


A photograph of a man with a shaved head and a light beard, wearing a light blue button-down shirt and khaki pants. He is sitting in a black wheelchair and smiling broadly while holding a white corded telephone receiver to his ear. The background is a textured, reddish-brown wall. The text "Nationella riktlinjer för vård av MS och Parkinsons sjukdom" is overlaid on the left side of the image in a bold, black, sans-serif font.

**Nationella riktlinjer  
för vård av MS och  
Parkinsons sjukdom**



Socialstyrelsen har med start hösten 2014 tagit fram de första nationella riktlinjerna för vård av MS och Parkinsons sjukdom. Riktlinjerna har nu varit ute på remiss för inhämtning av synpunkter och kritik och kommer att ta sin slutgiltiga form i slutet av 2016. Under våren hölls regionala seminarier för information, diskussion och analys av vilka konsekvenser de föreslagna riktlinjerna kan få för hälso- och sjukvården i Sverige. Riktlinjerna utgör rekommendationer som ska fungera som stöd för styrning och fördelning av resurser vid vård av MS och Parkinsons sjukdom, samt som underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna riktar sig i första hand till politiker, tjänstemän, verksamhetschefer och andra ledare inom sjukvården, men även till yrkesverksamma inom vård och omsorg.

**Processen för** rekommendationerna har omfattat att identifiera tillstånd som är väsentliga för MS och Parkinsons sjukdom och para ihop dessa med relevanta åtgärder. Ett vetenskapligt kunskapsunderlag har tagits fram för värdering av varje tillstånds- och åtgärdspar och utifrån detta har en gradering av det vetenskapliga underlaget gjorts enligt GRADE (starkt, måttligt starkt, begränsat, otillräckligt). Därefter har en prioritering gjorts utifrån tillståndens svårighetsgrad, åtgärdernas effekt samt kostnadseffektivitet. I de fall där vetenskapligt underlag saknats har värdering av åtgärdens effekt gjorts utifrån beprövad erfarenhet med hjälp av ett systematiskt konsensusförfarande.

#### **RIKTLINJER FÖR MS**

En prevalensmätning för 31 december 2008 visade att ca 17.500 individer hade MS i Sverige med en könsfördelning på 2,35 gånger fler kvinnor än män (Ahl-

gren et al, 2010). Idag skattas antalet personer med MS i Sverige till ca 20.000 med ca 900–1.000 nya fall årligen (Ahlgren et al, 2014). De flesta insjuknar mellan 20 och 45 år, men prevalensen är högst mellan 45 och 70 års ålder, då 1 av 200 kvinnor har MS. Utan behandling leder MS ofta till funktionsnedsättningar som ger konsekvenser psykiskt, socialt och medicinskt med stora hälsoekonomiska effekter för samhället. Med ökad grad av funktionsnedsättning minskar livskvalitet och arbetsförmåga, och kostnaderna för MS ökar dramatiskt vid svårare funktionsnedsättningar (Kobelt et al, 2005). Sjukdomens svårighetsgrad understryks av en förkortad livslängd på 7–14 år (Scalfari et al, 2013). Sedan drygt 20 år tillbaka kan den bakomliggande sjukdomsdrivande MS-inflammationen hämmas med immunmodulerande behandling. Därmed kan sjukdomsförloppet ändras och risken för funktionsnedsättningar minska. Tidig diagnos och tidigt påbörjad immunmodulerande behandling har sannolikt stor betydelse för en förbättrad prognos. Riktlinjerna tar upp diagnostik, immunmodulerande och symtomatiska behandlingar. Multidisciplinära MS-team, tillgång till MS-sjuksköterska och sammanhängande teamrehabilitering har lyfts fram i riktlinjerna som viktiga komponenter i MS-vården. Ett allsidigt omhändertagande av personer med MS eftersträvas. För att säkerställa säker behandling och kontinuerlig utvärdering föreslås att resurser ska avsättas för klinisk och radiologisk monitorering av sjukdomen.

#### CENTRALA REKOMMENDATIONER FÖR MS

De rekommendationer som bedöms få störst konsekvenser för organisation och ledning av MS-vården har Socialstyrelsen lyft fram i de så kallade centrala rekommendationerna. Dessa kan innebära att ytterligare resurser behöver tillföras för att kunna tillgodose lokala och regionala behov. Det gäller diagnostik, behandling och rehabilitering av MS. Prioriteringen görs med gradering 1–10, FoU (behandling inom ramen för kliniska studier) och *icke-göra*. Åtgärder med prioritering 1–4 bör göras, 5–7 *kan göras* och 8–10 *kan i undantagsfall göras*.

