

Vivi Dupont

Parkinsons sygdom

– til plejepersonale

Indhold

1	Forord
1	Indledning
2	Hvad er Parkinsons sygdom
3	Sygdomsforløb
4	Medicinadministration
7	Svingninger
9	Andre behandlingsformer
10	Kommunikation
12	Bevægelsesproblemer
18	Fald
21	Ernæring
22	Synkebesvær
24	Savlen
25	Forstoppelse
27	Vandladningsproblemer
28	Søvnforstyrrelser
30	Smerter
31	Ortostatisk hypotension
32	Pårørende
33	Litteraturliste
33	Baggrundslitteratur

Dette hæfte henvender sig til plejepersonale, som rundt omkring i hverdagen yder pleje til mennesker med Parkinsons sygdom.

Indholdet i hæftet fokuserer på:

- At opstille generelle, beskrivende handlingsvejledninger.
- At kunne anvendes uden dyberegående kendskab til Parkinsons sygdom.
- At afspejle et udsnit af de vanskeligheder patienter og plejepersonale møder i deres kontakt med hinanden.

Er du interesseret i yderligere at udbygge din viden om Parkinsons sygdom, er der bagerst i hæftet en liste over let tilgængelig litteratur.

I Danmark lider 5-6.000 mennesker af Parkinsons sygdom og lever således deres liv med denne kroniske sygdom i 10, 20, 30, 40 år. Sygdommen stiller store krav til både den person, som er blevet ramt og til hans/hendes familie.

Sygdommen er også en udfordring og stiller krav til plejepersonale. Ikke mindst indenfor et område, som de fleste ikke føler de har nok at give af, nemlig tid. Plejen og samarbejdet med patienten kræver tid. Og det kræver tid at forstå og erkende hvad Parkinsons sygdom handler om, for at kunne yde en sygepleje, som kombinerer en faglig viden med den enkelte patients individuelle behov og ønsker. Denne forståelse og erkendelse når man ikke frem til alene ved at læse om sygdommen og ved at deltage i kurser. Disse aktiviteter bør kombineres med at følge patienterne i længere forløb. Det kræver tid at udfolde det nærvær, den observans og den nysgerrige undren, der er nødvendig for at forstå de ændrede spilleregler, som den parkinsonramte er underlagt i udfoldelsen af sit daglige liv.

At yde en kvalitativ god sygepleje til mennesker med Parkinsons sygdom er således også afhængig af hvorledes plejen organiseres.

HVAD ER PARKINSONS SYGDOM?

Biologisk

Stadigt tab af dopaminproducerende celler i hjernestammen

Kemisk

Dopaminmangel i hjernens basale ganglier.
80% reduktion når symptomerne starter.

Klinisk – Motorisk

Muskelstivhed (rigiditet)
Hvilerysten (tremor)
Langsomme bevægelser (bradykinesi)
Oftest asymmetriske symptomer
Holdnings- og balancebesvær

Klinisk – Andre fysiske symptomer

Talebesvær
Nedsat mimik
Forstoppelse
Vandladningsproblemer
Seksuel dysfunktion
Ortostatisk hypotension
Ændret varmeregulation
Synkebesvær
Sveden
Smerter
Søvnproblemer

Klinisk – Psykisk

Hukommelsesbesvær
Koncentrationsbesvær
Problemer med overblik og planlægning
Depression
Demens
Angst

Klinisk – Socialt

I relation til erhvervsudøvelse
I relation til familie og omgangskreds
I relation til fritidsaktiviteter
Økonomi
Bolig

Patientens perspektiv

Parkinsons sygdom er

- et fuldtidsarbejde
- en svingende evne til at håndtere vanskeligheder
- en kamp for tilstrækkelig pleje og korrekt medicinering
- en individuel sygdom
- at små ting forvandles til store projekter
- en balance mellem krav og evner
- at passe medicintider
- at blive mødt med mistro
- en livsudfordring
- et liv på ændrede vilkår
- at være tvunget til selvcentrering
- en sygdom som involverer hele familien
- at være tvunget til pedanteri
- hyppige medicinjusteringer
- at holde sig i form hele tiden
- konstant planlægning
- at opleve sig selv som 2 personer: en rask og en karikatur
- at samvær med andre finder sted på ændrede vilkår

SYGDOMSFORLØB

Parkinsons sygdom er en degenerativ kronisk sygdom med et fremadskridende forløb.

Parkinsons sygdom er en individuel sygdom, med et individuelt forløb og en individuel forholden sig til sygdommen.

Den individuelle patient har ikke alle symptomer på én gang – og de symptomer han har er ikke ens hele tiden.

Når du læser om Parkinsons sygdom i bøger og lignende, er de symptomer der beskrives ofte hvad man ser hos den ubehandlede patient.

Når man som plejepersonale møder en person med Parkinsons sygdom, er hans objektive tilstand en tilstræbt ligevægt mellem parkinsonsymptomer og positive og negative konsekvenser af den medicinske behandling.

FORLØBSSTADIER

Det kompenserede stadium

- Symptomerne kontrolleres med medicin uden væsentlige bivirkninger
- Funktionsniveau og normale aktiviteter opretholdes

Det ukompenserede stadium

- Tiltagende kompliceret medicinering, afbalancering mellem virkning og bivirkninger
- Svingende funktionsniveau
- Hjælp og tilpasning af omgivelserne for at understøtte daglige færdigheder
- Eventuel kirurgisk behandling

Det palliative stadium

- Reduktion af medicinsk behandling p.gr.a. bivirkninger
- Forebyggelse af komplikationer (urinvejsinfektioner, tryksår, lungeinfektioner)
- Bevare værdighed
- Lindring af fysiske og psykiske smerter
- Understøtte bevarede funktioner på trods af avanceret sygdom

MEDICINADMINISTRATION

“De var 14 dage om at lære at give mig min medicin korrekt”.

“Parkinsons sygdom er at passe medicintider”.

[Patientcitater]

Den parkinsonramte betragter medicinen som livsvigtig. Den udgør forskellen på, om han kan bevæge sig og fungere, eller han ikke kan.

Man kan sammenligne medicinen med benzinen på en bil: Er der benzin på bilen, kører den – er der ikke benzin på, kører den ikke.

Nogle biler kører 10 km på literen – andre kører 20 km på literen.

