



Parkinsons sjukdom

Behandling, Omvårdnad, Tips

REDAKTION:

Arja Höglund, Johan Lökk, Susanna Lindvall.

2005 • Version 2.0

SAMMANSTÄLLT AV
Arja Höglund, parkinsonsjuksköterska, neurologiska kliniken,
Karolinska universitetssjukhuset Huddinge
Johan Lökk, doc. överläkare, geriatriska kliniken,
Karolinska universitetssjukhuset Huddinge; Kompetenscentrum inom
Äldreomsorg och Äldrevård
Susanna Lindvall, fil. kand. ParkinsonFörbundet

PRODUCERAD AV Espri Health, www.espri.se

ILLUSTRATIONER AV Brita Lindvall, 2003

Innehållet får kopieras om källan anges.

ISBN 91-631-4187-6

2005 • Version 2.0

Att vårda någon med Parkinsons sjukdom kräver både ett brett kunnande, uppfinningsrikedom och stort tålamod för att hantera problematiken, men också för att pröva olika strategier. Behovet av praktiska tips i olika situationer är stort, inte minst beroende på att sjukdomen yttrar sig på så många olika sätt.

Denna bok är en sammanställning av goda idéer, formuleringar och tips som används inom vården och av enskilda personer. Och goda idéer som finns i litteraturen men som sällan återfinns sammanställt i en form som är praktiskt tillämpbar i vardagliga situationer. Texten vänder sig inte till den som är sjuk i första hand utan till alla som på något sätt vårdar parkinsonsjuka.

Tipsboken gör inte anspråk på att vara vare sig unik eller revolutionerande, men förhoppningsvis ett användbart redskap i det dagliga vårdandet av parkinsonsjuka. Den vänder sig lika mycket till anhörigvårdare som till personal inom vård och omsorg.

Självklart kan många av tipsen tillämpas även vid vård av personer som också har andra sjukdomar.

Förslag som rör mediciner eller specifik medicinsk behandling skall enbart användas i samråd med behandlande läkare och sjuksköterska.

I boken benämns alla parkinsonsjuka som ”han” för att få en enhetlig formulering. Givetvis gäller texten kvinnor likaväl som män. Parkinsons sjukdom kan på vissa ställen i texten förkortas som PS.

Denna bok initierades av MD Åke Ljungdahl, överläkare neurologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm. Han är värd ett särskilt stort tack för sitt engagemang, sin generositet och pedagogiska vägledning.

Vi hoppas att tipsboken kommer att vara till stöd i det dagliga vårdandet samt en inspirationskälla som kommer att generera fler nya användbara råd. Därför ber vi dig som läser detta och har egna nya tips att delge; skicka in dem till ParkinsonFörbundet så att de kommer med i en framtida uppdatering av materialet! Adressen till förbundet hittar du i slutet av boken. Senast uppdaterade version hittar du på www.parkinson.nu.

Stort tack till alla som har medverkat med råd, tips och granskning av boken. Särskild tack till Helena Sunvisson och Hjördis Hagberg för komplettering av materialet i senaste version.

ARJA HÖGLUND, JOHAN LÖKK OCH SUSANNA LINDVALL

INNEHÅLL

INLEDNING

Parkinsons sjukdom ur patientens synvinkel11

1 PARKINSONS SJUKDOM13

- Symtom.....13
- Senare stadier av sjukdomen.....14

2 BEHANDLING17

- Bakgrund.....17

3 LÄKEMEDEL19

- Levodopa19
- Dopa-förstärkare (COMT-hämmare och MAO-B hämmare).....21
- Dopaminhärmare (dopaminagonister).....22
- Andra parkinsonsymtomlindrande läkemedel23
- Sammanfattning av Parkinsonläkemedel.....24
- Andra behandlingar28
- Parkinsonmedicinering vid operation.....29
- Skattning av rörligheten30

4 FÖRÄNDRAD MOTORIK33

- Stelhet34
- On-off fenomen.....35
- Dyskinesier36
- Freezingproblematik.....36
- Fall och balansproblem vid Parkinsons sjukdom37
- Lågt blodtryck och plötsligt blodtrycksfall39

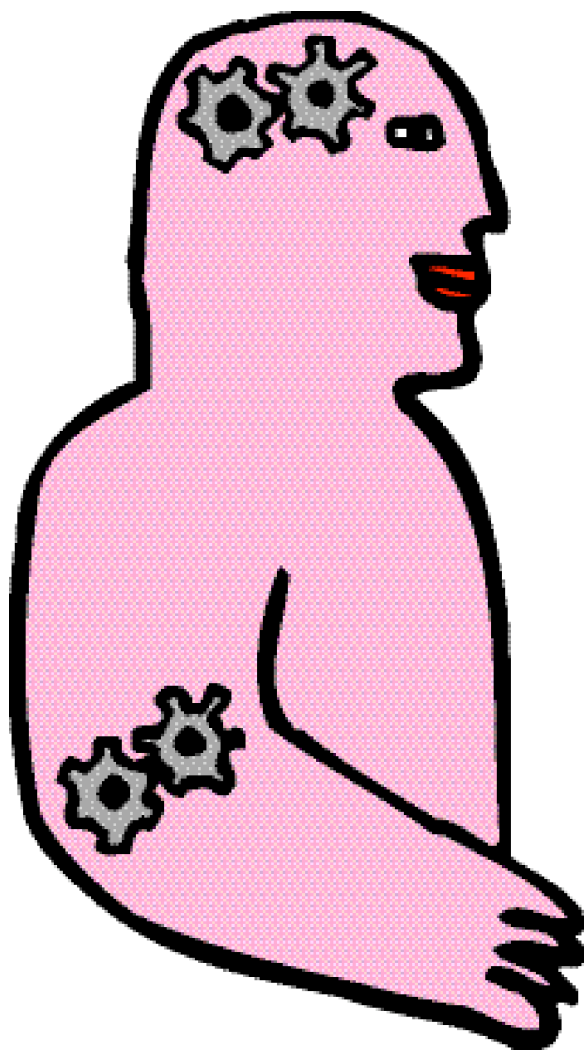
5	APTIT, SVÄLJPROBLEM OCH VIKTNEDGÅNG	43	11	SÖMN	87
	• Försämrad aptit	44	12	SMÄRTA	91
	• Sväljproblem	48	13	KOMMUNIKATION	95
	• PEG	51		• Ansiktsuttryck	95
6	MUNHYGIEN	53		• Kroppsspråk	95
	• Muntorrhet	54		• Framtoning	95
	• Dregling	54		• Variation i förmåga	95
	• Segt slem	55		• Talproblem	96
7	MAG-TARMBESVÄR	57		• Skrivsvårigheter	96
	• Sur mage	57	14	MOTION	101
	• Förstoppning	57	15	MENTAL TRÄNING	105
8	BLÅSANS PROBLEMATIK	63	16	VIKTIGT ATT TÄNKA PÅ VID LÄKARBESÖK	109
9	BETEENDEFÖRÄNDRINGAR OCH ANDRA PSYKISKA SYMTOM	67	17	ANHÖRIGVÅRDAREN	113
	• Initiativlöshet	67	18	ETT ORD PÅ VÄGEN	119
	• Minnet	67	19	LITTERATUR, REFERENSER, ADRESSER	123
	• Känslöpåverkan	68	20	INDEX	126
	• Aggressivitet	68			
	• Stresshantering	69			
	• Försämrad självkänsla	71			
	• Depression	72			
	• Hallucinationer	74			
	• Förvirring	76			
	• Ångest	77			
	• Demens	78			
10	ANDRA SYMTOM	83			
	• Luktsinne	83			
	• Synpåverkan	83			
	• Hudproblem	83			
	• Svette	84			

PARKINSONS SJUKDOM UR PATIENTENS SYNVINKEL

Vad Parkinsons sjukdom kan innebära för patienten:

- Ett heltidsjobb.
- Ett liv på ändrade villkor.
- Ett liv som påverkar hela familjen, hela det sociala nätverket.
- Ett liv av begränsningar.
- Ett liv av anpassningar och föränderlighet.
- Ett liv där man tvingas bli självcentrerad, pedantisk, disciplinerad och planerande.
- Ett liv i osäkerhet över den egna förmågan att fungera.
- En daglig kamp att hantera svängningarna i sitt tillstånd.
- Ett ständigt passande av tider för att jämka ihop medicinintag, måltider och aktiviteter.
- En ständig oro att få rätt vård och medicinering.
- En individuell sjukdom som kräver individuell behandling.
- Ett tillstånd där små problem kan bli till oövervinneliga hinder.
- En ständig balansgång mellan krav och ork.
- Ett liv där man alltid har en följeslagare som utan förvarning kan sätta krokben för allt man har planerat och drömt om.

Översättning från Vivi Dupont:
Parkinsons sjukdom – til plejepersonale, 2002.



1. PARKINSONS SJUKDOM

Årligen insjuknar cirka 2 000 personer i Sverige, de flesta är 55-60 år eller äldre. Totalt finns det ca 20 000 parkinsonsjuka i landet. Män och kvinnor drabbas i ungefär lika stor utsträckning.

Orsaken till sjukdomen är okänd men sannolikt samverkar flera faktorer. Ärftlighet kan ha betydelse, liksom om man blir utsatt för giftiga ämnen.

I hjärnan kan man se att parkinsonsjuka lider brist på signalsubstansen **dopamin** i centrala delar av hjärnan men även andra nervbanor i hjärnan är påverkade.

ORSAKEN TILL SJUKDOMEN ÄR OKÄND

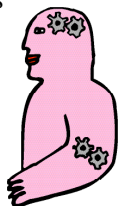
SYM TOM

De tre huvudsymtomen är: rörelsehämning, skakningar och muskelstelhet. Rörelsehämning är obligatoriskt, men ett eller flera av de andra symtomen krävs också för att få diagnosen Parkinsons sjukdom. Förutom dessa rörelsesymtom finns ofta psykiska symtom som initiativlöshet, depression m fl.

Tidigt i sjukdomen kan den drabbade få svårt att exempelvis skriva, knäppa knappar, knyta skosnören samt klä av och på sig. Handstilen blir darrig och förminskad. Alla rörelser förlängs. Gången påverkas och kan bli stel, hasande och steglängden minskar. Även balansen försämras och kroppshållningen blir alltmer framåtböjd. Mimiken blir stel. Talet förändras och kan bli sluddrigt, monotont och/eller lågmält. Tidiga tecken på sjukdomen, t o m före huvudsymtomen kan vara stelhet och smärtor i ryggen, försämrat luktsinne, viss fumlighet mm. Skakningar vid

vila i händer, armar och ben kan vara de första typiska tecknen för Parkinsons sjukdom. De brukar börja i ena handen eller armen. Därefter drabbas ofta benet på samma sida. Så småningom börjar skakningar också i andra sidans extremiteter. Symtomen förvärras av oro och stressande situationer.

Det kan också bli övermedicineringsproblem med överrörelser av skruvande, vridande karaktär. Dessa överrörelser upplevs ofta inte så besvärande av patienten som omgivningen uppfattar dem, men är naturligtvis begränsande. Samtidigt, eller senare i sjukdomens förlopp, kan mentala funktioner påverkas i form av livliga drömmar, mardrömmar, hallucinationer eller minnessvårigheter.



Parkinsons sjukdom kan även åtföljas av andra symtom, exempelvis balansproblem, yrsel, diffus värk, lågt blodtryck, förstoppning och ökad känslighet för värme eller kyla. Depression är vanligt och kan komma tidigt i sjukdomsförloppet. Ökad risk för demens föreligger hos 30-40 procent av patienterna.