#### Diagnostik av MS

Socialstyrelsen rekommenderar att neurologisk expertbedömning görs vid radiologiskt isolerat syndrom (RIS). Misstanke om RIS föreligger hos en person som saknar symtom på MS, men som genomgått en magnetkameraundersökning av annan anledning, och där fynden inger misstanke om MS. Syftet är att identifiera personer med hög risk för MS för att möjliggöra tidig behandling (prio 2).

Undersökning av cerebrospinalvätska vid misstanke om MS är en diagnostisk åtgärd som prioriterats högt (prio 2), men som inte tagits upp som en central rekommendation i remissversionen.

#### Sjukdomsmodifierande behandling av MS

Sjukdomsaktiviteten med skov och bildning av nya MS-lesioner är högst under sjukdomens tidiga skede. Den bakomliggande orsaken är inflammationen i CNS, vilken också förefaller vara huvudorsaken till den tidiga degenerationen med ökad atrofiutveckling av hjärna och ryggmärg. En neuroaxonal förlust i både vit och grå substans leder till ökande funktionsförlust. Sedan mitten av 1990-talet kan dessa processer hämmas med sjukdomsmodifierande behandling och sjukdomsförloppet kan därmed förbättras. Under åren har allt fler sjukdomsmodifierande behandlingar blivit godkända och tillgängliga för inflammatoriskt aktiv MS. Tidigt insatt behandling förbättrar prognosen. Samtliga behandlingar inriktas på att modulera eller hämma immunsystemet. Vanligtvis startas den sjukdomsmodifierande MS-behandlingen med något av första linjens läkemedel (interferon beta, glatirameracetat, teriflunomid, dimetylfumarat) som anses ha moderat effekt och vara säkra. Vid sjukdomsgenombrott under behandling eskaleras behandlingen till andra linjens behandling (fingolimod, natalizumab, alemtuzumab) som är effektivare men innebär större risker. I mycket svåra fall med hög sjukdomsaktivitet trots sjukdomsmodifierande behandling kan autolog hematopoetisk stamcellstransplantation utgöra ett behandlingsalternativ. Degeneration med ökad atrofi av hjärna och ryggmärg är åtminstone inledningsvis beroende av den inflammatoriska akti-

viteten. Även dessa degenerativa processer påverkas av behandlingen.

I remissversionen är behandling av kliniskt isolerat syndrom (CIS) och första MS-skovet en central rekommendation. CIS innebär att det föreligger hög misstanke om MS, men att kriterierna för diagnosen ännu inte uppfyllts. Flera studier med behandling av olika godkända MS-läkemedel vid CIS har visat att effekten på sjukdomsaktivitet är högre vid tidigt inledd behandling. MS-läkemedelsbehandling med interferon beta, glatirameracetat, teriflunomid och dimetylfumarat har i remissversionen fått prioritet 2–4. Immunoglobuliner i hög dos har fått prioritet 6. D-vitaminbehandling har bedömts kräva ytterligare vetenskapligt underlag innan det kan bli en generell rekommendation (FoU).

*Behandling vid aktiv skovvis MS.* Detta tillstånd omfattar dels obehandlad MS där sjukdomsaktiviteten bedöms vara så hög att effektivare MS-läkemedel bör användas, dels MS där kvarstående klinisk eller radiologisk aktivitet föreligger trots insatt immunmodulerande behandling. Natalizumab-behandling bör användas för personer med MS som saknar antikroppar för JC-virus (prio 1). I Sverige är cirka hälften av befolkningen bärare av en JC-virusinfektion. Denna ger vanligtvis inga symtom. Men vid nedsatt immunförsvar, till exempel under behandling med vissa MS-läkemedel (störst risk med natalizumab), kan behandlingen ge upphov till en mycket allvarlig encefalit, kallad progressiv multifokal leukoencefalopati (PML). Vid antikroppspositivitet för JC-virus är risken för PML mycket låg första behandlingsåret med natalizumab, varefter den ökar, för att efter 2 år närma sig en årlig risk på 1 procent. Natalizumab-behandling mer än 12 månader av personer med MS och positiv JC-virusantikroppstatus har därför givits prioritet 8. Behandling med fingolimod, alemtuzumab och hematopoetisk stamcellstransplantation har alla fått prioritet 3 i remissversionen. Pulsbehandling med metylprednisolon som tillägg till interferon beta har fått låg prioritet (prio 10) och bedöms inte utgöra behandlingsterapi som monoterapi (icke göra).