Medicintyper

(kun de mest almindelige er medtaget)

1. Levo-dopa (L-dopa):

- Salgsnavne:
Madopar, Sinemet (L-dopa + 1 enzymhæmmer)
Stalevo (L-dopa + 2 enzymhæmmere)
- Findes i mange styrker og forskellige formuleringer
- Erstatte det manglende dopamin i hjernen (L-dopa omdannes i hjernen til dopamin)
- Optages i tolvfingertarmen (duodenum)
- Må ofte gives i mange doser
- Kort virkningstid (længere for Stalevo)
- Bruges ofte som eneste behandling hos ældre

Bivirkninger og følger af L-dopabehandling:

- Forbigående kvalme, nedsat appetit ved behandlingsstart
- Ufrivillige bevægelser
- On-off svingninger (senere i forløbet)
- Mentale forstyrrelser især hos ældre (mareridt, hallucinationer)
- Undertiden kan ses langvarige vandtynde diarreer, som ophører ved at skifte præparat (fra Madopar til Sinemet eller omvendt)

2. Dopaminagonister:

- Salgsnavne: Requip, Sifrol (Mirapexin), Cabaser, Permax, Apomorfin, Neupro (plaster)
- Stimulerer de celler i hjernen som er understimulerede med dopamin
- Bruges især hos yngre/midaldrende i starten af sygdommen som monoterapi
- Senere i kombination med L-dopa
- Svagere symptomdæmpende virkning end L-dopa
- Giver en jævnere virkning i hjernen, både alene og i kombination med L-dopa
- Lang virkningstid (forskellig fra præparat til præparat)
- Undgåes hos ældre med kredsløbsforstyrrelser, lavt blodtryk, nedsat hukommelse, tendens til forvirringstilstande

Bivirkninger:

- Nedsat blodtryk i stående stilling
- Psykisk uklarhed
- Kvalme, nedsat appetit

3. Midler som forlænger L-dopas virkning:

- Salgsnavn: Comtess, Tasmar
- Gives kun i kombination med L-dopa – har alene ingen virkning på parkinsonsymptomer
- Forlænger virkningen af den enkelte dosis Madopar/Sinemet
- Comtess gives sammen med hver dosis Madopar/Sinemet. Comtess er i Stalevotabletter kombineret med Sinemet
- Tasmar gives 3 gange daglig med 6 timers interval

Bivirkninger:

- Farver urin brun-orange
- Da effekten af L-dopa forlænges, vil de bivirkninger, patienten klager over ved behandlingsstart, oftest være bivirkninger, der skyldes øget L-dopa virkning

4. Midler som øger dopaminvirkningen i hjernen:

- Salgsnavne: Eldepryl (selegilin), Azilect
- Hæmmer dopaminbrydningen i hjernen
- Kan gives som monoterapi og i kombination med anden parkinsonmedicin
- Gives som enkelt daglig dosis, oftest om morgenen
- Forstærker L-dopa virkning

Eksempel på medicintider:

Kl. 7.00 - 9.30 - 11.30 - 14.00 - 16.30 - 19.00 - 22.00

Måltider og mellemmåltider:

Kl. 8.00 - 10.00 - 12.00 - 15.00 - 18.00 - 20.00

Administration af L-dopa (Madopar/Sinemet):

Det anbefales at give levodopa (Madopar/Sinemet/Stalevo) 1/2 - 1 time før måltidet sammen med et glas vand.

Dette uanset om medikamentet gives som brusetablet, standardpræparat eller præparat med forlænget virkning (depotpræparat).

Årsag: Dopa optages i tolvfingertarmen. Hvis den indtages sammen med et måltid, vil det tage længere tid, før optagelsen her kan finde sted. I forvejen har parkinsonpatienter ofte forsinket passage fra mavesækken til tolvfingertarmen.

For at undgå kvalme, kan L-dopa ved behandlingsstart gives sammen med mad.

- L-dopa skal gives på de ordinerede klokkeslæt på grund af den korte virkningsvarighed.
- Medicintider tilpasses patienten og ikke institutionens rutiner for medicintider.
- Forstoppelse kan hæmme optagelsen af L-dopa. Forebyggelse og behandling af forstoppelse er en del af plejen ved L-dopabehandling.

[Se afsnit om forstoppelse]

Har du glemt at give en Madopar/Sinemet/Stalevo tablet?

Hvad du skal gøre er afhængigt af medicintidene i forhold til den glemte tablet.

Eksempel 1: Tabletten gives kl. 6.30 - 9.00 - 11.30 - 14.00 - 16.30 - 20.00 - 22.00
Kl. 9.30 opdager du, at tabletten ikke er givet kl. 9.00
Giv den glemte tablet kl. 9.30
Skub 11.30 dosis og frokosten 15-30 min.
Skub 14.00 dosis et kvarters tid og følg derefter skemaet.

Eksempel 2: Kl. 11.00 opdager du, at tabletten kl. 9.00 ikke er givet.
Giv kl. 11.30 dosis kl. 11.00 og følg derefter skemaet, – kl. 9.00 dosis kasseres.
(Hvis dosis kl. 9.00 var større end dosis kl. 11.30, giver du den største dosis kl 11.00)

Da L-dopas virkningstid er kort, er der ikke vundet noget ved at forsøge at presse den glemte dosis ind i skemaet, når det opdages så sent i forhold til næste dosis.

Patienten vurderer kvaliteten af din sygepleje på din evne til at administrere hans medicin korrekt.

Administration af Agonister

Da disse præparater har lang virkningstid, gives de ikke så hyppigt som L-dopa.

Afhængig af præparatets halveringstid 1-4 gange dagligt.

Skulle du glemme en dosis, har det ikke samme dramatiske virkning på patientens funktionsniveau, som en glemte L-dopa dosis kan have.

Slå op i lægemiddelkataloget for at orientere dig om agonistens halveringstid.

Har patienten svært ved at synke medicinen (parkinsonmedicin)?

Det ideelle er at give medicinen med et stort glas vand. I de tilfælde hvor dette ikke kan lade sig gøre på grund af svær fremskreden sygdom, kan følgende anbefales:

- 1 Give L-dopa med en skefuld mad: f.eks. frugtgrød, syltetøj, havresuppe. Undgå mælkeprodukter og stærkt fedtholdige produkter som ledsagere til medicinen, idet protein og fedt passerer mavesækken langsomt. Se i øvrigt vejledninger i afsnit om synkebesvær.
- 2 Tabletformuleringer af Madopar, Sinemet og Stalevo kan knuses. Undgå at knuse depotformuleringer. Undgå at skille kapsler ad og anvende indholdet.
- 3 Madoparkapsler kan direkte erstattes med tabletformuleringer. Aftales med ordinerende læge.

EKSEMPEL:

Caps. Madopar 62,5 mg (50 mg Levodopa + 12,5 mg Benserazid)

Er det samme som 1/2 tablet Madopar 125 mg (100 mg Levodopa + 25 mg Benserazid), som kan knuses.

Svingninger (fluktuationer) i tilstanden opstår efter 5-10 års behandling med L-dopa.

Årsag: Fortsat tab af dopaminproducerende celler i hjernen (fremadskridende sygdom) og L-dopadosernes korte virkningsvarighed.

Hvordan viser det sig?

1 "Slut-på-dosis-forværring"

Medicinens virkningstid bliver kortere. Virkningen af en dosis medicin klinger af, før virkningen af den næste indtræder. Mellem de 2 doser vender patientens symptomer derfor tilbage: han bliver langsommere, har svært ved at komme i gang, ryster osv. Man kan udtrykke det således, at de enkelte medicindoser ikke "hænger sammen".

Behandlingen af "slut-på-dosis-svingninger" vil typisk være, at lægen forkorter intervallerne mellem medicindoserne og/eller ordinerer medicin, som forlænger dopaens virkningstid (se afsnit om medicin).

2 On-off svingninger

Er pludselige svingninger, hvor patienten fra at have fungeret godt, pludseligt får massive symptomer. Det er undertiden ikke muligt at se en sammenhæng mellem medicinindgift og on-off fænomenerne.

