaet*. Dette giver et godt overblik over patientens tilstand og behov.

I din anamnese og undersøgelse, kan du gøre brug af *den fysioterapeutiske undersøgelse ved Parkinson*, samt de *hurtige referencekort* (QRC 1, 2, 3, 4). I anbefalingerne finder du hjælperedskaberne i bilag 2-7:

- Den fysioterapeutiske undersøgelse (bilag 4)
- Forhåndsvurderingsskema (bilag 2)
- Hurtige referencekort (QRC 1, 2, 3, 4) (bilag 3 og 6)
- Træningsanbefalingerne for patienter med Parkinson (bilag 7)
- Minimal detectable scale (bilag 5).

I din undersøgelse af patienter med Parkinson kan det være aktuelt at prioritere følgende område:

- Fysisk kapacitet
- Forflytninger
- Finmotorik
- Balance og gang
- Neurologiske symptomer.

Der findes en række anbefalede tests, som tester for flere af ovenstående område på en gang. Når du tester, er det vigtigt at have formål i fokus, vælg de test der har relevans for din patients individuelle behov, hvad der er realistisk at teste, og hvad der kan være motiverende for patientens i forhold til videre træning og rehabilitering.

Nedenstående er en række anbefalede tests, du kan bruge i din undersøgelse og monitorering:

- Timed up and go (TUG)/ dual task
 - Fysisk kapacitet, funktionel mobilitet, forflytninger, balance og ganganalyse
- 40 meter gangtest
 - Balance og gang kapacitet
- Rejse/sætte sig test (RSS)
 - Muskelstyrke, balance og forflytninger
- Tandemtesten, Bergs Balance skala, MiniBEST test
 - Balance og gang
- MoCA test
 - Kognition
- Nine Hole Peg Test
 - Finmotorik.

Nøgleanbefalinger

til træning af patienter med Parkinson

- **Træningsinterventioner:** Regelmæssig fysisk aktivitet, herunder konditionstræning, styrketræning, gangtræning og balanceøvelser. Dette anbefales stærkt for at forbedre motorisk funktion, mobilitet og livskvalitet.
- **Opgavespecifik træning:** Træning fokuseret på dagligdags aktiviteter foreslås for at øge funktionel uafhængighed.
- **Gang og balance:** Interventioner rettet mod gang og balance, inklusive løbebåndstræning og cueing-strategier, anbefales for at reducere faldrisiko og forbedre gangfunktion (skridtlængde, ganghastighed, bevægelighed og balance).
- **Fællesskabsbaseret træning:** Som fysioterapeut bør du anbefale fællesskabsbaseret træning for de patienter, hvor det vurderes relevant for at reducere sværhedsgraden af motorisk sygdom og forbedre ikke-motoriske symptomer, funktionelle mål samt livskvalitet.
- **Tværfaglig tilgang:** Nødvendigheden af samarbejde mellem fysioterapeuter, læger, sygeplejersker, ergoterapeuter og andre sundhedsprofessionelle er vigtig for at sikre en holistisk og koordineret pleje.



Anbefalinger

til modalitet, frekvens, progression, intensitet og volumen

Nedenstående er anbefalinger ud fra den evidens, der er på området. Det er vigtigt altid at lave en individuel vurdering af din patient og tilrettelægge en behandling og et træningsprogram, der passer ind i patientens liv med Parkinson.

- Det anbefales, at konditionstræning udføres mindst tre gange om ugen i 30 til 40 minutter per session med moderat til høj intensitet.
- Det anbefales, at styrketræning udføres en til to gange om ugen i 30 til 60 minutter per session, hvor der anvendes 80% af RM for styrkeforøgelse og 40% af RM for forbedring af power (eksplosiv styrke). Desuden anbefales en gradvis forøgelse af belastningen med 2%, når tre sæt af 15 gentagelser opnås med overskud.
- Det anbefales, at balancetræning udføres to til tre gange om ugen. Da fald skyldes flere faktorer, kan balancetræning med fordel kombineres med andre interventioner for at reducere faldfrekvensen.
- Det anbefales, at gangtræning udføres i 20 til 60 minutter, tre til fem gange om ugen. Langtidsopfølgning viser, at resultaterne kan falde variabelt med tiden, hvilket tyder på, at gangtræning bør være en vedvarende aktivitet for at opretholde funktionelle resultater.
- Der anbefales opgavespecifik træning, når der anvendes træningssessioner på 30 til 90 minutter, to til fem gange om ugen.

Anbefalingerne til træning skal ikke tolkes som absolutte minimums- eller maksimumsgrænser for at opnå generel effekt, men bør tilrettelægges under hensyntagen til en række potentielle individuelle hensyn, f.eks. apati, træthed, ortostatisk hypotension eller ON/OFF-perioder.

Selvtræning er vigtigt at tænke ind i behandlingsplanen, da anbefalingerne lægger op til mere træning, end der kan tilbydes i den vederlagsfri ordning.

Prioritering

For indsatsområderne styrke-, konditions- og balancetræning alene, gælder det, at disse bør gennemføres sammenlagt 6-8 gange om ugen med en passende varighed og intensitet. Det er derfor vigtigt, at du som fysioterapeut faciliterer og motiverer patienten til selvtræning, og at du forventningsafstemmer det behandlingstilbud, som du kan tilbyde med din patient, da de skal træne markant mere end det tilbud, de kan modtage i den vederlagsfri ordning. Den fysioterapeutiske træningsindsats bør således fokusere på:

- Forebyggelse af inaktivitet
- Igangsættelse og prioritering af træningsaktiviteter
- Fastholdelse af træningsaktiviteter på lang sigt
- Justering af træningsindsats med hensyn til patientens hverdagsliv og symptombillede.

Tværasektorielle samarbejdspartnere

Der kan være mange snitflader i det tværasektorielle og tværfaglige samarbejde omkring patienten. Som fysioterapeut har du ansvar for at sende en epikrise eller status til patientens egen læge med forslag til videre forløb, når du ikke mener, at din patient profiterer af tilbuddet i den vederlagsfri ordning. Det er patientens egen læge, der har tovholderfunktionen, hvis patienten skal henvises til et andet tilbud end den vederlagsfri ordning.

Herunder er der listet nogle af de fagpersoner op, som der kan kontaktes:

- Neurolog med henblik på undersøgelse og medicinering
- Neuropsykolog med henblik på kognitiv undersøgelse
- Ergoterapeut med henblik på udredning af tale-/synkebesvær eller finmotorisk behandlingstilbud
- Pleje/personale i kommunen omkring patienten med henblik på ADL-rettet træning
- Er der behov for en helhedsorienteret og samtidig tværfaglig indsats, kan patienten via egen læge eller neurolog henvises til rehabilitering i kommunen eller til højt specialiseret rehabilitering på Sano eller Montebello
- Kommune/hjælpemiddelcentral omkring patientens behov for hjælpemidler.

Ydelsen "Telefonisk og digital henvendelse" og "deltagelse i møde" kan anvendes, hvis det findes relevant i forhold til samarbejde med regionale eller kommunale forvaltninger og sundhedspersoner (dog ikke praktiserende læger).

Mere information

Faglige anbefalinger for patienter med Parkinson

Du kan finde link til Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi her:

[Vejledning-Vederlagsfri-fysioterapi1 \(sst.dk\)](#)

Du kan finde link til cueing strategier her:

- **Parkinson Pod:** [ParkinsonPod – music made for walking](#)
- **BIG-øvelser:** [Funktionel balancetræning til personer med parkinsons sygdom](#)