*Sjukdomsmodifierande behandling vid obehandlad progressiv MS med inflammatorisk aktivitet.* Begreppet progressiv MS har utgått från det kliniska förloppet. I cirka 10 procent av fallen med nydebuterad MS startar sjukdomen med en gradvis ökande funktionsförlust, primärprogressiv MS (PPMS). De som insjuknat med skovvist förlöpande MS kommer efter 15–20 år (medelvärde) övergå till sekundärprogressiv MS (SPMS). Under båda dessa förlopp kan inflammatorisk aktivitet förekomma med skov eller som nya MS-lesioner vid uppföljning med magnetkamera. Behandling med sjukdomsmodifierande behandling bör erbjudas vid obehandlad progressiv MS med inflammatorisk aktivitet (prio 3).

*Sjukdomsmodifierande behandling vid obehandlad progressiv MS utan inflammatorisk aktivitet.* Eftersom samtliga sjukdomsmodifierande behandlingar har immunmodulerande eller immun-suppressiv effekt så bör progressiv MS utan symtom eller fynd som talar för inflammatorisk aktivitet i CNS inte behandlas (icke göra).

Utöver de sjukdomsmodifierande behandlingarna som tagits upp i de centrala rekommendationerna bör behandling med metylprednisolon (prio 3) liksom plasmaferesbehandling (prio 3) erbjudas personer med akuta respektive svåra akuta skov. Det vetenskapliga underlaget för behandling av RIS med inflammatorisk aktivitet på magnetkameraundersökning är ännu svagt varför behandling föreslås vara indicerat endast i undantagsfall (prio 8). Efter insättning av interferon beta kan neutraliserande antikroppar (NAB) utvecklas vilka hämmar eller blockerar behandlingseffekten. Risken för NAB skiljer sig påtagligt mellan de olika interferon beta-preparaten. NAB kontrolleras efter 12 respektive 24 månaders behandling och därefter vid behov. Vid positivt NAB-test bör behandling med interferon beta bytas mot annan sjukdomsmodifierande behandling (prio 1). Vid behandling med natalizumab är risken för blockerande antikroppar betydligt lägre. Neutraliserande antikroppar mot natalizumab utvecklas som regel inom 6 månader och vid positivt test bör behandlingen med natalizumab ersättas

av annan sjukdomsmodifierande behandling (prio 1).

#### **Symtomatisk behandling av MS**

Symptomatologin är mycket varierande vid MS och mängden symtom och deras svårighetsgrad ökar framför allt under det progressiva förloppet då funktionsnedsättningen gradvis ökar. Socialstyrelsen har i riktlinjerna huvudsakligen inriktat sig på symtom och funktionshinder med tillhörande åtgärder som särskiljer MS från andra tillstånd. Detta innebär att de mest använda behandlingarna av till exempel depression, neuropatisk smärta och förstoppning inte tagits upp eftersom åtgärderna och effekterna av behandlingarna vanligtvis inte skiljer sig från de allmänt vedertagna.

*Behandling av MS-relaterad trötthet.* MS-relaterad trötthet eller fatigue är mycket vanligt, uppträder ofta tidigt i sjukdomsförloppet och är inte relaterad till graden av övrig funktionsnedsättning. Inte sällan utgör MS-relaterad trötthet en betydande orsak till nedsatt arbetsförmåga. I remissversionen rekommenderas att MS-relaterad trötthet kan behandlas med kurser för hantering av MS-relaterad trötthet, styrketräning och konditionsträning (prio 6). Effekten av läkemedelsbehandling har begränsat vetenskapligt stöd. Behandling med amantadin eller modafinil bör enbart i undantagsfall erbjudas vid MS-relaterad trötthet (prio 10).

*Läkemedelsbehandling av svår spasticitet.* Svår spasticitet förekommer huvudsakligen vid progressiv MS då ofta para-, tetra- eller hemipareser gradvis utvecklas. Vid fokal eller regional spasticitet bör intramuskulär botulinumtoxinbehandling erbjudas och när spasticiteten är mer utbredd rekommenderas kontinuerlig intratekal baklofenbehandling via pump (prio 4).