Off perioder kan forekomme flere gange indenfor samme dag og kan vare fra 1/2 til flere timer.

On-off svingninger er en hyppig årsag til konflikter mellem patient og plejepersonale. Hvis plejepersonalet ikke kender on-off fænomenet, kan de tro at patienten "snyder". Citat fra sygeplejerske: "Han havde overheadet ingen problemer med at spise sin morgenmad, og nu vil han have at jeg skal hjælpe ham med frokosten".

On-off bliver undertiden sammenlignet med det at tænde og slukke for en stikkontakt. Ved denne sammenligning er det patientens evne til bevægelse og funktioner der kræver muskelaktivitet, der fokuseres på: Kan han bevæge sig – eller kan han ikke bevæge sig? Er talen forståelig eller er den ikke forståelig? Dette er da også det mest iøjnefaldende, men i en off fase, kan der være andre symptomer end de bevægelsesmæssige:



Muskelbevægelser

Svære bevægelsesproblemer.
Stivhed.
Rysten.
Talebesvær.
Savlen.
Synkebesvær.

Følesansen

Smerter især i lår og lægge.
Muskelkrampe.
Stikken og prikken.

Psykiske

Depression som svinder når off ophører.
Angst.
Sortseende.
Panik.

Ubevidste nervesystem

Svedfrembrud.
Nedsat peristaltik i mavetarmkanalen.

3. Overbevægelser (hyperkinesier)

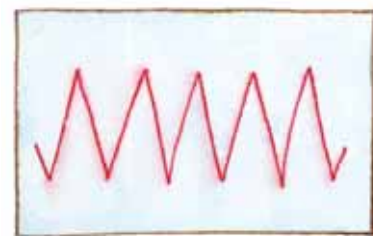
Kan være diskrete i form af ganske lette vridende og drejende bevægelser af dele af kroppen, f.eks. hoved og ene arm. Bemærkes oftest slet ikke af patienten, idet der ikke er tale om funktionsindskrænkning.

I sin voldsomste form kan disse overbevægelser være dramatiske. Vriden og kasten i hele kroppen bevirker, at patienten hele tiden bevæger sig uden at kunne stå stille. Et vist funktionsstab vil være tilstede, men ikke i det omfang man som tilskuer vil forvente.

Under observation og beskrivelse af patientens bevægelsesmæssige svingninger, har det ofte vist sig problematisk for plejepersonale at skelne mellem rysten og overbevægelser. Undertiden understøttet af, at patienten kan kalde lettere overbevægelser for "rysten" eller "rystelser".

Forskellen mellem rysten og overbevægelser er, at i modsætning til overbevægelser er rysten rytmisk og regelmæssig, med et ensartet udsving, som kan være større eller mindre.

Nedenstående illustration kan anskueliggøre forskellen:



Rysten



Overbevægelser

ANDRE BEHANDLINGSFORMER

Når den perorale medicin efter bedst mulig justering ikke længere giver jævn funktionsevne dagen igennem, og der opstår svingninger og overbevægelser, kan andre behandlingsformer overvejes.

Dyb hjernestimulation

Elektrode indopereres i begge sider af hjernen i nucleus subthalamicus, og ved stimulation af elektroderne dæmpes den overaktivitet, som disse kerner udøver. Herved dæmpes muskelstivhed, rysten og langsomme bevægelser, og medicindosis kan nedsættes.

Når medicindosis nedsættes, nedsættes svingninger og overbevægelser.

Denne operation kan tilbydes når:

- Der er tale om en typisk Parkinson sygdom
- Personen er under 70 år
- Ikke er dement eller har alvorlige fysiske eller psykiske sygdomme
- Har eller har haft god virkning af levodopa

Apomorfinpumpebehandling

Anvendes ved fremskreden sygdom når tabletbehandlingen ikke længere fungerer tilfredsstillende. Apomorfin er en dopaminagonist og har ikke morfinvirkning. Infusionen foregår via en lille justerbar pumpe med påsat sprøjte med apomorfinoopløsning. Et tyndt plastikkateter leder opløsningen til en tynd kanyle med spidsen anbragt under huden. Selve pumpen bæres i en

lomme, i bæltet eller om halsen. Der kan opstå knuder i huden omkring infusionsstederne og disse behandles med massage og ultralyd.

Apomorfinpumpebehandling kan anvendes når:

- Der er invaliderende svingninger
- Ingen aldersgrænse
- Personen ikke lider af svært blodtryksfald ved stillingskift
- Personen ikke lider af svær depression, psykoser eller svær demens

Tilpasningen til apomorfinpumpe og den samtidige aftrapning af den perorale medicin tager tid og grundig oplæring af patient, pårørende og hjemmepleje.

Duodopa

Er en flydende gelelignende formulering af L-dopa, som indgives kontinuerligt via pumpe forbundet til en sonde indopereret i duodenum (PEG-sonde).

Med duodopa opnås en konstant stimulation af dopaminreceptorerne i hjernen.

Der er indtil nu kun få personer i Danmark i behandling med duodopa.

Duodopa kan anvendes når:

- Der er invaliderende svingninger
- Dyb hjernestimulation ikke kan tilbydes
- Personen ikke tåler eller ønsker apomorfinpumpebehandling

KOMMUNIKATION

Dialogen med patient og pårørende er hovedhjørnестenen og udgangspunktet for sygeplejen. Det er via dialogen patientens identitet og værdier kommer til udtryk. Og ikke mindst hvilken mening og betydning sygdommens forskellige manifestationer har for ham – i hans hverdag og i hans selvforståelse. Dialogen er en forudsætning for at patienten kan anvende den fagkundskab sygeplejen kan tilbyde.

De kommunikationsformer, vi benytter os af når vi meddeler os til hinanden, kan alle være ramt ved Parkinsons sygdom.

- 1 Kropssprog – nedsat mimik og brug af gestus
- 2 Stemmen – svag og monoton stemme
- 3 Sproget – ingen sprogproblemer, men nedsat sproglig aktivitet
- 4 Artikulation – utydelig tale



Handlinger

- Giv patienten god tid til at formulere sig.
- Undgå at tale flere i munden på hinanden.
- Undgå forstyrrelser i omgivelserne og baggrundsstøj.
- Undgå at stille flere spørgsmål på en gang.
- Undgå at springe fra det ene emne til det andet – giv patienten tid til at omstille sig til et nyt emne.
- Understøt god kropsholdning.
- Tal om ting som interesserer patienten og har følelsesmæssigt indhold.
- Oprethold øjenkontakt.
- Fraråd patienten at tale mens han spiser.
- Støt patienten i alternative udtryksformer: Sang, musik, tegning, maling etc.
- Vær opmærksom på problemer med hørelse.
- Vær opmærksom på tænder og mundhygiejne.
- Inddrag talepædagogen (Vejledning og træning af den individuelle patients specifikke vanskeligheder. Rådgivning i hvordan du kan hjælpe patienten).