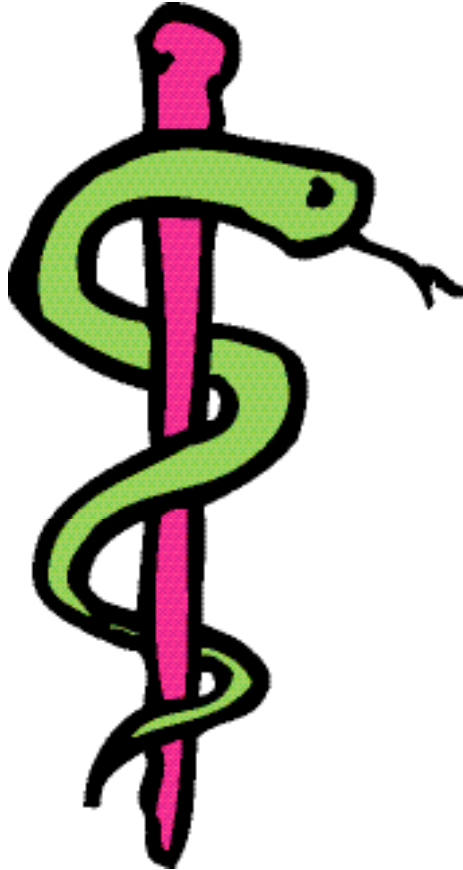
SENARE STADIER AV SJUKDOMEN

Sjukdomen är kronisk och progredierande, vilket innebär att den fortskrider. Det kan gå olika fort hos olika individer. Efter 5-10 år av behandlad sjukdom kan patienten komma in i en komplikationsfas där det förekommer såväl förutsägbara som oförutsägbara svängningar av symtom såsom **on-off-perioder**.

Det kan börja med att medicinen inte räcker till för att lindra symtomen till nästa planerade medicinintag (**s k dosglapp**). Behandlande läkaren kan då förkorta intervallerna mellan medicinintagen och/eller ordinera mediciner som förlänger grundmedicinens (L-dopan) verkan.

Man kan få rörelseproblem på grund av undermedicinering i form av att man kan fastna i steget (**freezing**) och man kan få igångsättningsvårigheter. Olika knep att trigga igång **rörelserna** kan prövas. I svårare fall kan doktorn eventuellt ordinera snabbverkande parkinsonmediciner.

Det kan också bli övermedicineringsproblem med **överrörelser** av skruvande, vridande karaktär. Dessa överrörelser upplevs ofta inte så besvärande av patienten som omgivningen uppfattar dem, men är naturligtvis begränsande. Samtidigt, eller senare i sjukdomens förlopp, kan mentala funktioner påverkas i form av livliga drömmar, mardrömmar, hallucinationer eller minnessvårigheter.



2. BEHANDLING

Bakgrund

För närvarande finns det ingen bot för sjukdomen, all behandling är symtomlindrande.

Den vanligaste behandlingsformen för Parkinsons sjukdom är läkemedel. Genom att ge ett läkemedel, eller en kombination av flera läkemedel, kan man uppnå god lindring av symtomen och även god livskvalitet. Eftersom Parkinsonpatienten har brist på signalsubstansen dopamin i hjärnans nervceller, inriktas behandlingen på att påverka detta signalsystem. Tyvärr har alla läkemedel biverkningar som beror på läkemedlets verkan och är dessutom ofta relaterade till dosen. Dock brukar biverkningarna försvinna när man minskar eller upphör med läkemedlet.

Läkemedlen har alltid ett preparatnamn, t ex Madopark. Ofta anges också den aktiva substansen i läkemedlet, t ex levodopa i Madopark och Snemet.

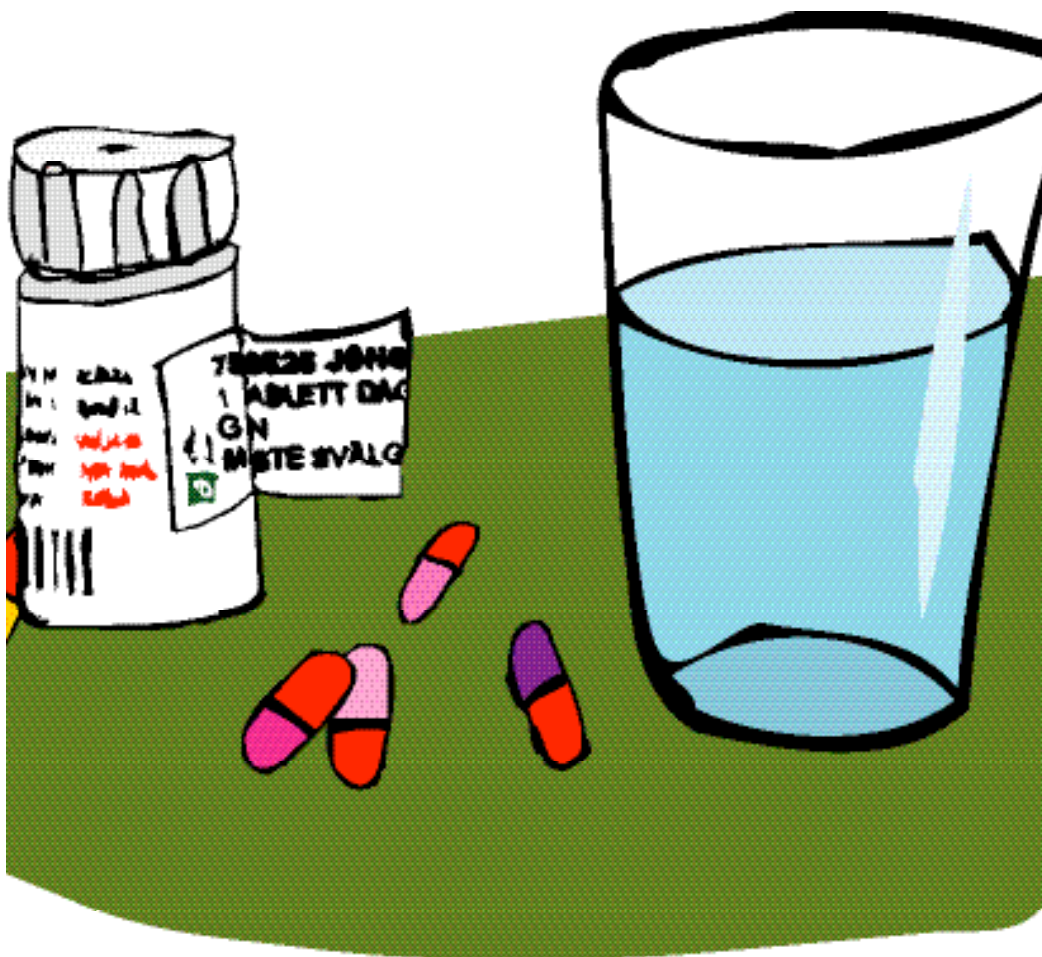
I senare stadier av sjukdomen är behandlingen svårare, då patienten inte tål samma doser och kanske inte ens samma preparat som tidigare. Det kan lättare utlösa problem med överrörelser eller mentala biverkningar.

Utöver läkemedel ingår naturligtvis egenvård, sjukgymnastik, träning och social aktivering som en del av behandlingen.

KONTAKTA LÄKARE



All läkemedelsbehandling, inställning, ändring mm. skall behandlande läkare ansvara för. Det är viktigt att behandlande läkare känner till alla mediciner som patienten tar, inklusive naturmedel och alternativa behandlingar.



3. LÄKEMEDEL

LEVODOPA

Levodopa förkortas ofta L-dopa, en s k aminosyra som finns naturligt i kroppen men också sparsamt i vissa grönsaker. L-dopa är förstadiet till dopamin och man ger L-dopa därför att dopamin inte kan passera direkt in i hjärnan.

Den svenske forskaren Arvid Carlsson prövade L-dopa i djurförsök och insåg redan på 1960-talet att dopaminet måste ha en roll som budbärare i nervsystemet när det gäller rörelseförmågan. År 2000 erhöll han Nobelpriset för detta.

L-dopa omvandlas till dopamin med hjälp av ett enzym, s k dopadecarboxylas. Denna omvandling sker både i hjärnan och i övriga delar av kroppen, där dopaminet inte gör någon nytta utan snarare medför biverkningar. För att minska denna reaktion utanför hjärnan har man till båda L-dopa preparaten (Madopark och Sinemet) tillsatt ett ämne som hämmar dopadecarboxylaset. Det är benserazid för Madopark och carbidopa för Sinemet. Dessa tillsätsämnen kan ibland ge mag-tarmbiverkningar. Av den anledningen kan det vara lämpligt att försöka byta L-dopa preparat vid förekomst av diarré kopplat till läkemedelsanvändningen.

L-dopa är mycket effektivt mot symtomen vid Parkinsons sjukdom. Behandlingen med L-dopa inleds alltid med en låg dos, som successivt ökas tills man uppnår bästa möjliga symtomlindring för patienten. Detta görs för att patienten skall tolerera medicinen bättre, samt för att minska eventuella biverkningar.

L-dopa preparat finns under namnet: Madopark, Madopark Depot, Madopark Quick, Madopark Quick mite, Sinemet, Sinemet Depot och Sinemet Depot mite.

Efter flera års användning blir det svårare att finna rätt mängd L-dopa och den dos L-dopa som ger bra effekt, blir mindre med åren. För mycket L-dopa kan ge symtom på ofrivilliga rörelser (**överrörelser, hyperkinesier**) och i vissa fall psykiska problem med oro och ibland hallucinationer. För lite L-dopa leder till parkinsonsymtom.

Duodopa

L-dopa ges oftast i tablettform. Ett annat sätt är att ge flytande L-dopa via en pump direkt till tarmen. Läkemedlet kallas **Duo-dopa** och de aktiva substanserna fördelas i en trögflytande gel.

Då förs läkemedlet in via en kateter genom ett hål i buken **direkt in i tarmen där L-dopa suggs upp till blodet**. Därmed behöver inte medlet passera magsäcken och man kan då erhålla ett jämnt inflöde av L-dopa. Det gör att symtomsvängningarna ("on-off") jämnas ut.

Stalevo

Ett kombinationspreparat i tablettform (Sinemet och Comtess), som innehåller L-dopa, carbidopa och entakapon. Kan missfärga urinen och eventuellt huden så att den blir starkt gulbrun/orange. Helt ofarligt. Beror på den aktiva substansen i läkemedlet och kan inte tas bort.

L-dopa relaterade biverkningar: Relativt vanliga biverkningar är t ex yrsel, blodtrycksfall, illamående, lågt blodtryck, matleda, hallucinationer och sömnstörningar.

DOPA-FÖRSTÄRKARE

L-dopa har en relativt kort verkan, särskilt när patienten har haft sjukdomen länge. Då blir det svängningar i effekten från rörlighet till uttalad orörlighet s k dosglapp, dvs en dos L-dopa räcker inte till nästa medicinintag. Därför kan man använda kompletterande läkemedel som jämnar ut och förlänger effekten av L-dopa.

Det finns både i och utanför hjärnan enzym som bryter ner L-dopa till ämnen som man inte har nytta av vid parkinsonbehandlingen. Ett sådant enzym är catechol-O-metyltransferas (COMT). När det enzymet hämmas med ett läkemedel räcker L-dopa dosen längre och svängningarna blir mindre i hjärnans dopaminnivåer under dagen.

För närvarande finns det två COMT- hämmare: **Comtess (entakapon) och Tasmal (tolkapon)**. Dessa skall alltid ges tillsammans med L-dopa eftersom preparaten saknar egen effekt och endast aktiveras i kombination med L-dopa.