*Behandling av svår blåsdysfunktion.* Överaktiv blåsa med trängningar och ibland inkontinens är den vanligaste blåsdysfunktionen vid MS och behandlas oftast med perorala antikolinerga läkemedel. Svår blåsdysfunktion med tömningssvårigheter och förhöjd resturin bör behandlas med ren intermittent kateterisering (RIK) (prio 2) och

om peroral behandling inte ger fullständig effekt bör intravesikala botulinumtoxininjektioner prövas (prio 2).

Tillstånd och åtgärder som inte tas upp som centrala rekommendationer i remissversionen är svår dysfagi som behandlas med gastrostomi (prio 3), fampridinbehandling av gångsvårigheter (prio 7), baklofenbehandling av lättmättlig spasticitet (prio 6), behandling med munspray innehållande cannabinoider (prio 10), peroral behandling av blåsdysfunktion med antikolinergika (prio 4) eller desmopressin (prio 4).

#### **Kontinuerlig uppföljning vid MS**

Att göra en värdering av sjukdomsaktivitet, symptomatologi och funktionsförlust är en förutsättning för att kunna ge adekvat sjukdomsmodifierande behandling, rätt symptomatisk behandling och vidta rehabiliterande åtgärder. Återkommande kontrollundersökningar vid MS, CIS och RIS med minst ett årligt läkarbesök och en cerebral magnetkameraundersökning har fått hög prioritet (prio 2).

#### **RIKTLINJER FÖR PARKINSONS SJUKDOM**

Parkinsons sjukdom (PD) är en kroniskt progressiv neurodegenerativ sjukdom som förekommer i alla delar av världen. I Sverige räknar vi med en prevalens på 1,5–2 per 1.000 invånare och därmed 15.000–20.000 personer med Parkinsons sjukdom i landet. Den årliga incidensen skattas till 1 per 10.000 invånare och den kumulativa incidensen, det vill säga livstidsrisken att få Parkinsons sjukdom är cirka 3 procent. Den vanligaste insjuknandeåldern är 60–70 år, men en del individer får sjukdomen betydligt tidigare än så; cirka 15 procent av personerna är under 50 år när de motoriska symtomen ger sig tillkänna.

Omkring 5–10 procent av personerna med Parkinsons sjukdom har en rent genetiskt orsakad sjukdom. Hos övriga 90–95 procenten anses genetiska riskfaktorer spela en roll, men vad som utlöser sjukdomsprocessen hos dessa individer är oklart. Under senare år har det blivit alltmer tydligt att sjukdomen sprids från cell till cell på ett prionliknande sätt. En aktuell hypotes är att sjukdomsprocessen börjar i magtarmkanalen och/eller näsleminnan och

sedan sprids till och inom centrala nervsystemet, CNS, för att i framskridna stadier av sjukdomen omfatta stora delar av CNS. Sjukdomsprocessen börjar sannolikt många år, kanske 10–20 år, före de motoriska symtomen uppträder. Motoriska symtom uppstår när substantia nigra och det dopaminerga nervsystemet drabbas. Detta kan emellertid föregås av en pre-motorisk fas av sjukdomen, där symtom som luktstörningar (hyposmi), förstoppning, depression och en speciell typ av sömnstörning, REM-sömnstörning, kan vara tidiga tecken på sjukdomen.

Att diagnostisera Parkinsons sjukdom är ofta inte helt lätt. En rad tillstånd kan ge parkinsonliknande symtom. Förutom den så kallade idiopatiska Parkinsons sjukdomen (PD) förekommer läkemedelsinducerad parkinsonism, vaskulär parkinsonism, essentiell tremor och andra neurodegenerativa sjukdomar såsom multisystematrofi (MSA), progressiv supranukleär pares (PSP) och corticobasal degeneration (CBD). Eftersom prognosen för dessa sjukdomar är mycket olika, så anses det av vikt att på ett så tidigt stadium som möjligt ställa rätt diagnos. Den diagnostiska säkerheten hos en movement disorder-expert ligger kring 99 procent, hos en allmänneurolog kring 80–90 procent och hos en allmänläkare sannolikt betydligt lägre. Till hjälp för differentialdiagnostiken finns flera imaging-förfaranden liksom laboratorieundersökningar.