Besvær med at skrive

- Brug papir med linier
- Tekniske hjælpemidler

Informationer

Skal du give patienten informationer, som det er vigtigt han forstår og forholder sig til:

- Vælg et tidspunkt hvor patienten har god virkning af sin medicin og derfor er mest parat til at modtage.
- Giv informationerne i et klart og konkret sprog.
- Suppler med skriftligt materiale eller skriv selv hovedpunkterne i informationen ned til patient (og pårørende.)
- Skriv aftaler på et stykke papir til patienten i et klart sprog, gerne i punkter.



BEVÆGELSESPROBLEMER

“Min kropsmelodi er gået tabt, og jeg må have hjernen med, når jeg bevæger mig”

[Patientcitat]

Kan f.eks. vise sig ved

- Besvær med automatiske bevægelser
- Besvær med at starte en bevægelse
- Stopper midt i en bevægelse
- Langsomhed
- Små slæbende skridt
- Besvær med finere fingerbevægelser
- Fjumrethed
- Besvær med at vende sig i sengen og at komme ud af sengen

Ved Parkinsons sygdom er bevægelse fortsat mulig – men foregår på ændrede vilkår.

Hvordan hjælper du med til at den parkinsonramte bevæger sig bedst muligt?

De bevægelser vi foretager er for de flestes vedkommende automatiske: Når vi står ud af sengen, når vi går hen ad gaden, når vi sætter os og rejser os fra en stol, er det noget der foregår uden vi tænker over det – bevægelserne er automatiske.

Hos parkinsonpatienten er denne automatik kompromitteret. Hvis han derfor bevidst tænker over hvordan bevægelsen skal foregå, har han bedre mulighed for at udføre den: Han skal “have hjernen med”. Hertil kræves koncentration og bevidst fokusering på handlingen, der skal udføres.

I det følgende gennemgås, hvordan du kan medvirke til at skabe nogle rammer som er mest gunstige for parkinsonpatienten, og hvordan du kan stimulere ham til bevægelse.

1 Koncentration

Parkinsonpatientens behov for koncentration og fokuseret opmærksomhed når en opgave skal udføres, kan du sammenligne med da du selv skulle lære at stå på skøjter: Hvis der var uro og forstyrrelser, mange snakkede til dig og stillede krav om din opmærksomhed til andet end lige at holde dig på benene, faldt du.

- Giv patienten mulighed for at koncentrere sig om den opgave der skal udføres.
- Undgå at småsnakke samtidigt.
- Undgå at dine kolleger og andre småsnakker med hinanden i nærheden.
- Lad være med at undervise elever/studerende o.lign., samtidig med at patienten skal koncentrere sig om at udføre en handling.



2 Undgå flere opgaver på én gang

Når 2 opgaver skal udføres på én gang, vil de "konkurrere" om opmærksomheden, således at én vinder. Den mest automatiske handling = den der kræver mindst opmærksomhed vil blive kompromitteret – og den handling, som kræver mest koncentration får overtaget.

Hvis parkinsonpatienten f.eks skal gå hen ad en gang med en kop kaffe i hånden, vil hans opmærksomhed koncentrere sig om ikke at spilde kaffen, og han vil begynde at tage små, slæbende skridt og efter få skridt fryse fast til gulvet uden at kunne gå.

- Ikke spise og tale samtidigt
- Ikke tale og gå samtidigt
- Ikke gå og bære på noget, der kræver særlig opmærksomhed
- Ikke gå og spise en is
- Skal muligvis ikke læse avis eller lignende samtidig med han sidder på toilettet.



3 Signaler

En række indre og ydre signaler kan anvendes for at hjælpe patienten til bevægelse og til at vedligeholde sin bevægelighed.

Nogle patienter reagerer bedre på den ene form for signal end på den anden.

Prøv dig frem.

Ydre signaler

■ Verbale kommandoer

Skal være klare, korte og givet i rigtig rækkefølge:

Gang: Hæl - tå, hæl - tå

1 - 2, 1 - 2

Lange skridt

Op af stol: 1 - 2 - 3 - op

Større opgaver

Del med stikord opgaven op i enkeltdele, f.eks. at tage et bad:

“Gå ud i badeværelset”

“Sæt dig på taburetten”

“Tag tøjet af”

“Åbn for bruseren”

■ Synsmæssige signaler

Især beregnet når gangen skal vedligeholdes over en strækning.

- Farvet tape på gulvet i skridtlængde
- Udnytte fortove med striber
- Gang på ujævnt terræn: i græs, på stenet underlag, i lyng



Ved igangsætningsbesvær:
Giv patienten noget at træde hen-
over, f.eks. dit ben eller en bog.



■ Kropslige – rytmiske signaler

- Vugge rytmisk frem og tilbage i stolen – og komme op at stå.
- Tage et skridt baglæns – og gå frem.
- Opfordre patienten til at vrikke med bagdelen under gang.
- Opfordre til at svinge med armene under gang.
- Musik og rytmer kan igangsætte bevægelser.

Indre signaler

■ Indre dialog

Lære patienten at tænke på verbale stikord samtidigt med at han udfører handlingen. F.eks. at tænke: "hæl - tå, hæl - tå" samtidig med at han går.

■ Visualisering

Lære patienten at forestille sig en forhindring for sit indre blik, f.eks. en trappe, eller en linie han skal gå henover. Dette trick kan han bruge hvis han går i stå.



Tidspres kan hæmme bevægelser.

■ Holdninger og følelsesmæssige forhold

kan have stærk indflydelse på motoriske forhold, f.eks.

- Interesse for individet
- Tilrettelæg succeser
- Venlighed og imødekommenhed
- Undgå at udsætte patienten for tidspres
- Stil realistiske forventninger
- Realistiske udfordringer
- Dyrk bevarede ressourcer

Motion og træning

I alle faser af sygdommen er bevægelse af stor betydning for at patienten kan bevare kontrol, muskelkraft, ledbevægelighed, smidighed, balance og funktioner.

Mulighederne er mange for at udfolde sig fysisk:

1. Dagligt gymnastikprogram
2. Individuel fysioterapi
3. Holdtræning ved fysioterapeut
4. Svømning
5. Træning i varmtvandsbassin
6. Ridning
7. Yoga
8. Muligheder i hverdagen f.eks.:
 - Dans og sang
 - Gåture
 - Boldspil
 - Rengøring
 - Hundeluftning
 - Trappegang

I fremskredne stadier af sygdommen kan patienten opleve off-perioder, som er så svære at stimulationer kun har begrænset virkning.

Sygepleje ved svært invaliderende off-periode

- Hjælp til daglige færdigheder
- Lejring i komfortabel stilling i stol/seng
- Hjælp til hyppige stillingsskift
- Passive bevægelser
- Massage af især lægge, fødder og nakke
- Vær tilstede i det omfang du kan
- Udvis forståelse for patientens situation

Du kan læse mere i Dansk Parkinsonforenings hæfte: "Tips om gangbesvær ved Parkinsons sygdom".



FALD

Ved typisk Parkinsons sygdom er balanceproblemer ikke særligt fremtrædende i starten af sygdommen og fald derfor relativt sjældne. Ved svært invaliderende sygdom er fald ligeledes relativt sjældne, da den syge ikke bevæger sig rundt på egen hånd. Derfor er det i hvad man kan kalde "midterfasen" af sygdommen, at faldene sker. En amerikansk undersøgelse blandt parkinsonister fra 2002 viste, at 70% af de adspurgte faldt, og gentagne fald forekom hos 50% af de adspurgte.