Ett annat enzym, monoaminoxidas B (MAO-B) bryter ner dopaminet i hjärnan. **Eldepryl (selegilin) och Selegilin (selegilin)** hämmar detta enzym och gör att dopaminnivån ökar samt ger symtomlindring, dock inte så starkt som L-dopa eller dopaminhämmare. Eldepryl har en viss antidepressiv effekt. Det finns forskning som eventuellt skulle kunna tyda på att Parkinsons sjukdom skulle kunna bromsas av Eldepryl. Eldepryl tas oftast en gång på morgonen tillsammans med maten. MAO-B-hämmare bör tas senast vid 12-tiden på dagen, annars finns det risk för sömnstörningar.

Biverkningar av dopaförstärkare

Biverkningar beror oftast på förstärkning av dopamineffekten med överrörelser, oro och hallucinationer som följd. Eldepryl kan

ge lågt blodtryck och svimningar. Comtess färgar urinen brun-orange, vilket är helt ofarligt.

DOPAMINHÄRMARE (DOPAMINAGONISTER)

Dessa substanser går in i hjärnan och hämmar dopaminets effekter på dopaminets mottagarstationer, sk ”receptorer”.

Cabaser (cabergolin), Sifrd (pramipexole), Requip (ropinirol), Pravidel (bromocriptin) och Apomorfin är dopaminhämmare.

Dopaminhämmare kan ges ensamma eller i kombination med L-dopa. De hämmar effekten av dopamin och har ofta goda symtomlindrande egenskaper, mer mot skakningar än andra symtom. Vissa av dopaminhämmarna verkar också ha en viss antidepressiv effekt.

Precis som med L-dopa inleder man behandlingen med en låg dos, som man långsamt ökar för att undvika biverkningar. Det tar längre tid att få symtomlindrande effekt av dopaminhämmare jämfört med L-dopa.

På senare år finns det indikationer på att dopaminhämmarna skulle kunna bromsa sjukdomsförloppet och livlig forskning pågår inom detta område.

Dopaminhämmare i låga doser anses ha symtomlindrande effekt hos personer som lider av pirningar, domningar, stickningar och myrkrypningar i benen, ”Restless Legs Syndrome” (RLS), ett vanligt problem hos parkinsonsjuka.

Apomorfin

En del patienter har god nytta av ett dopaminhämmande läkemedel som heter Apomorfin. Detta läkemedel har en snabb

effekt, inom 5-15 minuter mot rörelsehämning, framför allt när patienten är i ”off-fas”. Detta läkemedel ges med en penna, liknande diabetikers insulinpennor, eller genom kontinuerlig tillförsel via en pumpanordning i huden. APO-go PEN är en förfylld injektionspenna av så kallad ”engångstyp”, speciellt lämpad för patienter som har nedsatt motorisk förmåga. Man kan förinställa ett antal pennor så att det bara är att ta en färdiginställd penna och injicera.

OBS! Apomorfin har ingenting att göra med preparatet Morfin och eventuell förväxling är ödesdigert!

Biverkningar av dopaminhämmare

Biverkningar kan utgöras av illamående, lågt blodtryck, yrsel och bensvullnad, hallucinationer och sömnrörningar. Vissa patienter uppvisar större sömnhet på dagen och hos vissa andra har man märkt svårigheter att somna på kvällen.

ANDRA PARKINSONSYMTOMLINDRANDE LÄKEMEDEL

De första läkemedlen mot Parkinsons sjukdom på 1880-talet byggde på ett extrakt av belladonnaört. Under 1940-talet fanns ett antal sådana syntetiskt framställda läkemedel, sk antikolinerga medel, som hade en viss effekt mot skakningar och muskelstelhet. De var dock inte särskilt bra mot rörelsehämningen, som av patienten ofta upplevs mest handikappande. **Antikolinerga läkemedel** (Pargitan, Akineton, Tremoquil, Disipal) blockerar effekten av en annan signalsubstans i hjärnan (acetylcolin) och därigenom förstärks dopaminets effekt relativt sett.

Tyvärr är **biverkningarna** så vanliga att man numera inte använder medicinen särskilt ofta. Biverkningarna kan vara muntorrhet, förstoppning, blåsrubning (urinstämna), synförändring men också förvirring och minnesnedsättning.

Amantadin och Symmetrel är egentligen läkemedel mot virus-sjukdomar, men kan ha effekt vid Parkinsons sjukdom genom att öka frisättningen av dopamin från celler som fortfarande producerar det. Det används ofta som komplement till L-dopa men kan ibland också vara av värde hos patienter som kommit in i komplikationsfasen av sjukdomen. Hos äldre patienter finns avsevärd risk för konfusion och också hudförändringar.

Såväl effekter som biverkningar av läkemedlen finns kortfattat beskrivna i boken FASS (Farmakologiska Specialiteter i Sverige). Den innehåller alla läkemedel i Sverige och kan också hittas på Internet, www.fass.se.

Behandlande läkare ordinerar med ledning av patientens uppgifter en profilerad behandling. Om patienten upplever oönskade effekter eller otillräcklig effekt ska han meddela läkaren detta så att medicinjusteringar kan göras i samråd. Manipulera inte själv med medicineringen, utan att meddela behandlande läkare.

De beskrivna läkemedlen är specifika mot de typiska parkinsonsymtomen, men det finns många andra mediciner som är vanligt förekommande för att behandla sidosymtom vid Parkinsons sjukdom. Dessa behandlas senare i de olika avsnitten i boken.

SAMMANFATTNING AV PARKINSONLÄKEMEDEL

Läkemedel	Styrka	Får ej krossas
L-dopa		
Madopark	100 mg	
Madopark Depot	100 mg	X
Madopark Quick (löslig)	100 mg	
Madopark Quick mite (löslig)	50 mg	
Sinemet	25/250, 25/100, 10/100 alt 12,5/50	
Sinemet Depot	50/200	X
Sinemet Depot mite	25/100	X
Duodopa, infusion	20 mg/ml	
Stalevo	50 mg, 100 mg, 150 mg	X

Dopaminhärmare (dopaminagonister)

Pravidel	2,5 mg, 5 mg och 10 mg.
Cabaser	1,2 respektive 4 mg.
Requip	0,25 mg, 0,50 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg
Sifrol	0,18 mg, 0,35 mg, 0,7 mg
Apomorfin (infusion)	5 mg /ml
Apomorfin (penna)	10 mg/ml
Permax/Celance (licens)	0,25 mg, 1,25 mg, 1 mg

Nedan följer en ekvipotenstabell, tabellen visar jämförbara styrkor hos olika dopaminhärmare.

1 mg Cabaser
1 mg Sifrol
4 mg Requip
10 mg Pravidel
1 mg Permax

Dopaminförstärkare

Comtess s k COMT-hämmare	200 mg, tas alltid samtidigt med L-dopa
Tasmar s k COMT-hämmare	100 mg och 200 mg (Får ej krossas)
Selegilin s k MAO-B-hämmare	5 mg och 10 mg
Eldepryl s k MAO-B-hämmare	5 mg och 10 mg
Eldepryl mixtur	2 mg/ml

Dessutom

Amantadin (apoteksberedning)

Symmetrel (licens)



Att tänka på vid medicinintag

Rent allmänt är **mag- och tarmrörelserna** hos parkinsonsjuka svagare och långsammare. Nedre magmunnen i magsäcken kan mera sällan öppna sig. L-dopa tas upp först i den efterföljande tolvfingertarmen och är beroende av att magmunnen öppnar sig. Upptaget av och transporten av L-dopa till blodet, kan hindras av proteinernas konkurrerande aminosyror i kosten. För att få bästa effekt bör man därför ta L-dopa ca 30 minuter före proteinrikt födointag. Protein- eller äggviterik mat är t ex kött, fisk, ost, mjölk, filmjölk, ägg mm.

Vid sväljsvårigheter, sondmatning eller för att få en jämnare effekt, kan man använda ett lösligt preparat – Madopark Quick eller Madopark Quick mite. L-dopa, som är löst i vatten, kan ”rinna ut” från magsäcken mera oberoende av magsäckens rörelser. Ett sätt att få jämnare effekt är att ge låga doser flera gånger per dag. Man kan använda sig av s k ”sipping-teknik” dvs smuttande på en färdigberedd L-dopa lösning i små klunkar. Denna fås genom att lösa 1 tabl Madopark Quick mite i 2 dl vatten och sippa under några timmar. C-vitamin kan tillsättas för att förlänga lösningens hållbarhet.

Receptförslag:

4 tabl Madopark Quick

4 dl kranvatten

1 tabl 500 mg C-vitamin brustablett (ACO) sockerfri med t ex apelsin smak.

1 dl lösning motsvarar 100 mg aktivt läkemedel.

När den parkinsonsjuke drabbas av **andra sjukdomar**, t ex en infektion, kan parkinsonsymtomen förändras. Dels kan medicin-effekten bli otillräcklig och mängden mediciner kan tillfälligtvis behöva ökas. Dels kan man bli mer känslig för biverkningar och dosen bör då sänkas. Kontakta behandlande läkare för ordination. Det är viktigt att informera den sjuke att det rör sig om tillfälliga ändringar, efter tillfrisknandet stabiliseras tillståndet och den parkinsonsjuke kan återgå till tidigare medicinschema. Observera att återhämtning tar längre tid än normalt.

Tips!

- Vid intag av Madopark Quick respektive Madopark Quick mite behöver man ej dricka upp det vita grumset som faller till botten (det är bara bindemedel).
- Ge medicinen på exakta tider som läkaren föreskriver.
- Ge medicinen tillsammans med ett stort glas vatten.
- Med lite frukt eller russin kan medicinen verka snabbare.
- Känsliga magar kan behöva ett kex innan medicinen tas.
- Madopark och Sinemet (dvs L-dopa) skall alltid ges ca 30 minuter före måltid (frukost, lunch, middag). Tillsammans med mat minskar illamåendet, men även effekten kan påverkas.
- Madopark Quick (100 mg) eller Madopark Quick mite (50 mg) upplöst i lite varmt honungsvatten går lättare ner och ger snabbare effekt.

- Om Madopark inte ger effekt efter 45 minuter, försök att ge den sjuke ett glas vatten och lite sött så luras eventuellt magmunnen att öppna sig.
- Har man missat en tablett är det oftast bättre att vänta till nästa dostillfälle än att ta en tablett i "otid". Har man råkat ta en tablett för mycket skall man vara observant på biverkningar och i förekommande fall kontakta läkare.
- Vid dosglapp, efter många års medicinering, kan några känna det som om "de hade en förändring, en klump" i halsen trots att medicinsk undersökning visar att ingen klump finns.
- Kroppshållningen blir ofta framåtböjd, vilket kan försvåra sväljning. Ett knep vid intag av mediciner i en sådan situation kan vara att sitta i en stol så att huvudet vilar mot nackstödet. Härigenom får matstrupen en "rakare utformning" och det blir lättare att svälja tabletterna.

ANDRA BEHANDLINGAR

Kirurgi – DBS

En neurokirurg kan med speciella instrument och mycket stor precision föra in en elektrod in i de speciella områden i hjärnan som är störda. Genom att stimulera elektroden uppstår en bromsande ström som kan minska rörelsehämningen, muskelstelheten och skakningarna. Patienten får också en strömgivare inopererad, ungefär som en pacemaker för hjärtpatienter. Via denna hjärnpacemaker kan strömmen regleras och på så sätt påverka symtomen. Metoden kallas "deep brain stimulation" och förkortas DBS.

Kirurgi – Lesion

En neurokirurg kan också operera och bränna bort (göra en lesion) ungefär samma delar av hjärnstrukturen som vid DBS för att förbättra nervimpulserna och därmed förbättra patientens rörelser.

Transplantation

En mer **experimentell** metod är att transplantera in omogna dopamin-producerande celler i det speciella området i hjärnan som har brist på dopamin. Denna metod har resulterat i en förbättring av rörelserna, men hur effekten blir efter flera år vet man ännu inte. **Långtidseffekterna av dessa kirurgiska behandlingsformer är ännu inte helt kända men håller på att utvärderas.**

PARKINSONMEDICINERING VID OPERATION

Det finns vissa mycket viktiga aspekter på medicinering av parkinsonsjuka i samband med operationer som bör beaktas av all vårdpersonal som handhar den sjuke.