Behandlingen av Parkinsons sjukdom är symtomatisk. Det finns ingen behandling som har bevisade sjukdomsmodifierande effekter. L-dopa är det preparat som har starkast anti-parkinsonseffekt. L-dopa behandlingen leder emellertid hos flertalet personer med tiden till komplikationer med fluktuerande verkan av preparatet och även faser med över-effekt, så kallade dyskinesier (den här fasen i sjukdomsutvecklingen kallas komplikationsfas). Man räknar med att 50 procent av de äldre och 90 procent av de yngre patienterna har sådana problem efter 5 års L-dopabehandling. För att optimera effekt och prognos kompletteras L-dopabehandlingen med behandling med MAO-B-hämmare, COMT-hämmare och dopaminagonister. Dessutom finns för de

svårare sjukdomsstadier så kallade avancerade parkinsonterapi; dessa innefattar subkutan infusion av dopaminagonisten apomorfin med bärbar pump, intrainestinal infusion av L-dopa-carbidopa gel med bärbar pump samt djupelektrostimulering i hjärnan. Dessa förfaranden syftar till att ge en bättre och mer kontinuerlig anti-parkinsonseffekt. Förutom de motoriska symtomen, följer med sjukdomen en hel rad icke-motoriska symtom (exempelvis urologiska och gastrointestinala problem, demens, depression, psykos, ångest, fatigue, sömnstörningar och smärta), vilka kräver uppmärksamhet och behandling. Riktlinjerna tar upp diagnostik och symtomatisk behandling. Men även vårdorganisationen diskuteras, speciellt värdet av parkinsonsjuksköterskor, multidisciplinära parkinsonsteam och samlad rehabilitering, samt lämplig återbesöksfrekvens.

#### CENTRALA REKOMMENDATIONER FÖR PARKINSONS SJUKDOM

De rekommendationer som förväntas få störst konsekvenser för organisation och ledning av parkinsonvården har av Socialstyrelsen lyfts fram i de centrala rekommendationerna.

#### Diagnostik av Parkinsons sjukdom

Avseende diagnostiska hjälpmedel vid Parkinsons sjukdom framhåller riktlinjerna värdet av så kallad DAT-Scan-SPECT (prio 2). DAT-liganden binder presynaptiskt till dopaminneuronen och signalen speglar hur många dopaminneuron som ännu finns kvar; signalen är reducerad vid Parkinsons sjukdom. DAT-Scan-SPECT anses av värde vid diagnostiska svårigheter, framför allt i differentialdiagnostiken gentemot essentiell tremor och vaskulär parkinsonism.

För differentialdiagnostik versus andra neurodegenerativa tillstånd framhåller riktlinjerna att 18F-FDG-PET kan vara av värde (prio 3). 18F-FDG-PET speglar ämnesomsättningen i olika delar av hjärnan och man får olika mönster vid olika typer av parkinsonism. Riktlinjerna framhåller även att magnetresonanstomografi kan vara av värde för att särskilja olika orsaker till parkinsonism (prio 4). Av de ”våta” biomarkörerna bör man enligt riktlinjerna

erbjuda undersökning av koncentrationen neurofilament i ryggmärgsvätskan (prio 4). Neurofilamentkoncentrationen är högre vid så kallad atypisk parkinsonism (MSA, PSP) jämfört med Parkinsons sjukdom.

Vad gäller diagnostik framhålles också ett ”icke-göra”, nämligen L-dopa- och apomorfin-tester vid första symtomen som talar för Parkinsons sjukdom. Dessa tester används vid många movement disorder-centra, som hjälpmedel för diagnostik, men även för att kunna förutse effekt av kommande medicinändringar. Att testerna inte allmänt kan rekommenderas beror på att de inte så sällan kan vara falskt negativa – det vill säga testet är negativt men trots detta får en insatt parkinsonbehandling effekt.

#### Behandling av tidig Parkinsons sjukdom

Avseende läkemedelsbehandling vid tidig Parkinsons sjukdom ger riktlinjerna L-dopabehandling hög prioritet (prio 1). L-dopa är det preparat som har störst effekt på motoriska parkinsonsymtom och L-dopa får betraktas som en grundbehandling vid Parkinsons sjukdom. För att minska risken för motoriska fluktuationer och dyskinesier bör dosen L-dopa hållas så låg som möjligt. Lägsta effektiva dos föreslås.