At forebygge fald er en tværfaglig opgave.

Konsekvenser af fald

Fald kan i værste tilfælde medføre knoglebrud, men medfører også frygt for fald og bidrager dermed til immobilisering.

Med immobilisering følger

- Dårlig form
- Social isolation
- Knogleskørhed
- Forstoppelse
- Søvnbesvær
- Depression
- Nedsatte mentale evner
- Nedsat livskvalitet
- Øget risiko for dødelighed

Hvornår falder parkinsonramte?

Faldene sker som oftest i hjemmet – i soveværelse og opholdsrum. Som oftest uden ydre grund i omgivelserne, men på grund af tab af balance i forbindelse med drejning af kroppen og stillingsskift. Fald kan ligeledes forekomme når personen kæmper mod et fastfrysningstilfælde.





Hvordan kan du vurdere risiko for fald?

Du bør være opmærksom på om personen

- Har gangbesvær og besvær med at dreje
- Har nedsat muskelstyrke
- Har balanceproblemer
- Er faldet indenfor det seneste år
- Har sygdomsvarighed ≥ 6 år
- Har frysningstilfælde
- Har besvær med at rejse sig fra/sætte sig i stol
- Har blodtryksfald ved stillingskift

Hvordan forebygge fald?

Fysisk træning og indlæring af bevægelsesstrategier:

- Dagligt motionsprogram
- Træning af balance, styrke og gang
- Indlæring af bevægelsesstrategier i hjemmet i relation til vending, gang, ind og ud af seng og stol.
- Indlæring af strategier og håndtering af fast-frysningstilfælde
- Vejledning i at udføre én opgave ad gangen
- Indpasse og understøtte fysioterapeutens anvisninger i den daglige pleje i relation til den parkinsonramte og de pårørende.

Ernæring:

- Kost med tilstrækkelig energimængde (energibehovet er større ved kronisk sygdom)
- Tilstrækkeligt protein
- Rådføre sig med lægen i forhold til D-vitamin tilskud
- Undgå daglig alkoholindtagelse
- Forsigtighed med fysisk aktivitet lige efter måltider

Medicin:

- Evaluering af parkinsonmedicinens effekt i forhold til motoriske vanskeligheder
- Årlig revision af al medicin i forhold til faldrisiko

Hjælpemidler:

- Vurdere behovet for ganghjælpemidler
- Stillingtagen til hoftebeskyttere, knæbeskyttere, håndledsbeskyttere
- Bæltetasker/rygsække for at holde armene frie og dermed bedre balancen

- Non-slip måtter i badeværelse
- Toiletstol/urinkolbe i soveværelset
- Opsætning af håndgreb
- Valg/tilpasning af seng og stol
- Taburet i badeværelse
- Visuelle og auditive signaler: tape på gulvet, metronom

Tilpasning af omgivelser:

- Tilpasning af møblers placering så man ikke skal gå sidelæns for at komme forbi.
- Tilstrækkelig belysning
- Lille natlampe i soveværelse
- Lys tændt om natten på toilet og i korridor til toilet.
- Undgå brug af badekar
- Fjern elektriske ledninger, som ligger og flyder på gulvet.
- Placering af lyskontakter så de er lette at komme til.

Når en parkinsonpatient falder eller vurderes til at være i risiko for at falde, bør opmærksomheden primært rettes mod forhold omkring personen og hans/hendes motoriske bevægevanskeligheder og ikke kun på forhold i omgivelserne.

Parkinsonpatienter bliver ofte afmagrede, og er i fare for underernæring. Mange og forskellige problemstillinger er medvirkende til dette. Og der er mange ting at tænke på, når man skal hjælpe patienten.

Risikovurdering

- Kalorieindtag
- Bevægelsesevne
- Tygge-synkefunktion
- Tandstatus
- Depression
- Evne til fysisk at klare indkøb og madlavning
- Evne til at planlægge og overskue indkøb og madlavning
- Appetit
- Ændrede smags- og lugteoplevelser
- Body-Mass-Index (BMI)
- Vægtkontrol
- Kostregistrering

Kostens sammensætning

Parkinsonpatienter har ikke behov for en kostsammensætning, der adskiller sig fra andre. Dvs. den skal svare til almindeligt gældende anbefalinger for ernæringsrigtig kost hvad angår indhold af proteiner, kulhydrater, fedtstoffer og vitaminer, i mængder, der er udregnet i forhold til Body Mass Index.

OBS Større energibehov ved overbevægelser, rysten og muskelstivhed.
Mange fibre mod forstoppelse.
Ved vægttab inddrag diætist.

Måltidernes fordeling

Den mængde mad patienten har behov for svarende til sit energibehov, set i forhold til hans funktionelle vanskeligheder med at spise, den tid måltidet som følge deraf vil tage, samt timingen af medicin i forhold til måltiderne betyder, at kosten må fordeles på flere måltider.

6 - 8 måltider om dagen.

OBS Vær opmærksom på at denne ændrede fordeling ikke kommer til at handle om at tilbyde patienten 3 hovedmåltider, blot i mindre mængde og dertil føje 3 mellemmåltider, som f.eks. en kiks, en banan og en kage. Inddrag diætist.

Måltidernes størrelse

For småtspisende patienter kan det være vanskeligt at få tilført den nødvendige energimængde, under samtidig hensyntagen til at kosten

skal være ernæringsrigtig sammensat, uden at måltiderne, trods fordeling på 6 - 8 om dagen, bliver store og uoverskuelige for patient og hjælpere. Inddrag diætist.

Måltidernes tidsmæssige placering

Patienten har størst chance for at indtage maden og for at kunne tygge og synke, når måltidet indtages i on-fasen, dvs. når medicinvirkningen er bedst.

Synkebesvær

Se særligt afsnit herom.

Sondeernæring

Anlæggelse af PEG-sonde (direkte ind i mavesækken) kan være løsningen på truende underernæring.

SYNKEBESVÆR

Tegn på synkebesvær

- Må hyppigt hoste og rømme sig
- Klager over at svælget snører sig sammen
- Maden hober sig op i munden
- Får mad og væske galt i halsen
- Savler
- Måltidet tager lang tid
- Smerter eller sviden i brystet
- Klager over at der efter måltidet stadig er noget der generer i svælget

Årsag – Handling

- 1 Langsomhed, stivhed og dårlig koordination af tyggemuskler, muskler i ansigt, mund og svælg. Rysten af tungen.
 - Spise og drikke når medicinvirkningen er optimal.
 - Indlæring af synketeknik. Inddrag fysio-ergoterapeut/talepædagog.
- 2 Uhensigtsmæssig krops- og hovedholdning
 - Opret siddestilling med ret ryg og hagen en anelse ned mod brystet.
 - Siddende i stol, fødderne i gulvet og 90 graders bøjning i hofter.