Interaktioner

Vissa läkemedel bör undvikas i samband med narkos. T ex rekommenderas att man före narkos stegvis tar bort eventuella antikolinergika (Disipal, Pargitan, Tremoquil m fl) samt Selegilin (Eldepryl). Det är viktigt att upplysa narkosläkare och behandlande läkare på sjukhuset om alla läkemedel som man tar, även naturmedel och icke receptbelagda läkemedel.

Före operation

Parkinsonmedicineringen bör fortgå i det längsta, dvs och med till kvällen före operationen. Undvik neuroleptika som sömnmedel (t ex Trilafon, Esucos, Nozinan, Propavan).

Efter operation

Omedelbart efter operationen bör man återgå till den grundmedicinering man tidigare haft. Bekräfta skriftligen till eftervårdsavdelningen att doseringsschema sätts in så fort som möjligt efter uppvaknandet ur narkosen. Om sväljsvårigheter föreligger måste den livsnödvändiga parkinsonmedicinen tillföras upplöst i vatten eller, om det inte går, via sond.

Det finns allvarliga risker med att ta bort parkinsonmedicinerna efter en operation. Oförmåga att ventilera p g a underdosering kan lätt leda till lunginflammation eller andra allvarliga komplikationer. Postoperativa rörelsesvårigheter i kombination med Parkinson- rörelsesvårigheter kan bidra till uppkomst av såväl liggsår som blodproppar.

Det finns skäl, att under en begränsad period, lägga till extra dopaminmängd (i form av t ex Madopark Quick mite) eftersom läkningsprocessen i sig är en påfrestning för kroppen och det finns ett behov av ökad mängd medicin för att komma igång. Detta görs i samråd med behandlande läkare. Observera att detta endast är under en begränsad tid som dock kan variera från en vecka upp till några månader, beroende på individen och hur fort personen återhämtar sig efter operationen.

SKATTNING AV RÖRLIGHETEN

För att läkaren och Parkinsonsjuksköterskan ska kunna ändra medicineringen, måste därför bra information erhållas från patienten respektive vårdaren om t ex hur effekten av medicinerna är under dagen. Ett skattningsschema är ett bra hjälpmedel i detta sammanhang.

**DET ÄR VIKTIGT
ATT FÅ
INFORMATION
OM EFFEKTER AV
MEDICINERINGEN**

Rörlighet under dygnet vid Parkinsons sjukdom

Tidpunkt	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	
Överrörelser																									
Normal rörlighet																									
Under-rörlighet																									
Matintag																									
Sömn																									
Övrigt																									
Extra medicin																									

Hur används skattningsschemat?

Schemat bör fyllas i minst 3 dagar, helst 7 dagar i följd.

Överrörlighet: när man har för mycket medicin, vilket leder till t ex ofrivilliga rörelser, yrsel, illamående, syner s k hallucinos.

Normal rörlighet: god medicineffekt. Inga symptom på över- eller underrörlighet.

Underrörlighet: Symtom på undermedicinering, t ex rörelsesvårigheter, darrning, stelhet, ångest, oro.

Komplettera med medicinlista (alla läkemedel som man äter) samt notera när extra medicin tas.

4. FÖRÄNDRAD MOTORIK

Tidigt i sjukdomen uppstår fumlighet och gången förändras. Den sjuke kan uppleva att något av benen inte fungerar riktigt som vanligt, t ex att tårna fastnar i trösklar och mattkanter. Han kan också känna att det är lättare att småspringa än att gå.

I den typiska parkinsonistiska gången ser man att steglängden förkortas och att tårna sätts i före hälarna. Intrycket blir då en hasande gångstil. Ibland är knäna lätt böjda, men medvetet förövrigt inte i gången.

Medrörelserna försvinner där den parkinsonsjuke t ex pendlar mindre med den ena armen och ibland inte alls när han går. Armarna hålls intill kroppen, vilket försämrar gången. Det som också försämrar gången är att själva bälgen är stel och inte roterar normalt. Även balansen påverkas av detta.

Ganska snart kan problem uppstå med att börja/starta att gå. Andra svårigheter kan uppstå när man vill svänga runt t ex ett hörn eller ändra riktning. För att svänga behöver den sjuke nu ta flera små steg, som kan övergå till "tramp på stället". Han har svårt att komma vidare. Att gå på öppen yta kan fungera, men när målet är nära och gångriktningen ändras kan man bli stående, exempelvis när man skall sätta sig på en stol eller gå igenom en dörr.

En parkinsonsjuk som går dåligt på plan mark (t ex asfalt) kan ibland gå förvånansvärt bra i trappor och på ojämn mark. Likaså är det lättare för den sjuke att gå på ett mönstrat golv än på ett omöstrat. Det beror på att man får fler synstimuli som aktiverar rörelseförmågan som t ex trädrötter och kvistar i naturen, trappans stigning eller golvmönstret inomhus.



STELHET

Tips vid förändrad motorik och stelhet

- Ge patienten möjlighet att koncentrera sig på det han gör.
- Undvik att småprata samtidigt.
- Vid svårare fall, undvik situationer där patienten behöver göra två saker samtidigt: äta och tala, tala och gå, gå och äta en glass osv.
- Ett sätt att underlätta gången kan vara att klistra fast färgade tejprensor på golvet med steglängds avstånd. Det gör det lättare att komma igenom en lång korridor och att svänga in till rummet.
- En promenadkäpp förses med en flärp nedtill. Flärpen hålls så att användaren vid varje steg blir tvungen att kliva över den.
- Gör patienten sällskap på promenaden och gå gärna lite taktfast.
- Blir det stopp när ni går, håll om den parkinsonsjuke med ena armen och vagga hans kropp från sida till sida så kommer han igång igen.
- När man går ensam kan en freestyle med gångvänlig musik underlätta promenaden.
- Att slå till med båda händerna på knäna och/eller räkna ”ett, två, tre, nu” kan underlätta när man vill resa sig upp från en stol eller starta något annat man vill göra.
- Uppmuntra patienten att vagga rytmiskt fram och tillbaka i stolen och sedan stå upp.
- Lär patienten att tänka på verbala stickord samtidigt som han utför en handling, t ex att tänka ”häl – tå, häl – tå” samtidigt som han går.
- Äggklocka på ringning kan ge den stimuli han behöver för att resa sig.
- Slå ihop händerna med en smäll när stelheten kommer smygande.

- Slå några slag med handen i bordet, det kan göra att skakningarna lättar.
- Använd en käpp till att lyfta bägge armarna framåt och uppåt. Det är en rörelse som kan bryta en begynnande stelhet och som dessutom är skön att utföra.
- Att krama en gummiring med händerna övar upp handgrepp och handslag.

ON-OFF-FENOMEN

Allt eftersom dopaminsystemet förstörs, minskar mängden dopamin som håller systemet igång. Tillgången på dopa varierar med tillförseln av medicineringen och transporthastigheten över blod-hjärnbarriären. Lagringskapaciteten av dopamin i nervcellerna minskar också, resultatet blir svängningar i rörelsemönstret.

Ännu senare i sjukdomsutvecklingen kan svängningar i rörelsemönstret uppträda som inte går att tidsrelatera till läkemedelsintag. Detta fenomen kallas ”on-off”-symtom.

”On” betyder dels att rörelsemönstret är bra, dels att den sjuke kan ha ofrivilliga rörelser. Från ett omedvetet vickande med ena foten till långsamma ormande rörelser med ben och armar, också våldsam kast med hela kroppen förekommer. Även kraftiga ansiktsryckningar (tics) kan förekomma.

”Off” betyder en besvärande stelhet och rörelsehämning, ibland kombinerad med skakningar. När man talar om kombinationen on-off är det vanligtvis de två ytterligheterna som åsyftas. Växlingen från on till off och vice versa kan vara mycket snabb och oförutsägbar.

I samband med svängningarna kan smärtor förekomma. De är ofta lokaliserade till vaderna, till lären och ibland upp mot höfterna.

En variant på detta tillstånd är s k **freezing-perioder** eller **arretering**. Dvs i en on-period kan ett plötsligt påkommande och lika hastigt försvinnande rörelsestopp ske, ett totalt stopp som kan komma mitt i ett steg. Om freezing-perioderna kommer när den sjuke går, är det risk att han tappar balansen. Han kan falla omkull om han inte har något/någon att hålla sig i.

DYSKINESIER

(rubbning i rörelsekontrollen)

När sjukdomen fortskrider utvecklar de flesta patienter komplikationer i sitt rörelsemönster, oftast relaterat till medicinintaget. De yttrar sig som skruvande, ålande, oberäkneliga rörelser ofta i nära anslutning till medicinintag (peak-dose dyskinesi) och/eller strax före ett medicinintag (bifasisk dyskinesi). Det beror på att **koncentrationsgränserna** för läkemedlets goda effekt, det s k “**terapeutiska fönstret**”, minskar ju längre man haft sjukdomen. Det medför att doserna får minskas, justeras och/eller kompletteras med andra anti-parkinsonmediciner.

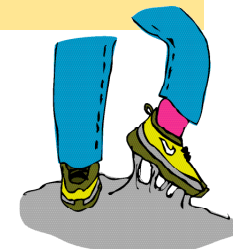
FREEZINGPROBLEMATIK

(igångsättning vid tvärstopp)

Tips för att kunna bryta rörelsestopp

- Lär patienten att börja med att trycka ner hämlarna i golvet/backen. Be honom, om möjligt, frigöra armarna/händerna för att kunna hjälpa till med armpendling.
- Lär patienten att för sin inre blick föreställa sig ett hinder, t ex en linje på golvet, en trappa eller dylikt så kan han använda sig av detta trick när han plötsligt får ett stopp.
- Be patienten starta med ett ”marschsteg” och försöka komma så högt som möjligt med sträckt ben.
- Be patienten räkna högt; Ett, två, tre och kommendera sig själv till att starta.

- Be patienten ge sig själv en klatsch på låret för att initiera starten.
- Att göra “på stället marsch”, trampa upp och ner med benen som om man skulle gå i en trappa kan vara ett bra knep.
- Att lägga en käpp (kanske med ytterligare 2-3 käpplika föremål) framför fötterna med steglängds avstånd att kliva över kan vara till hjälp.
- Vandringsstavar kan underlätta både att gå och att komma igång.
- Man går ofta bättre när man går lite fortare.
- Vid plötsliga rörelsestopp, s k freezing, finns det ibland risk att man ramlar på knä. Knäna kan skonas med knäskydd. Dessa går bra att ha innanför byxbenen.



FALL- OCH BALANSPROBLEM

Bakgrund

Varför faller man?

1. Muskelstelhet (rigiditet) och långsamma rörelser (hypokinesi) gör att det tar längre tid att återfå balansen när man förlorat jämvikten.
2. Släpande fötter gör att man lätt snubblar på mattkanter och andra ojämnheter.
3. Plötsligt blodtrycksfall när man reser sig upp till stående kan orsaka svimning som gör att man faller.

Om någon har fallit.

Om någon faller och hamnar liggande på golvet, så har det värsta redan hänt. Låt honom därför ligga kvar en liten stund, kanske med något under huvudet, tills ni båda har lugnat er lite. Känn

sedan efter att armar och ben är oskadda. Därefter börjar man ta sig upp. Kanske kan t ex en stol vara till hjälp när man skall resa sig upp, först till stående på knä och sedan en fot i golvet osv.

Vad kan man göra för att undvika att ramla?

Man kan försöka minimera fallriskerna genom att minska riskfaktorerna. Riskfaktorer kan vara dåligt anpassade glasögon, lösa småmattor, lösa sladdar, tappade saker där den parkinsonsjuke behöver gå ofta som t ex fram till toaletten eller till telefonen.