Under ett antal år har det varit vanligt att man, särskilt hos yngre patienter, börjar parkinsonbehandlingen med dopaminagonister och/eller MAO-B-hämmare istället för L-dopa. Dessa preparat har en svagare anti-parkinsonseffekt än L-dopa, men så länge man inte lägger till L-dopa är risken för fluktuationer och dyskinesier låg. Riktlinjerna rekommenderar att detta är ett alternativ som bör erbjudas (prio 3). Huruvida man på lång sikt, när senare L-dopa lagts till, har en bättre prognos avseende fluktuationer och dyskinesier om man börjat behandlingen med dopaminagonister och/eller MAO-B-hämmare, är fortfarande oklart.

Att kombinera tidig L-dopabehandling med MAO-B-hämmare är enligt riktlinjerna något som kan erbjudas (prio 5). Den extra effekt som åtgärden ger är relativt liten och det är oklart om kombinationen ger några vinster avseende risk för fluktuationer och dyskinesier.

### **Behandling av Parkinsons sjukdom med motoriska komplikationer**

När motoriska fluktuationer och dyskinesier uppstått rekommenderas att L-dopabehandlingen kompletteras med MAO-B-hämmare, COMT-hämmare och/eller dopaminagonister (prio 2). Ofta kan L-dopadoserna då reduceras. Den huvudsakliga effekten av en sådan kombinationsbehandling är att tiden i "off" (med parkinsonsymtom) kan reduceras. Ofta fraktionerar man också L-dopaterapin, det vill säga delar upp den på fler och mindre doser.

En ytterligare möjlighet i komplikationsfas är att lägga till amantadin (prio 5). Amantadin tycks ha en antidyskinetisk effekt; evidensen för detta är måttligt stark. Amantadin är inte längre registrerat i Sverige och förskrivningen får ske med licensförfarande.

Avseende depot-formuleringar av L-dopa rekommenderar riktlinjerna att detta är ett alternativ som kan erbjudas i undantagsfall (prio 10). Erfarenheterna med att använda depot-preparat under dagen är inte särskilt goda och det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om depot-beredningar kan ha några fördelar avseende tid i "off" eller symtomatologi i övrigt. Den kliniska erfarenheten talar för att man kan ha en viss nytta av att använda depot-preparat till natten.

Hos patienter som trots optimerad peroral/transdermal terapi (MAO-B-hämmare, COMT-hämmare och dopaminagonister, liksom fragmentering av L-dopabehandlingen har provats) har betydande problem med motoriska fluktuationer och/eller dyskinesier, kan behandling med avancerad parkinsons terapi (apomorfinpump, L-dopapump eller djupelektrostimulering) ge betydande förbättringar. Att avgöra om avancerad parkinsons terapi ska användas, respektive vilken av de avancerade terapierna som passar bäst för den enskilda patienten är inte alltid lätt. Indikationer, kontraindikationer, och även en rad andra faktorer spelar här en roll. Riktlinjerna rekommenderar att dessa beslut bör tas vid en behandlingskonferens med personer som har specialistkunskap om rörelsesjukdomar och erfarenhet av alla de tre avancerade behandlingarna (prio 2).

Avseende de enskilda avancerade terapierna anger riktlinjerna att alla tre bör erbjudas. Djupelektrostimulering (Deep Brain Stimulation, DBS) står på en stabil evidensbas avseende effekt och är relativt de övriga avancerade terapierna mer kostnadseffektiv varför denna behandling har fått prioritet 1. Pump-tillförsel av L-dopa-carbidopa gel har också den en god evidensbas, men behandlingen har sämre kostnadseffektivitet, varför prioriteringsgraden blir 3. Det vetenskapliga underlaget för apomorfinfusion är svagare, varför prioriteringen för detta behandlingsalternativ blivit något lägre, 4. Eftersom alla avancerade terapi inte passar för alla patienter, är det en fördel att alla tre alternativ finns tillgängliga.

### **Symtomatisk terapi; icke-motoriska symtom**

Under de senaste två decennierna har det blivit tilltagande klart att Parkinsons sjukdom också medför att stort antal icke-motoriska symtom och att dessa är mycket väsentliga för patienternas livskvalitet. Tyvärr är evidensläget avseende behandling av icke-motoriska symtom generellt otillfredsställande. Det finns emellertid ett par undantag.

Flertalet parkinsonpatienter drabbas under sjukdomens gång av demenssymtom. Riktlinjerna anger att personer med demens vid Parkinsons sjukdom bör erbjudas behandling med acetylkolinerashämmare (prio 4). Det finns god evidens för att de kognitiva symtomen kan förbättras med dessa preparat. Avseende det antidepressiva preparatet memantin är resultaten i olika studier delvis motsägelsefulla och denna behandling får prioritet 9.