3 Nedsat automatik

(Se afsnit om bevægelsesproblemer)

- Giv patienten mulighed for at koncentrere sig om opgaven at synke.
- Undgå konverserende samtale under måltidet.
- Undgå at patienten skal foretage flere handlinger på én gang. F.eks. holde et glas vand samtidigt med at han tygger og synker.
- Én mundfuld tygges og synkes før den næste kommes i munden.
- Giv understøttende stikord: "Tyg", efter grundig tygning "Synk".

4 U hensigtsmæssigt miljø

- Undgå tidspres.
- Æstetisk indbydende borddækning, anretning og servering.

5 U hensigtsmæssig kost konsistens

- Undgå blandede konsistenser: Hårdt og flydende i en mundfuld. F.eks. suppe med grøntsagsstykker, yoghurt med frugt.
- Giv vand efter en mundfuld er sunket.
- Undgå smuldrende og trevlende mad.
- Citrusfrugter kan irritere i svælget.
- Tilpasning af kostkonsistensen: moset, blendet, tilsætning af fortykkelsesmidler.
- Vedligeholdelse af god tandstatus og protesetilpasning.



Uhensigtsmæssig spisestilling.



Hensigtsmæssig spisestilling.

- 6 Angst for fejlsynkning
- Samarbejde med patient/pårørende i alle sygeplejetiltag omkring ernæring og synkebesvær.
 - Undervisning i hosteteknik.
 - Undervisning i håndgreb ved fejlsynkning.



SAVLEN

Spytproduktionen er hos parkinsonramte normal svarende til alderen. Savlen skyldes derfor ikke, at patienten danner mere spyt, men at han ikke synker det.

Medvirkende til savlen er:

- Synkebesvær
- Foroverbøjet krops- og hovedstilling
- Muskelstivhed, langsomme bevægelser, dårlig koordination af muskler i mund, ansigt og svælg
- Åbentstående mund

Handlinger

- Se afsnit om synkebesvær
- Vedligehold god hoved- og kropsholdning
- Øvelser for ansigt og mund – inddrag fysio-ergoterapeut/talepædagog
- God mundhygiejne
- Stimuler til synkning med hyppige tilbud om en mundfuld vand.
- Sukkerfri bolcher/pastiller stimulerer til at lukke munden og synke mundvand

FORSTOPPELSE

50% - 80% af parkinsonpatienter klager over forstoppelse.

Årsager

- 1 Den primære årsag er at finde i Parkinsons sygdom i sig selv:
 - Nedsat peristaltik
 - Parkinsonisme i de muskler som bruges til uddrivning af afføring (muskler i bækkenbund, mavemuskler, diaphragma, respirationsmuskler)
- 2 Medvirkende årsager:
 - Manglende mængde kostfibre
 - Ringe væskeindtag
 - Begrænset fysisk aktivitet
 - Indtagelse af medicin, som giver forstoppelse

Symptomer

Ved at spørge ind til patientens forstoppelses-symptomer kan du få et fingerpeg om årsagen til forstoppelsen, og dermed til hvad du skal gøre ved det.

Klager ved nedsat peristaltik (“træg mave”):

- Hård knoldet afføring
- Oppustet, trykkende fornemmelse i maven.
- Afføring = eller mindre end 3 gange/uge

Klager ved parkinsonistiske muskler (udtamporing):

- Besvær med at presse afføringen ud
- Følelse af dårlig tømning
- Ofte på toilettet, men bliver ikke “færdig”
- Fæces i rectum ved eksploration

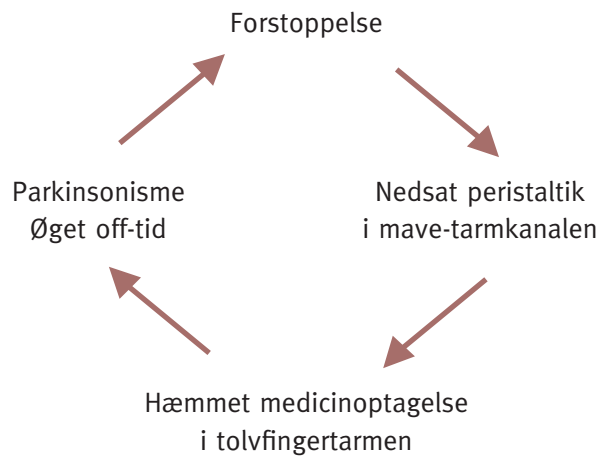


Kan afstedkomme konflikter med plejepersonale: “Han er kommet af med noget hver dag, og alligevel påstår han, at han er forstoppet”.

- Alle parkinsonpatienter er i risiko for forstoppelse
- Er et kronisk problem som kræver opmærksomhed og behandling
- Akutte forværringer kræver akut opmærksomhed og handling

Forstoppelsens konsekvenser

Er de samme som hos alle, der bliver forstoppede. Hos parkinsonpatienter er konsekvensen desuden dårlig optagelse af parkinsonmedicinen.



Behandler du forstoppelsen effektivt, forbedres parkinsonsymptomerne.

Forebyggelse generelt

- Korrekt administration af parkinsonmedicin
- Rigeligt væske (30-40 ml/kg/døgn)
- Fiberrig kost, samlet mængde 20-35g/døgn
- Evt. fibertilskud ca 5-10g dagligt ved tyggesynkebesvær

- Mest mulig motion
- Tage udgangspunkt i patientens erfaringer med forstoppelsesbehandling
- Undgå medikamenter og fødemidler som giver forstoppelse
- Vedligeholde/etablere optimale toiletvaner:
 - dagligt fast tidspunkt hvor parkinsonmedicin har maximal virkning
 - respektere personlige vaner
 - undgå stress og tidspres
 - give mulighed for koncentration
 - ordentlig siddestilling på toilettet med fuldfodsstøtte

Udtømning af fæces i rectum (udtamponering)

- Peristaltikfremmende farmaka som suppositorium
- Klyksma. Olieklyksma i kombination med fosfatklyksma
- Manuel assistance

Peroral laxantia

- Rumopfyldende og osmotiske præparater
- Peristaltikfremmende præparater (anvendes i 3-6 måneder, herefter prøve et andet peristaltikfremmende middel efter en pause)

Læs mere på **INFOARK OM FORSTOPPELSE** på www.parkinson.dk

VANDLADNINGSPROBLEMER

Er hos parkinsonpatienter ofte de samme som hos andre uden Parkinsons sygdom:

- Urinvejsinfektioner
- Prostata- og bækkenbundsproblemer

En del patienter udvikler efter år med sygdommen blæresymptomer på baggrund af Parkinsons sygdom:

Viser sig ved

- Hyppige, kraftige sammentrækninger af blæren (detrusorhyperrefleksi)



Pollakisuri, urgeinkontinens, nykturi

- Manglende muskelafslapning i bækkenbund (parkinsonisme)



Slap stråle, besværet vandladning, residualurin

- Kombination af ovenstående
- Falsk inkontinens som følge af nedsat mobilitet.