Tips

Se till:

- att telefonen är lättåtkomlig.
- att ha en bärbar telefon.
- att det finns ordentlig belysning i trappor och korridorer.
- att glasögonen är rena.
- att du låter kontrollera synen regelbundet.
- att de köksredskap/verktyg som används mest, är lättillgängliga.
- att om du har svårt att resa dig vid t ex köksbordet (många ben att fastna i) kan en plastficka på stolens sits underlätta att lättare glida runt.
- att när det är halt utomhus använda broddar.
- Ge akt på sättet att gå. Kanske påminna om att pendla med armarna. Tänk på hållningen och gå så rak som möjligt. Uppmuntra till att ta längre steg om det finns tendens till ”trippande” gång med små snabba steg.
- Stanna när man märker tecken på att man börjar springa framåtböjd med trippande steg. Man skall räta upp sig så att man står ordentligt upprätt. Sedan börja om och försöka, om möjligt, att ta längre steg.

- Inte vända på klacken när man skall svänga, utan ta ut svängen ordentligt i en cirkel. Det är viktigt att titta i den riktning man tänker ta innan svängen påbörjas.
- Undvik tunga, ojämnt fördelade bördor.
- Genomför dagligen ett rörelse- och stretching-program för att sträcka ut musklerna så att de hindras från att dra ihop sig/bli förkortade. Det är bra att också sträcka ut lederna i alla funktionella riktningar, det förbättrar bl a hållning och balans. Det kan också minska smärtor i rörelseapparaten.
- Skaffa en rollator från distriktsarbetsterapeuten/sjukgymnasten om balansen är så nedsatt att det är stor fallrisk.
- Om man har problem med blodtrycksfall skall man alltid, när man reser sig från en liggande ställning, börja med att sitta på sängkanten en stund innan man ställer sig upp.

LÅGT BLODTRYCK OCH PLÖTSLIGT BLODTRYCKSFALL

Plötsligt blodtrycksfall är vanligt förekommande vid plötsliga lägesförändringar som till exempel vid uppresning. Blodtrycksfallet kan leda till yrsel och obalans eller till att man svimmar. Det uppkommer bl a genom att även muskulaturen som styr blodkärlens sammandragning blir stel när man har Parkinsons sjukdom. Blodkärlet i benen drar inte ihop sig och hjärtats rytm regleras inte som det ska vid uppresning. Därför är det viktigt att man är försiktig när man exempelvis reser sig från stillasittande. En vanlig risksituation är när man går upp för att kissa på natten. Även gentlemän borde sitta ner när de kastar vatten på natten! Lågt blodtryck kan dels bero på sjukdomen och dels på läkemedelsbehandlingen.

Tips

- Resa sig försiktigt från sittande för att motverka yrsel eller svimning.
- Dricka tillräckligt med vätska, om ingen vätskerestriktion föreligger.
- Äta flera små måltider i stället för 2-3 stora och då med färre snabba kolhydrater.
- Ägna sig åt fysisk aktivitet, t ex promenader.
- Åtsittande stödstrumpor förhindrar och förebygger ofta svimning genom att de hjälper till att pressa samman de ytliga ådrorna på benen. Stödstrumporna tas på innan man stiger upp på morgonen.
- Höj sängens huvudända (hela sängen skall luta) med några centimeter upp till 10 cm.
- Undvik snabba sockerarter i stora mängder t ex kakor och socker.
- Undvik värme.
- Undvik kraftig ansträngning, särskilt efter måltider.
- Undvik alkohol.
- Iaktta försiktighet vid varm väderlek, undvik att utsättas för direkt sol, tillräckligt med vätskeintag mm.



KONTAKTA LÄKARE

Om inte dessa enkla metoder är tillräckliga bör man kontakta behandlande läkare för ytterligare åtgärder. Det finns flera olika typer av mediciner som kan lindra besvären.

Många fall orsakas av övermedicinering med överörlighet som följd. Om patienten har problem med fall, nytillkommet eller ändrat fallmönster, kontakta behandlande läkare.

5. APTIT, SVÄLJPROBLEM OCH VIKTNEDGÅNG

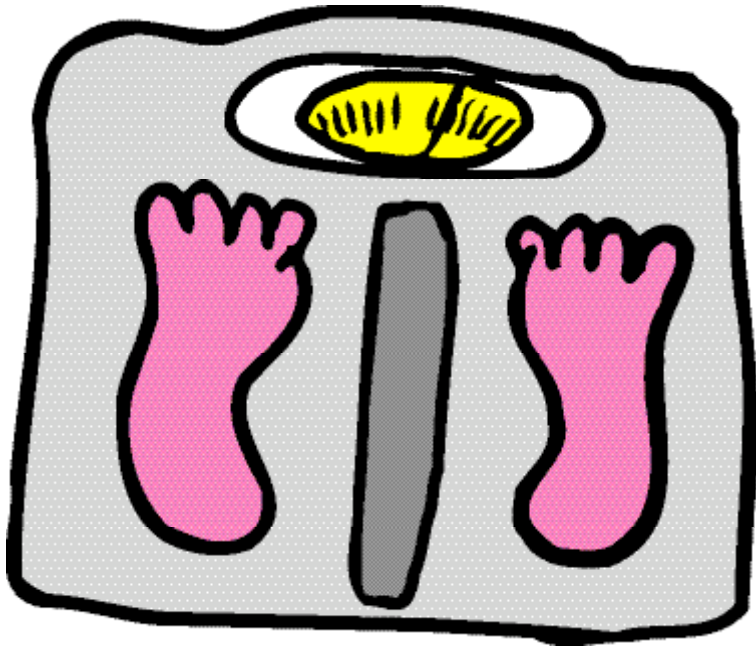
Bakgrund

Parkinsons sjukdom kan innebära en rad problem med mat och dryck. Patienten kan uppleva svårigheter med att starta rörelserna när han skall äta. Det kan också föreligga svårigheter att få maten till munnen på grund av patientens hållning, stelhet i armar/händer och försämrad hand-till-mun-koordination.

Rent allmänt bör kosten vara allsidig och balanserad med avseende på näringsämnen, vitaminer, mineraler och spårämnen. Energibehovet bestäms av en rad olika faktorer som kön, ålder och grad av fysisk aktivitet. Parkinsons sjukdom är energikrävande. Det går åt extra energi till darrningarna och den ökade muskelanspänningen, liksom till de ”överböjningar” (hyperkinesier) som ibland förekommer.

En person med Parkinsons sjukdom kan göra av med dubbelt så mycket energi som motsvarade frisk person i allmänhet. Det är inte meningsfullt att rekommendera en nivå för dagligt energiintag eftersom varje individ är unik. Bästa och enklaste sättet är att följa viktutvecklingen. På grund av risk för förstoppning rekommenderas fiberrik kost och ordentligt med vätska.

För patienter med Parkinsons sjukdom med uttalade symtom är det viktigt att skapa en måltidsmiljö som är bekväm och avslappnad, eftersom de inte har samma kapacitet att bemästra stress mm vid måltider. Stress medför att symtomen förvärras. Oftast tar ätandet lång tid och man bör fundera över hur maten skall hållas varm och aptitlig. Det är viktigt att man äter vid ”on” dvs när medicin-effekten är som bäst. Äter man vid ”off” är risken större att man sväljer fel.



Lämpligt porslin och lämpliga bestick kan diskuteras med arbetsterapeuten. Vid sväljsvårigheter behövs bedömning och råd av logoped/dietist samt att man väljer trögflytande mat.

FÖRSÄMRAD APTIT

Vid Parkinsons sjukdom blir aptiten ofta försämrad, muntorrhet är ofta förekommande, smak och lukt förändras vilket minskar njutningen av maten. Det medför att patienten får i sig för lite mat och därmed för lite energi och tappar vikt och ork som följd. Patientens förmåga att äta, näringstillstånd, ätbeteende, matvanor och den personliga smaken bör kartläggas.

Tveka inte att ta kontakt med en dietist.

Denna patientgrupp kan behöva extra kalorier genom energiberikad mat. Utgå alltid från vad den sjuke äter i vanliga fall. Var lyhörd för vad han vill äta och låt honom själv bestämma.

Förstärk maten med extra energi om vikten minskar. T ex grädde i chokladmjolk, i såser och till efterrätt. Lite gräddfil i filmjölken, extra bordsmargarin på brödet och i huvudmålet. Majonnäs, äggkräm till kall fisk och liknande. Ost med mjuk konsistens, mjukost på smörgås, i gratänger och stuvningar. Ett par matskedar äppelmos, gelé eller slät sylt till de maträtter där det passar. Om smak- och luktförmåga minskar, kan åsynen av välkända maträtter väcka minnet av dess smak och lukt och (om det är angenäma minnen) öka aptiten. Ibland kan extra kryddning av maten vara aptitstimulerande.

**LAT PATIENTEN
SJÄLV
BESTÄMMA
VAD HAN VILL
ÄTA**

Förslag på livsmedel och produkter som kan öka energiintaget, d vs energirika livsmedel

- Mjolk, helst 3%.
- Kaffegrädde i kaffe eller till kräm istället för mjolk.
- Gräddmjolk istället för mjolk vid tillagning av gröt och välling.
- Ost, helst av fet sort.
- Smör eller annat smörgåsmargarin med 80% fett.
- Vispgrädde, mellangrädde eller crème fraiche i såser mm.
- Vispgrädde till efterrätter.
- Gräddfil blandat med filmjolk till frukost.
- Majonnäs.
- Riven ost i såser och på gratänger mm.
- Oljedressing på sallad.
- Mjolk, öl eller måltidsdryck istället för vatten som dryck till maten.
- Sylt på filmjolk eller gröt.
- Använd gärna rikligt med sås till huvudmålen. Gör egna eller på pulverberedningar. Red med extra vetemjöl eller arrowrot om såsen är tunnflytande.
- Förstärk potatismos med en extra klick bordsmargarin, likaså i grönsakspuréeer.
- Servera gärna efterrätt.
- Servera gärna mellanmål, både eftermiddag och kväll.

Energirika mellanmål

- Delikatessyoghurt, finns i många olika smaker.
- Nyponsoppa med vispgrädde och små mandelbiskvier.
- Gräddglass med chokladsås.
- En smörgås med god dessertost på, exempelvis Brie.
- En kopp varm choklad med vispad grädde.
- Ostkaka med vispad grädde och sylt.
- Näringsdryck, färdig från olika nutritionsföretag eller hemmagjord.
- Ris à la Malta.

- Milkshake gjord på färdig näringsdryck (mjölkbaserad) och gräddglass.
- Ett kokt, mosat ägg blandat med smör på en smörgås.
- Fruktdrink med 0,5 dl mixad konserverad frukt/mosad banan eller slät bär- eller fruktmos samt 1 dl mjölk och 1 dl glass. Socker efter önskemål. Man kan variera glass med 2 msk majsställingpulver.

Berikning

- Nutrical är en koncentrerad dryck med enbart kolhydrater. 200 ml ger 480 kcal. Måste spädas. Kan användas i soppor och drycker.
- Semper energi är ett energipulver baserat på majsstärkelse. 1 dl pulver ger 200 kcal. Kan blandas direkt i varma drycker, soppor och användas vid tillagning av t ex gröt och välling.

Näringsdrycker

Det finns en mängd olika färdiga näringsdrycker i flera smaker och med olika sammansättning. Balanserade näringsdrycker har en bra sammansättning av alla näringsämnen och innehåller även lite vitaminer och mineraler.