Kliniskt relevanta depressiva symtom anges förekomma hos cirka 35 procent av alla personer med Parkinsons sjukdom. Depression är ett av de parkinsonsymtom som starkast korrelerar med livskvalitet och depression bör behandlas. Fortfarande är evidensläget när det gäller val av preparatgrupp inte alldeles klart. Riktlinjerna rekommenderar att SNRI-preparat bör användas (prio 3) samt att även tricykliska antidepressiva (TCA) och kognitiv beteendeterapi (KBT) bör tillhandahållas (prio 4). I praktiken brukar man undvika TCA på grund av biverkningsrisken, särskilt

hos äldre patienter. SSRI-preparat används ofta i klinisk rutin vid depression hos parkinsonpatienter, men evidensläget för effekt är svagt varför denna preparatgrupp får prioritet 8.

### **Organisation av parkinsonsvården**

Kapaciteten inom svensk parkinsonsjukvård är begränsad och många patienter får långt mellan återbesöken. En del får troligen sällan eller aldrig träffa en parkinsonkunnig läkare. Det finns endast ett mycket begränsat vetenskapligt underlag för att avgöra den optimala återbesöksfrekvensen vid Parkinsons sjukdom, rekommendationen vilar på beprövad erfarenhet. Rekommendationen är att hälso- och sjukvården bör erbjuda återkommande kontrollundersökningar, minst två gånger per år, hos en läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom (prio 2). Läkarkontakten kan i vissa situationer ersättas av kontakt med parkinsonsjuksköterska eller annan profession i parkinsonteamet.

Den kliniska erfarenheten av behandling i multidisciplinära parkinsonsteam är god. Rekommendationen om att ett omhändertagande av ett multidisciplinärt team bör erbjudas (prio 3) vilar på beprövad erfarenhet. Teamet ska möjliggöra att rätt åtgärder identifieras och genomförs i rätt tid genom en samverkan mellan olika professioner. Hur teamet ska vara sammansatt bör utgå från patientens behov. En annan viktig faktor för god parkinsonsvård är tillgången till parkinsonsjuksköterskor och riktlinjerna rekommenderar därför att tillgång till parkinsonsjuksköterska bör erbjudas (prio 2).

### **Övriga rekommendationer**

Symtom och behandling som inte tagits upp i de centrala rekommendationerna utgörs av behandling med antikolinergika vid parkinsontremor (prio 8), icke-dopaminerg behandling av parkinsontremor (prio 9), behandling med apomorfinpenna vid "off"-fluktuationer (prio 4), behandling av psykotiska symtom med klozapin (prio 3), quetiapin (prio 7) eller olanzapin (prio icke-göra), behandling av svår sialorré med botulinumtoxin (prio 4), behandling av anhedoni (FoU), behandling av fatigue (FoU), behandling av trötthet under da-

gen (FoU), behandling av överaktiv blåsa med perifert verkande antikolinergika (prio 6), behandling av överaktiv blåsa med botulinumtoxin i blåsvägg (prio 7), behandling av ortostatism med droxidopa (prio 8), behandling av ortostatism med midodrin (prio 3), behandling av ortostatism med fludrocortison (prio 5), behandling av ortostatism med etilefrin (prio 3), behandling av ortostatism med noradrenalininfusion (FoU), behandling av impulskontrollstörning som kvarstår trots optimerad dopaminerg behandling med KBT (prio 8), behandling av impulskontrollstörning som kvarstår trots optimerad dopaminerg behandling med naltrexon (prio 9) samt behandling av svår dysfagi med gastrostomi (prio 3).

#### REHABILITERING

Redan i ett tidigt skede kan både MS och Parkinsons sjukdom leda till en nedsatt funktionsförmåga, det vill säga ge olika funktionsnedsättningar som i sin tur kan påverka en persons förmåga att utföra och vara delaktig i olika aktiviteter. Olika typer av rehabiliteringsinsatser kan då vara avgörande för om en person kan bibehålla eller förbättra sin funktionsförmåga. Även om rehabiliteringsinsatser sker under en avgränsad period är det viktigt att det är behovet hos den enskilda personen som styr. Därför kan det vara aktuellt med återkommande perioder av olika rehabiliteringsinsatser.