Handlinger

- Forebyggelse og behandling af urinvejsinfektioner
- Væske-vandladningsskema (observationsredskab og pædagogisk værktøj)
- Rigeligt væske (begrænset før sovetid)
- Faste toilettider
- Undersøgelse for residualurin
- SIK/RIK ved residualurin/retension
- Valg af hjælpemidler (uridom, bleer, toiletstol, urinkolbe)
- Hjælpemidler som støtter muligheden for at komme ud af sengen
- Observation af virkning/bivirkning af medicin som dæmper blæresammentrækninger (Detrusitol, Spasmolyt)
- Behandling af obstipation
- Henvielse til lægelig udredning.

SØVNFORSTYRRELSER

Ca. 75% af parkinsonpatienterne lider af søvnforstyrrelser, som har stor betydning for livskvaliteten.

Søvnforstyrrelserne viser sig ved:

- REM-søvnforstyrrelser (giver forstyrret søvn med mange vågenperioder)
- Besvær med at falde i søvn
- Ændret søvn-vågenrytme
- Falder pludseligt i søvn om dagen
- Ændrede drømme – ofte mareridt
- Talen i søvne

Faktorer med indflydelse på søvnen ved Parkinsons sygdom:

- Depression
- Nedsat bevægelighed (parkinsonsymptomerne, off-tilstand)
- Besvær med vending
- Kan ikke komme ud af sengen
- Ryster
- Smerter (muskelkramper)
- Uro i benene (“Restless Legs”)
- Medicin
- Hyppig natlig vandladning

Handlinger:

1

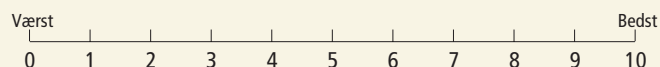
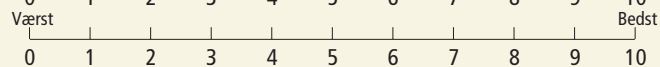
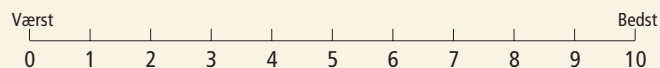
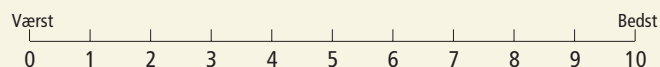
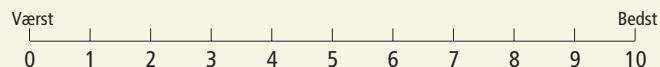
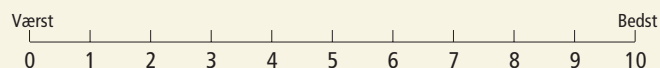
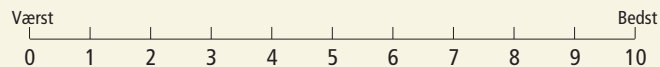
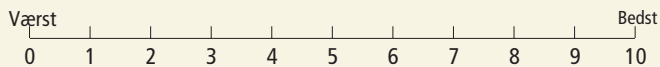
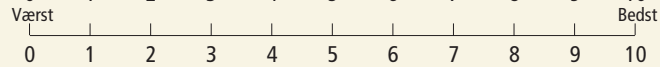
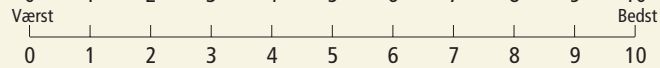
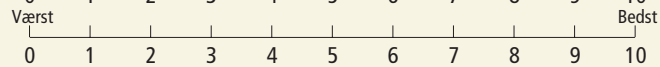
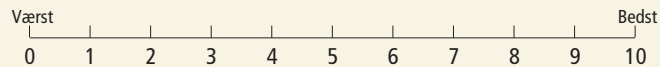
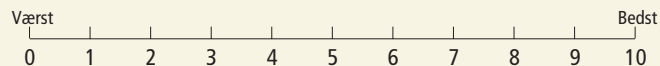
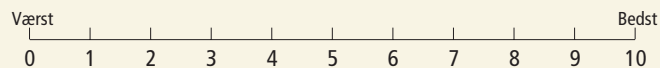
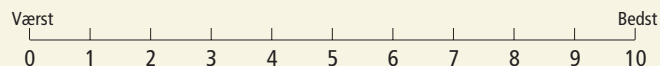
Tilrettelægge ordentlige søvnrammer med tanke på:

- Rumtemperatur
- Sengens kvalitet, højde
- Støjniveau
- “God-natte-ritualer”
- Lejring
- Hjælpemidler til stillingsskift
- Adgang til toilet/toiletstol/urinkolbe
- Begrænsning af kaffe, alkohol og anden væske om aftenen.
- Mulighed for at tilkalde hjælp

2

Afdækning af søvnproblemerne karakter: Forskellige årsager og årsagskombinationer kan ligge til grund for patientens søvnproblemer. Parkinson Søvnskala kan anvendes som redskab til afdækning af søvnproblemerne og i samarbejde med læge/neurolog til evaluering af behandlings- og plejeindsats.

1. Hvordan har den gennemsnitlige søvnkvalitet været?
2. Har du svært ved at falde i søvn, når du går i seng om aftenen?
3. Har du urolige bevægelser i benene eller armene, som forstyrrer din nattesøvn?
4. Har du svært ved at sove "igennem"?
5. Ligger du og vender drejer dig i sengen?
6. Er du generet af uhyggelige drømme om natten?
7. Er du generet af natlige hallucinationer (ser eller hører ting, som ikke er der)?
8. Står du op om natten for at komme af med vandet?
9. Bliver du våd om natten, fordi du ikke kan nå på toilettet i tide?
10. Oplever du snurrende fornemmelser, myrekryb eller stikkende og prikkende fornemmelser i arme eller ben, som vækker dig om natten?
11. Har du smertefulde muskelkramper i arme eller ben, som forstyrrer nattesøvnen?
12. Vågner du tidligt om morgenen med arme og ben i en smertefuld stilling?
13. Ryster du, når du vågner?
14. Føler du dig træt og søvngig, når du vågner om morgenen?
15. Er du uventet faldet i søvn i løbet af dagen?



SMERTER

Den hyppigste form for smerte relateret til Parkinsons sygdom er muskelkramper:

- Ofte lokaliseret til lægge, lår, fødder, mellemgulv og genitalområdet
- Ofte relateret til off-faser
- Optræder ofte om natten og/eller tidlig morgen
- Er udtryk for lavt dopaminindhold i hjernen
- Afhjælpes ofte ved tilpasning af parkinson-medicinen

Observer smerternes tilstedeværelse i forhold til tidspunkter for indtagelse af parkinson-medicin.

Ikke-farmakologisk smertelindring:

- Massage
- Udstrækning
- Afslapning
- Bevægelse
- Vejtrækningsøvelser
- Omsorg

Det er vigtigt at være opmærksom på at mennesker med Parkinsons sygdom kan have smerter af grunde som alle andre, og som ikke har noget med grundsygdommen at gøre.



ORTOSTATISK HYPOTENSION

Blodtryksfald ved stillingsskift fra liggende eller siddende til stående stilling. Blodtrykket kan være forhøjet i liggende stilling, men falder når personen rejser sig. Kan funktionelt desuden opstå ved stillingsskift fra foroverbøjet stilling til oprejst stilling, som f.eks hvis patienten bøjer sig ned for at snøre snørebånd og rejser sig op, eller bøjer sig ned for at tage vasketøj op fra vasketøjskurven og retter sig op for at hænge det på tørresnoen.