Tips

- Låt patienten i lugn och ro prova ut vilka näringsdrycker hon tycker bäst om. När man beställer näringsdrycker till patienten, uppmuntra honom då att välja minst tre olika sorter eftersom det är vanligt att patienten tröttnar på bara en eller två smaker.
- Låt inte patienten provsmaka näringsdrycker när han mår illa, utan vänta tills illamåendet lagt sig. Det kan annars leda till att han förknippar näringsdryck med illamående och aldrig mer vill prova.

- Klara näringsdrycker brukar verka dämpande på illamåendet. Dessutom kan t ex salta kex och lite citron också verka dämpande på illamåendet.
- Näringsdryckerna ska vara väl kyllda innan han dricker dem.
- Öppnade näringsdrycker kan förvaras i rumstemperatur.
- Många av näringsdryckerna går bra att frysa, speciellt de med mycket högt kaloriinnehåll (från cirka 150 kcal/100 ml och uppåt). De kan sedan ätas som glass.
- Näringsdrycker med choklad eller kaffesmak kan också serveras varma.

Recept på hemlagad näringsdryck ca 1 liter

5 dl 3% mjölk
2 dl vispgrädde
2 msk florsocker eller
strösocker
3 msk majsställing
lite vaniljglass
1 äggula

Smaksätt gärna med t ex en mogen banan,
O'boy eller sylt.

SVÄLJPROBLEM

Bakgrund

Sväljsvårigheter kan vara vanliga i senare stadier av sjukdomen. Det gäller att uppmärksamma problemen i tid. Sväljsvårigheterna kan ibland förbättras med levodopabehandling. Det är nödvändigt att svårt sjuka parkinsonpatienter bedöms med avseende på sväljsvårigheter. De är i riskzonen för att få ner små mängder av mat och dryck i luftvägarna och därigenom riskera att få lunginflammation. Tandprotesernas passform och funktion bör också bedömas. Många parkinsonpatienter klagar över illasittande proteser som är obekväma och försvårar både ätandet och talet. Matens konsistens kan ha betydelse för sväljförmågan. Diskutera med patienten vilka konsistenser som är särskilt lätta att svälja. Även smak, lukt och temperatur kan inverka på sväljförmågan.

Var observant på

- Hosta vid måltid.
- Gurglig, våt röst vid måltid.
- Tårar i ögonen vid måltid.
- Matrester i munnen efter måltid.
- Dåligt sittande tandproteser.
- Viktminskning.
- Feber och lunginflammationer.



KONTAKTA LÄKARE RESPEKTIVE LOGOPED



Om sväljsvårigheter kommer tidigt i sjukdomsbilden, kontakta behandlande läkare för bedömning om det rör sig om andra orsaker än Parkinsons sjukdom. Om behov föreligger och möjlighet finns, sök öron-, näsa-, halsdoktor, logoped specialiserad på sväljbesvär eller specialteam på sjukhus för att genomföra en utredning som eventuellt kan innefatta röntgen- eller fiberendoskopisk undersökning av svalget (FUS).

Logopeden har många olika förslag för att avhjälpa de sväljproblem som finns. Hos en mycket sjuk patient kan det t ex handla om att försöka få fram en sväljreflex.

Tips – sväljproblem vid Parkinsons sjukdom

- Se till att patienten sitter så bra som möjligt i lämplig stol.
- Hjälp patienten att äta i lugn och ro (t ex i sitt eget rum).
- Gör matsituationen njutbar genom att inte servera för stora måltider. Tänk på att smak, lukt och syn stimulerar till ökad aptit.
- Ge patienten bara ett bestick att äta med.
- Om matning är nödvändig – mata långsamt med små portioner. Undvik att samtala under måltiden.
- Växla mellan att ge fast mat och dryck.
- Pröva trögflytande dryck, exempelvis nyponsoppa.
- Pröva att blanda drycken med förtjockningsmedel, t ex Thick and easy. Man kan även prova att använda maizena för att förtjocka t ex kaffe.
- Be patienten att emellanåt ”torrsvälja”, alltså svälja utan mat i munnen innan nästa tugga tas in för att undvika hamstring.
- Om patienten inte kommer sig för att svälja, uppmana patienten att trycka tungan hårt mot gommen.
- Vid dryck – ge gärna patienten pipmugg med sugrör.
- Värm upp maten igen om det tar lång tid att äta.
- Isvatten hjälper till att stimulera sväljreflexen.
- Att dricka med två tunna sugrör tränar upp sväljförmågan mer än att använda ett sugrör med en större diameter.

Tips för att motverka felsväljning

- Se till att patienten dricker tillräcklig mängd vätska per dygn. Läkare eller dietist kan ge anvisning om lämplig mängd. Välj energirika drycker, t ex mjölk, filmjölk, nyponsoppa och andra fruktsoppor, juice och nektar. Om läsk och andra kolsyrade drycker önskas, bör dessa drickas lite avslagna för att minska risken för felsväljning.
- Vid svåra fall uteslut trådiga livsmedel, t ex trådigt helt kött, broccoli- och sparrisstjälkar, rabarber, ananas och liknande.
- Välj istället maträtter gjorda på finmald köttfärs, fiskrätter och olika äggrätter. Välj väl kokta grönsaker, t ex blomkålsbuketter, broccolibuketter, morot, kålrot. Gör gärna en grönsakspuré, med en klick bordsmargarin eller en stuvning (t ex spenatstuvning.)
- Uteslut sega skal på frukt och grönsaker. Uteslut sega frukthinnor på citrusfrukter. Även kokos, mandlar, nötter och torkad frukt bör uteslutas då de lätt fastnar i halsen.
- Välj skalad frukt, konserverad frukt, fruktkrämer, kompotter och fruktsoppor. Mixa frukten vid behov.
- Ris kan vara svårare att äta för vissa personer än potatis eller potatismos.
- Undvik mjukt bröd och kaffebröd som vill "bolla ihop" sig och bli degigt. Även grovt fullkornsbröd med hela korn kan vara svårt att tugga till lämplig konsistens.
- Om det går att äta bröd, välj mjukt bröd, halvgrovt utan hela korn, vitt bröd eller knäckebröd.
- Välj mjuk kaka när kaffebröd önskas (sockerkaka, rulltårta eller mjuk pepparkaka) utan innehåll av kokos och nötter.
- Förslag på smörgåspålägg: bredbar mjukost, leverpastej, kokt ägg som mosas och blandas med lite bordsmargarin eller mjölk och eventuellt lite ansjovisspad eller liknande till en äggkräm. Skivad avokado, rökt eller gravad lax. Var noga med att få bort eventuella ben och mixa vid behov. Slät marmelad och sylt går också bra.

PEG

När ätproblemen blir så svåra att största delen av dagen går åt till att få i sig näring, kan PEG (Perkutan Endoskopisk Gastrostomi) vara avlastande för att åter njuta av måltiderna. PEG är en sond som anläggs genom bukväggen in till magsäcken. En PEG sätts på plats med hjälp av ett gastroskop och hålls på plats av en liten stopplatta på insidan av magsäcken .

Sonden har en yttre fixeringsplatta på magens utsida för att förhindra att den åker in. Det finns inget hinder för vare sig dusch eller bad när en PEG är insatt.

Patienten kan få all nödvändig näring och medicinering via sonden. Dessutom kan han äta vanlig kost och njuta av sina favoriträtter i den omfattning han orkar och kan. Man bör tänka på att sätta in PEG innan patienten är i alltför dålig kondition.



6. MUNHYGIEN

Bakgrund

Den parkinsonsjukes försämrade motorik gör att han har svårt att utföra snabba, växlande (alternerande) rörelser med händerna. Tänderna blir ofta dåligt borstade och den sjuke löper stor risk att få både kariesangrepp på tänderna och inflammation i tandkötet med tandlossning som följd. Andra problem rör muntorrhet och dregling.

Allmänna tips

- Gurgla munnen med munsköljmedel.
- Använd elektrisk tandborste.
- Borsta tänderna med fluortandkräm.
- Använd tandstickor och/eller tandtråd för att göra rent mellan tänderna.
- Gå regelbundet till tandläkaren.
- Besök en tandhygienist.
- Det är viktigt att både del- och helproteser finns i munnen hela dagen. Om den sjuke under några dagar inte använder proteserna hinner gommen förändras så pass mycket att dessa inte längre passar.
- Undvik småätande mellan målen men ät gärna riktiga mellanmål.
- Allt för mycket sötade eller sura drycker är också olämpliga.
- Hjälp patienten att skölja munnen efter måltid eller rengör med våt kompress. El-tandborste är ett bra hjälpmedel.

MUNTORRHET



Många besväras av **muntorrhet** p g a medicineringen. Risken är stor för kariesbildning, infektioner och tandlossning. Vid muntorrhet har man svårt att tala, svälja och tugga och man tappar aptiten. Man kan få sköra slemhinnor, sveda i munnen och dålig andedräkt.

Tips!

- Drick gärna vatten eller mineralvatten.
- En äppelklyfta är ibland bättre än t o m vatten.
- Ät mat som måste tuggas ordentligt, t ex kött, grönsaker och fullkornsbröd (under förutsättning att man inte har sväljproblem). Det ökar salivmängden.
- Sockerfria salivstimulerande sugtabletter (t ex Salivin) eller tuggummin (t ex V6) ökar salivavsöndringen.
- Om man är mycket muntorr finns saliversättnings medel t ex Salivaa Orthana och Xerodent (recept).
- Isbitar att suga på. Smaksätt gärna med t ex citron.
- Behöver man ofta fukta munnen, kan en svag natriumkarbonatlösning vara lämplig.
- Munspray med jordnötsolja. Olja håller munnen fuktad längre tid än övriga metoder.

DREGLING

Ökad salivavsöndring och slem i luftrören är typiska parkinsonbesvär, som oftast men ej alltid försvinner med levodopabehandlingen. Om den parkinsonsjuke har besvär med saliv som flödar över kan detta bero på att han glömmer att svälja undan saliven. En (förslagsvis sockerfri) pastill eller tablett kan fungera som en god påminnelse.

Tips!

- Att suga på sockerfri tablett.
- Tugga på sockerfritt tuggummi.
- Att svälja viljemässigt.
- Att hålla mungiporna smidiga med t ex Locobase repair.

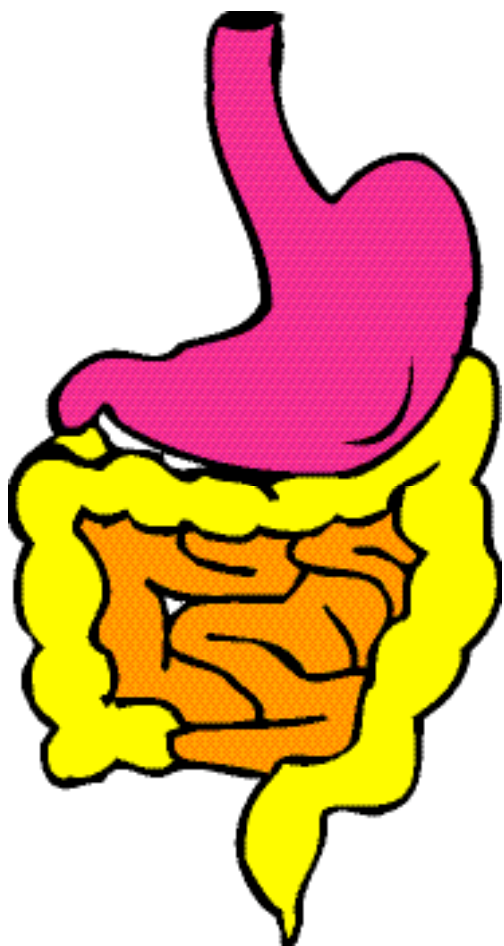


KONTAKTA LÄKARE

Besvären kan även behandlas med läkemedel som minskar saliv- och slemavsöndring utan att påverka hjärnan.