Rehabilitering är en central del av vården av personer med MS eller Parkinson sjukdom. Riktlinjerna ger rekommendationer på flera nivåer av rehabiliteringsinsatser som bör finnas och omfattar både organisationen av rehabiliteringsinsatser som enskilda rehabiliteringsinsatser. Dessa kan ses som en rehabiliteringstrappa där det multidisciplinära teamet är första steget och den sammanhängande rehabiliteringen är det andra. De enskilda rehabiliteringsinsatserna kan ges på olika nivåer i vårdkedjan.

Rekommendationen om ett multidisciplinärt omhändertagande (prio 2) innebär att olika professioner kan engageras utifrån patientens behov. Det möjliggör att olika typer av funktionshinder som uppstått kan identifieras och åtgärdas, men också att preventiva insatser

kan planeras och genomföras i ett tidigt skede, där den profession som är bäst lämpad kan arbeta i samverkan med patienten.

Vissa personer behöver en mer omfattande rehabilitering och då rekommenderar riktlinjerna en period av sammanhängande teamrehabilitering. Denna kan genomföras antingen inläggande eller i öppenvård. Riktlinjerna ger hög prioritet (prio 4) till sammanhängande teamrehabilitering. Den sammanhängande teamrehabiliteringen har två syften: dels att optimera personens funktionsförmåga (reducera funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar), dels att lära den enskilda personen att hantera och leva med sin sjukdom. I en sammanhängande teamrehabilitering har man ett interdisciplinärt arbetssätt. Det innebär att flera professioner arbetar mot samma målsättning, utifrån en tydlig rehabiliteringsplan, men där de utför olika åtgärder beroende på sin professionella expertis. Åtgärderna omfattar därför såväl medicinska insatser, omvårdnad och träning, som kompensatoriska insatser. Målen utgår från den enskilda patientens behov och både patienten och dennes anhöriga medverkar aktivt när det gäller att bedöma, planera och genomföra rehabiliteringen. En sammanhängande teamrehabilitering pågår under en avgränsad period – ett par veckor eller ett par månader – och baseras på mängden åtgärder som är angivna i varje enskild persons rehabiliteringsplan.

Förutom former för omhändertagande ges rekommendationer om flera specifika rehabiliteringsinsatser som kan genomföras inom alla delar av vårdkedjan. Konditionsträning och styrketräning vid MS eller Parkinsons sjukdom med nedsatt gångförmåga har fått hög prioritet (prio 4) dessutom ges cueing (strategier för att hantera specifika gångproblem) vid Parkinson sjukdom också hög prioritet. Riktlinjerna rekommenderar styrketräning och konditionsträning för att minska den MS-relaterade tröttheten men också kurser som lär ut olika strategier för att hantera vardagliga aktiviteter, trots att tröttheten finns kvar. Vid MS-relaterad trötthet ger riktlinjerna högre prioritet för styrketräning, konditionsträning och olika

typer av kurser för att hantera sin trötthet än för läkemedelsbehandling.

#### UTVECKLING AV VÅRDEN

Till slutversionen av riktlinjerna som kommer att publiceras i december 2016 kommer också indikatorer för uppföljning av vården samt målnivåer som anger den eftersträvarvärda nivån för ett antal av indikatorerna att presenteras. Dessutom kommer en utvärdering av vården att publiceras. Sammantaget kommer dessa rapporter att ge en nulägesbild av vården av personer med MS och Parkinsons sjukdom, men också kunskapsunderlag för att utveckla den. Om alla vårdgivare implementerar riktlinjerna kommer det att leda till en mer jämlik MS- och parkinsonsvård i Sverige.



**JAN LYCKE**

Professor i neurologi och faktaordförande för MS  
jan.lycke@neuro.gu.se



**EVA MÅNSSON  
LEXELL**

Doktor i medicinsk vetenskap och ansvarig för området rehabilitering  
eva.mansson\_lexell@med.lu.se



**PER ODIN**

Professor i neurologi och faktaordförande för Parkinsons sjukdom  
per.odin@med.lu.se



**PER-HENRIK  
ZINGMARK**

Projektledare för Socialstyrelsens riktlinjearbete  
per-henrik.zingmark@socialstyrelsen.se



**ALEXANDRA KARLÉN**

Delprojektledare för Socialstyrelsens riktlinjearbete  
alexandra.karlen@socialstyrelsen.se