Viser sig ved:

- Svimmelhed
- Sortnen for øjnene
- Nærbesvimelse – besvimelse
- Faldtendens
- Andet: Træthed, nedsat urinmængde (evt. øget om natten)

Årsag:

- Nedsat funktion i det autonome nervesystem.

Medvirkende årsager:

- Blodtrykssænkende virkning ved parkinson--mediciner.
- Nedsat blodvolumen

Mulige handlinger:

(Gradueres efter problemets sværhedsgrad)

- Rigeligt væske
- Rigelig saltning af maden
- Minimal alkoholindtagelse
- Hyppige, små måltider
- Undgå hurtigt absorberbart sukker i større mængder (kager, slik)
- Undgå fysisk anstrengelse efter måltider
- Forsigtighed i varmt vejr, undgå direkte sol
- Lejring med hoved og overkrop eleveret 30 grader
- Støttestrømper til lysken
- God tid til stillingsskift
- Praktiske foranstaltninger: f.eks. snøre snørebånd siddende, stille vasketøjskurv på stol
- Forebyggelse/behandling af forstoppelse
- Erstatning af væsketab ved opkastninger, diarré mm.
- Dialog med lægen om medicin som påvirker blodtrykket (bl.a. diuretika)
- Ved blodtrykskontrol altid målinger i både liggende og stående stilling
- Hvis især problem om morgenen:
 - 1/2 liter vand 15 minutter før patienten står op
 - Koffein (Morgenkaffe)

PÅRØRENDE

De pårørende (primært ægtefællen) er en integreret part i det livslange forløb med Parkinsons sygdom. De pårørende kender den parkinsonramte både som det raske og det syge menneske, og de lever med konsekvenserne af sygdommen i deres hverdag.

Sygeplejen ved Parkinsons sygdom bør derfor tage udgangspunkt i et familieperspektiv, der i samarbejde med patient/pårørende når frem til løsninger.

Problemer som pårørende ofte står i

- Social isolation
- Risiko for at "tage over"
- Må påtage sig andre og nye roller
- Stor arbejdsbelastning
- Loyalitetskriser
- Følelse af utilstrækkelighed
- Skyld
- Udbrændthed
- Manglende anerkendelse

Hjælp til pårørende er

- At blive betragtet som en ressource
 - At blive inddraget i planlægning, beslutninger og informationer
 - At få viden om sygdommen
 - At foretage aktiviteter sammen med den parkinsonramte
 - At bevare tidligere interesser, aktiviteter og venner
 - At have nogen at henvende sig til
 - At have god kontakt med plejepersonale, læger, fysioterapeuter og lignende
 - At træffe andre i samme situation
- Dansk Parkinsonforening holder kurser for pårørende.
 - I flere kredse findes pårørendegrupper.



Litteraturliste

Helena Sunvisson

Att leva med Parkinson, vård och egenvård
Förlaget Hagman AB, Stockholm 1994

Med mod på livet

Erfaringer og resultater fra et udviklingsprojekt for yngre parkinsonpatienter.
Dansk Parkinsonforening 1999

Svend Andersen

Sundhed sidder mellem ørerne. Det at leve med en kronisk sygdom. Hornslet Bogtrykkeri A/S, 2002, www.parkinsoninfo.dk

Parkinsons Sygdom – Hvad siger patienterne ... En bog fra patient til patient
Dansk Parkinsonforening 1999

Erik Dupont og Karen Østergaard

Parkinsons Sygdom og dagligdagen. Vejledning for patienter, pårørende og sundhedsfagligt personale, Ny revideret udgave januar 2001

Roche A/S Industriholmen 59, 2650 Hvidovre

Lene Werdelin (Red)

Parkinsons sygdom - en bog for patienter, pårørende og behandlere
Munksgaard, København 2006

Vivi Dupont

Tips om gangbesvær ved Parkinsons sygdom
Dansk Parkinsonforening 2006

Vivi Dupont, Tove Henriksen

Parkinsons sygdom – under hospitalsophold
Dansk Parkinsonforening 2004

Arja Höglund, Johan Lökk, Susanna Lindvall
Parkinsons sjukdom, behandling, omvårdnad, tips

Svenska Parkinsonförbundet, 2003

Parkinson Nyt

Dansk Parkinsonforenings medlemsblad
Udkommer 6 gange årligt

Baggrundslitteratur

Nedenstående litteratur er desuden anvendt i udarbejdelsen af dette hæfte:

Abudi S. Bar-Tal Y. Ziv L. Fish M.

Parkinson's disease symptoms – patients' perceptions. Journal of Advanced Nursing 1997; 25:54-59

Bloem BR, Hausdorff JM, Visser JE, Giladi N
Falls and Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Review of Two Interconnected; Episodic Phenomena
Mov Disord 2004;19(8): 871-84

Carter J.H.

Good Nutrition in Parkinson's Disease. The American Parkinson's Disease Association, Inc. 1999

Chaudhuri K.R. et Al.

Development of a novel scale for an assessment of nocturnal disability in Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;70:281

Fowler C.J.

Neurological Disorders of Micturition and their Treatment. Brain 1999; 122: 1213-31

Habermann B.

Day-to-Day Demands of Parkinson's Disease. Journal of Nursing Research 1996; 18(4): 397-413

Jost W.H.

Gastrointestinal Motility Problems in Patients with Parkinson's Disease. Effect of Antiparkinsonian Treatment and Guidelines for Management. Drugs & Aging 1997; 10(4): 249-258

Kaufmann H.

Treatment of Dysautonomia in Multiple System Atrophy, American Academy of Neurology, Education Program Syllabus, 2PC.002, Diagnosis and Management of Patients with common "Parkinson-Plus" Disorders. Denver 2002

Kommunikasjonstrening for mennesker med Parkinsons sykdom (PS). Logopedisk klinik, Haukeland Sykehus, Bergen.

Morris M.E.

Movement Disorders in People with Parkinson's Disease: A Model for Physical Therapy. Physical Therapy 2000; 80: 578-595

Olanow W.C. Watts R.L. Koller C.

An Algorithm for the Management of Parkinson's Disease: Treatment Guidelines. Neurology 2001;56 (suppl 5)

Quinn N.P.

Classifications of Fluctuations in Patients with Parkinson's Disease. Neurology 1998; 51 (suppl 2) s25-s29

Sawle G.V. Movement

Disorder in Clinical Practice. Isis Medical Media Ltd. Oxford 1999

Stensvold H. Utne L.

Dysfagi. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1999



Hæftet er udarbejdet af sygeplejekonsulent i
Dansk Parkinsonforening Vivi Dupont

Dansk Parkinsonforening
Kirke Værløsevej 26-1
3500 Værløse
telefon: 3927 1555
dansk@parkinson.dk
www.parkinson.dk

Foreningens formål er bl.a. at udbrede viden om Parkinsons sygdom.
Af andre formål kan nævnes, at foreningen skal hjælpe patienter og
deres pårørende og støtte forskning indenfor sygdomsområdet.