SEGT SLEM

Vid segt sekret som speciellt förekommer hos sängliggande patienter där slem gärna ansamlas som ”kokor” och är svårt att få bort, kan man använda Bisolvon hostmedicin på tandborste och på kompresser vid munvård. Bisolvon löser upp beläggningarna effektivt.



7. MAG – TARBESVÄR

SUR MAGE

Sur mage med sugningar i mellangärdet och sura uppstötningar är en vanlig biverkan av parkinsonläkemedel och många andra läkemedel.

Tips!

- Ta parkinsonmedicinen tillsammans med maten och ej på tom mage. Även om man därmed minskar medicineffekten något.

FRÅGA LÄKARE



Om inte de vanliga receptfria läkemedlen mot magsyra besvär hjälper, tillfråga läkare om vidare åtgärder. En del medel mot sur mage kan påverka viss parkinsonmedicinering.

FÖRSTOPPNING

Den försämrade tarmmotoriken hos parkinsonsjuka ger lätt upphov till besvärande förstoppning. Förstoppning gör också att upptaget av parkinsonmedicinerna försämras. Alla parkinsonpatienter är i riskzonen för att få förstoppning. Förstoppning är ett kroniskt problem som kräver kontinuerlig uppföljning.

Vad som är normal tarmtömningsfrekvens varierar. Vanligt kan vara allt från att tömma tarmen ett par gånger per dag till tre gånger

per vecka. Det är därför viktigt att fråga patienten om hur hans tidigare avföringsvanor varit, så att man vet vad som varit normalt för honom. Patientens egen upplevelse av att vara förstoppad måste vara vägledande.

Se till att patienten är optimalt medicinerad vid toalettbesöket genom att t ex ta en tablett Madopark Quick mite eller Apomorfin.

Till en del patienter går det att häva förstoppningen genom att äta en väl genomtänkt kost. Maten ska innehålla fibrer och rikligt med vätska. Grönsaker och grovt bröd innehåller fibrer som ger fyllnad i tarmen. Vitt bröd och vitt ris innehåller inga fibrer och bör därför undvikas. Ibland kan dock sväljproblem göra att man inte kan äta grovt bröd. Fukt och grönsaker är lämpliga då de innehåller en del fibrer. Frukter som plommon, päron och fikon är dessutom mildt laxerande.

Matordning som kan förhindra förstoppning

Frukosten kan gärna bestå av en grov gröt. Servera gröten med mjölk och lingonsylt eller äppelmos.

Mellanmålet kan bestå av olika kompotter, puddingar eller färsk frukt.

Huvudmålet ska alltid innehålla grönsaker. Byt gärna ut vitt ris mot råris.

Tarmreglerande läkemedel

Bulkmedel (t ex Lunelax, Inolaxol, Vi-siblin och Fiberform) ökar tarminnehållets volym genom att ta upp vätska som finns i mag-tarmkanalen och på så sätt blir avföringen mjukare och stimulerar tarmmotoriken. Det är viktigt att dricka mycket i samband med intag av dessa bulkmedel. **Receptfritt.**

Lactulospreparat (t ex Loraga, Duphalac, Laktulos) med sirapsliknande konsistens innehåller sockerarter som i tjocktarmen bryts ner av tarmens bakterier till syror som gör tarmmiljön sur. Tjocktarmen drar då till sig vätska från kroppen för att reglera surhetsgraden och avföringen kan därmed bli lösare. Många patienter får gaser av dessa medel därför att bakterierna producerar gaser i samband med att de förbränner sockerarterna. **Receptfritt.**

Movicol eller Forlax är preparat som skiljer sig från båda dessa grupper av medel genom att man löser upp pulvret i ett halvt glas med vätska som binds till preparatet. I stället för att dra till sig vätska från kroppen, tillförs vätska till avföringen som ökar i volym och blir mjukare i konsistensen. Preparatet smörjer samtidigt även tarmväggen. **Receptfritt.**

Livsmedel med lösande effekt

Följande livsmedel med lösande/mjukgörande effekt på avföringen kan provas:

- Blötlagda katrinplommon, aprikoser eller fikon.
- Kiwi, färska päron eller plommon.
- Katrinplommonpuré.
- Katrinplommondryck som finns att köpa på apoteket.
- ProViva soppor: nypon, jordgubb m fl smaker.
- Juicer och andra söta drycker.
- Hälsofil, Dofilus.
- Messmör, mesost.



Tips vid förstoppning

- Uppmuntra patienten att dricka mer, om inte vätske-restriktion finns.
- Uppmana patienten att röra på sig så mycket han kan och orkar.
- Det är viktigt att patienten får sitta i lugn och ro på toaletten. Stress och jäkt gör det svårare att tömma tarmen.
- Uppmuntra patienten att försöka ha regelbundna toalettvanor, till exempel genom att dagligen gå på toaletten efter frukost, i varje fall ca 30-45 minuter efter medicinintag. Eventuellt kan Madopark Quick mite eller Apomorfin ges inför toalettbesöket.
- Informera patienten om att det oftast går lättare att få avföring om buktrycket ökar. Detta kan patienten själv åstadkomma genom att böja sig framåt när han sitter på toalettstolen.
- Massage av patientens mage morgon och kväll. Tänk på att patienten kan uppleva det för närgånget. Metoden är inte lämplig vid tumörer i magen eller tarmarna.

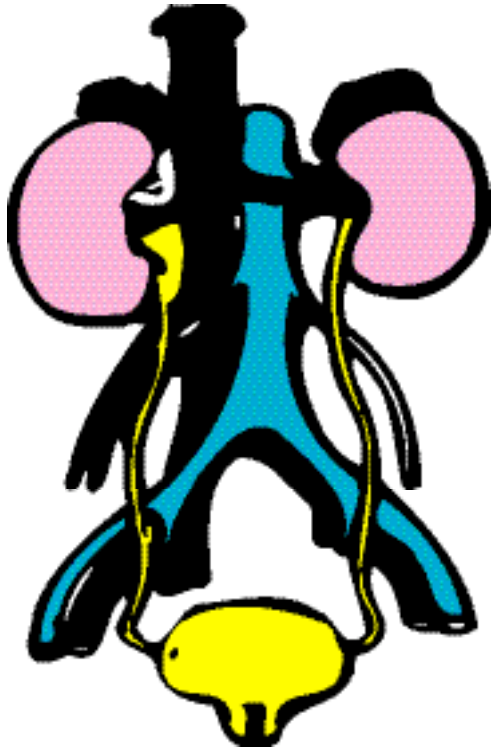
Massage av magen

Börja vid nedre högra delen av magen, massera mjukt med fasta, stora svepande drag efter högra sidan av magen upp till revbenen. Massera sedan tvärs över magen till vänstra sidan och därefter ner till nedre delen av magen. Återgå sedan till nedre delen av magen igen men nu med små cirkulerande rörelser (cirka fem cirklar åt gången) och flytta sedan handen några centimeter vidare. Flytta handen i samma riktning som vid de stora svepande dragen. Detta kan vara bra att lära ut till närstående, om det är lämpligt, eller att patienten lär sig det själv.



KONTAKTA LÄKARE

Går det inte trots alla åtgärder att påverka förstoppningen kan någon form av mikrolavemang vara till hjälp. Vid kramp i ändtarmen, dystoni i vissa muskler, kan viss ändring av parkinsonmedicineringen vara till hjälp. Ibland har man nytta av **botox-behandling, botulinum toxin (Botox, Dysport)** som är ett injektionspreparat som tillfälligt förlamar närvävnads-sluten, vilket leder till att krampen släpper.



8. BLÅSANS PROBLEMATIK

Det finns olika former av blåsproblem hos Parkinsonsjuka: täta trängningar, ofullständig blåstömning, ofta påkommet urineringsbehov om natten. Män kan dessutom ha prostatabesvär, vilket förvärrar symtomen. Vid uttalade besvär kan inkontinens bli resultatet, ibland på grund av svårigheter att hinna fram i tid till toaletten. Det finns risk för urinvägsinfektioner om blåsan inte töms ordentligt. Överaktiv blåsa är ett begrepp som används allt oftare och är ett samlingsnamn för problem med täta trängningar, frekventa toalettbesök och/eller urinläckage. Täta trängningar kan också upplevas mer frekvent och påtagligt vid sk off-tillstånd.

**PROSTATA-
BESVÄR
FÖRVÄRRAR
SJUKDOMEN**

Vad bör man uppmärksamma

- Mer än 3 vattenkastningar/natt.
- Ofullständigt tömd urinblåsa.
- Långsam tömning.
- Trängningar som väcker under sömn.

- Finns det koppling till medicineffekten?
- Förvärras problemen vid stelhet, undermedicinering?

Tips

- Höj sängens huvudända med några centimeter upp till 10 cm, (hela sängen skall luta). Genom att sängen lutar, minskar urinproduktionen i liggande med ca 500 ml/natt.
- Läkemedel vid behandling av överaktiv blåsa kan kompletteras med blåsträning. En sjuksköterska eller uroterapeut hjälper till med att komma igång med träningen som går ut på att öka avståndet mellan varje toalettbesök.
- Bäckententräning används i första hand vid ansträngningsinkontinens, men kan också vara till hjälp mot trängningsinkontinens vid överaktiv blåsa, särskilt hos kvinnor. Träningen består av olika knipövningar som gradvis stärker muskulaturen i bäckenbotten.
- En överdriven underlivshygien kan förvärra problemen.
- Förebygg och behandla urinvägsinfektioner.
- Det är bra att dricka normalt. Både för mycket och för lite vätska kan förvärra problemen vid överaktiv blåsa. Naturliga toalettbesök kan förebyggas genom att man begränsar sitt vätskeintag efter kl.18.
- Man bör förebygga trög mage. Vid förstoppning ökar trycket i bäckenet och blåsans funktion kan försämras.
- Övervikt kan förvärra blåsproblemen. Varje extra kilo ökar trycket på blåsan och därmed också risken för urinläckage när man hostar, skrattar eller anstränger sig.
- Cigarettrökning kan irritera blåsan, dessutom kan attacker av rökhosta förorsaka urinläckage.

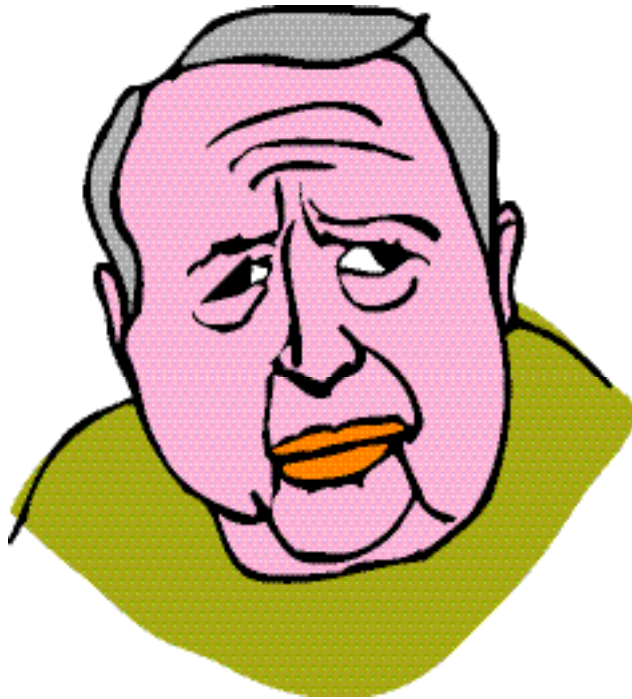
Vad bör man uppmärksamma?

Kvarstår problemen trots olika egenvårdsinsatser kan inkontinenshjälpmedel behövas. De finns i form av personligt skydd och/eller som skydd att lägga i sängen, i stolen etc. Personligt skydd finns i en mängd olika utformningar avseende storlek, tjocklek och design. Inkontinenshjälpmedel är kostnadsfria och kan receptförskrivas av en distriktssjuksköterska eller av en uroterapeut. De hjälper också till med råd och utprovning.



KONTAKTA LÄKARE

Om inte de ovannämnda insatserna hjälper, kontakta behandlande läkare för insättande av mediciner.



9. BETEENDEFÖRÄNDRINGAR OCH ANDRA PSYKISKA SYMTOM

Bakgrund

Ett antal olika beteendeförändringar har observerats hos individer som har Parkinsons sjukdom – t ex stresskänslighet, man blir mer lätttrörd, minnet förändras, motivationen och initiativförmågan försämras.

Initiativlöshet är ett vanligt och handikappande fenomen bland Parkinsonsjuka. Omgivningen har en viktig uppgift i att stimulera den som är sjuk.

Kortare uthållighet är ofta åldersrelaterat. Man blir skörare med tiden och tar lättare vid sig med åren. Behovet av lugnare tidsrytm ökar.

Tips

- Föreslå aktiviteter i samråd med den sjuke.
- Ha inplanerade aktiviteter/rutiner på daglig basis.

Minnet fungerar långsammare när medicinen inte verkar. Det är viktigt att känna till att det inte bara är de synliga rörelserna som blir långsammare, utan även hjärnans aktivitet går ner i hastighet och man får svårare att hitta rätta ord och återerindra sig olika saker. Om inga andra orsaker föreligger försvinner problemen när medicinen fungerar igen.

Tips

- Träna minnet genom att lösa korsord, spela spel mm.
- Välj minneskrävande aktiviteter när den sjuke är välmedicerad.

Känslöpåverkan är vanligt och yttrar sig bl a i att man ofta blir lätt rörd av olika situationer. Man gråter vid TV-tittande eller gråter glädjetårar när någon lyckas o sv. Familjebekymmer, ”sjukdom-död-elände” i TV eller på bio, oro, sorgliga nyheter - allt detta är stressande och deprimerande för den parkinsonsjuke. Starkare identifikation med andras svårigheter och sjukdomar samt oro för det egna tillståndet, gör att man sämre tål att se svåra situationer. Om patienten upplever dessa känslouttryck som alltför besvär- ande kan man ta upp frågan med behandlande läkare, som eventuellt kan överväga tillägg av ett antidepressivt läkemedel.

Tips

- Att undvika känsloladdade filmer, romaner etc om man generas av att man blir rörd.
- Att undvika våldsfilm, filmer med relationsdramatik och deprimerande inslag.
- Lättsamma nyheter, filmer och böcker skingrar tankarna.
- Prata av sig, respektive diskutera de värsta vardagsbekymren bör göras med andra än den som är sjuk.

Aggressivitet kan naturligtvis vara ett tecken på frustration över den egna situationen, över svårigheten att förmedla sina känslor, önsknings mm, särskilt om talsvårigheterna medför betydande kommunikationsproblem. Det kan också bero på tillfällig ångest.

Men om någon rimlig förklaring inte kan ges och om också fler förändringar i beteende noteras, bör frågan om begynnande demens utredas.

Tips

- Ha tålmod och tala lugnande till patienten.
- Vänta med det som skall göras tills patienten har blivit lugnare.
- Undvik att beröra patienten när han är som mest aggressiv; kan uppfattas som tvång.

Stresshantering

Parkinsonsjuka är speciellt känsliga för små, oftast sociala, stressfaktorer som kan leda till att man undviker vissa situationer och därmed sänker sin livskvalitet. Det beror på att man inte längre har samma tidsrytm och förmåga som tidigare att hantera stress. Man blir stressad av småsaker som man tidigare kunde hantera utan vidare. ”Bagatellartade” händelser och situationer får därmed en förstörd dignitet. Man berörs och påverkas på ett sätt som man inte tidigare gjort. Detta kan också leda till att det blir svårt att sätta nivån på förberedelser inför någon aktivitet. Man fastnar lätt i detaljer. Det är också svårt att bryta/komma ur ett stressat läge när man redan befinner sig i det tillståndet.

Patienter fruktar (oftast utan anledning) att andra ska ta illa vid sig på grund av deras synliga symtom, t ex när man äter på restaurang. Stress som uppstår i samband med motoriska symtom, som att fråga efter information eller hälsa på någon, betala i kassan etc., kan få effekter som ger upphov till att man skakar mer eller blir mycket stel. Att försöka dölja sin sjukdom kan t ex tillföra extra stress.

Vanliga stressituationer för parkinsonpatienter.

- Att känna sig iakttagen.
- Att äta och dricka.
- Att stå i kö.
- Att betala med mynt, särskilt i snabbköpet.
- Att signera checkar och andra formulär.
- Att andra pratar om ens symtom.
- Att be andra om hjälp.
- Att ha ont om tid.
- Att tänka på det framtida sjukdomsförloppet.
- Att stå och avvakta.
- Att behöva agera.
- Att se svårigheter framför sig.

Ett resonemang om vad det är i de rent konkreta situationerna som är svårt, kan leda till olika sätt att komma runt svårigheterna. Att få sätta ord på sin rädsla och oro kan leda till att rädslan och oron blir mer hanterbar.

Tips – tekniker för att hantera stressmoment.

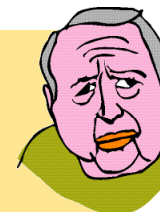
- Undvik att försätta den sjuke i stressande situationer.
- Andningsstyrd avslappning (där man t ex räknar in- och utandning medan man tänker på att slappna av).
- Distraktionsövningar (där man styr uppmärksamheten från sina parkinsonsymtom till något avkopplande, stimulerande eller avslappnande).
- Mental avslappning (där man väljer t ex att se en bild av sig själv i en lustfylld situation).
- EFT (energifrigörande träning som bygger på att man knackar lätt eller masserar vissa punkter medan man fokuserar på problemet).
- NLP (neurolingvistisk programmering där man med vissa språkliga- och tankeövningar kan påverka sitt sinnestillstånd).

- För att minska skakningarna hjälper det att hålla något i handen. Exempelvis en väska, kasse eller tidning.
- Ibland brukar parkinsonsjuka också ta till speciella tricks eller kommandon som gör det lättare för dem att koncentrera sig på rörelsen, så att symtomen blir mindre tydliga.
- Planera dagen.
- Förbered allt i god tid.
- Den som vårdar bör låta parkinsonpatienten få mer tid på sig än vad en frisk person behöver för samma uppgift.
- Ta det lugnt och var flexibel - en aktivitet behöver inte alltid utföras på samma tid och på samma sätt, skjut upp tills den parkinsonsjuke mår bättre.
- Räkna med att allt tar längre tid än man har räknat med.
- Betala med en större sedel än vad varorna kostar och stoppa växeln i fickan.
- Signera checken, postanvisningen mm innan man ställer sig i kö och kommer fram till luckan.

Försämrad självkänsla är vanligt förekommande. Frågor som: Hur mycket behövs jag? Vad duger jag till? Är jag till besvär?

Tips

- Betona vad den sjuke kan göra och inte vad som är besvärligt att utföra.
- Visa värme, ömhet, humor, närhet och kärlek.
- Rådfråga, arbeta tillsammans.
- Stimulera och uppmuntra ett aktivt liv med bibehållande av gamla intressen och upprättande av nya, anpassade efter de nya förutsättningarna.
- Ge acceptans.



- Skapa förutsättningar för meningsfulla uppgifter i den parkinsonsjukes egen takt. Låt honom känna att han behövs och är omtyckt för sin egen skull.

Enkel avstressningsövning

- Massera lätt inre ögonbryns punkten vid ögat med ett finger. Gör samtidigt sakta en djup in- respektive utandning.
- Massera sedan yttre ögonbryns punkten med ett finger. Gör samtidigt sakta en djup in- respektive utandning.
- Massera på samma sätt punkten under ögat.
- Massera på samma sätt punkten under näsan (mellan näsan och munnen).
- Massera på samma sätt punkten under munnen (mellan munnen och hakan).
- Känn efter hur mycket lugnare du har blivit. Om det behövs, upprepa samma procedur en gång till.



DEPRESSION

Bakgrund

Depression vid Parkinsons sjukdom är ofta förekommande. Män och kvinnor drabbas i samma utsträckning. Hos parkinsonsjuka är det vanligt att depressionen är återkommande i kortvariga episoder som varar mindre än 2 veckor. Det är vanligt med 2-3 dagar, ibland t o m bara en del av dagen.

Uttryck för depression är t ex:

- Förlust av glädje och intresse för vanliga händelser.
- Energiförlust och trötthet.
- Koncentrationssvårigheter och beslutsvanda.
- Ökad ångest och oro, irritation, misstänksamhet.

Många parkinsonsjuka blir väldigt nedstämda under off-perioder. Därför är det viktigt att anpassa medicineringen så att man förhindrar s k dosglapp. Om dessa problem återkommer regelbundet efter måltider kan ev. en förändrad diet förbättra situationen.

Man bör vara observant på kroppsliga symtom såsom aptit- och viktförändringar, sömnstörning med vaga känslor av olust, instabilitet. Dessa kan tas som uttryck för PS men kan bero på en bakomliggande depression.

Tips

Vid mildare former, t ex sänkt sinnesstämning, kan stimulerande åtgärder sättas in. Utgå alltid från patientens egna intressen.

- Mer uppmärksamhet.
- Beröring.
- Motion.
- Titta på roliga video- och TV-program.
- Lyssna till roliga radioprogram.
- Läs roliga historier högt.
- Viss musik är sinneshöjande, exempelvis Mozart.
- Kasta pil.
- Utflykter.
- Naturupplevelser.
- Besök av andra vänner än de vanliga.
- Extra festlig mat.

- En spännande tidning.
- Lite trevligt skvaller.
- Husdjur.
- Vistas ute i solen ett par timmar om dagen.



KONTAKTA LÄKARE

Ren depression kan och bör behandlas av läkare. Väsentliga och behandlingskrävande depressiva besvär kan förekomma hos 35-40 % av personer med Parkinsons sjukdom. Behandling av depression vid PS kräver noggrann kontroll av såväl pågående anti-parkinson terapi liksom överväganden beträffande andra läkemedel. S k höstdepressioner kan eventuellt förbättras av ljusterapi. Behandling kan bestå av mediciner men det kan även vara elbehandling (ECT) som är en effektiv behandling med få biverkningar. ECT kan även förbättra parkinsonsymtomen.

HALLUCINATIONER

Bakgrund

20-40 % av alla parkinsonsjuka drabbas någon gång av hallucinationer (vanföreställningar, syn- eller hörselintryck utan verklighetsunderlag) eller illusioner (förvrängning av sinnesintryck), i vissa fall som en biverkan av en för hög dos parkinsonmedicin. Hög ålder, lång varaktighet av sjukdomen och svårigheter avseende koncentration och närminne påverkar också uppkomsten av hallucinationer. Man får inte heller glömma att hos patienter över 65 års ålder kan gråstarr tillkomma, även hos icke parkinsonsjuka. Synförändringar pga gråstarr gör att illusioner lättare kan uppstå och därför bör synen kontrolleras.

Vilka typer av hallucinationer förekommer vid Parkinsons sjukdom?

De allra flesta är **synhallucinationer**, även om också hörselhallucinationer kan förekomma. De varelser man ser har ofta normal storlek med skarpa konturer. Man kan till exempel plötsligt se ett ansikte i tapetens mönster eller också kan blommor och växter "bli" figurer, medan hörselhallucinationer ofta är en musikslunga som upprepas. De patienter som har synhallucinationer kan få dessa enbart dagtid, enbart nattetid och ibland både under dag- och nattetid. 2/3 av patienterna som har hallucinationer rapporterar dessa högst en gång per vecka. Hallucinationerna är oftast stereotypa, d vs likartade från gång till gång.

Eventuella **utlösande faktorer** som infektioner eller andra kroppsliga sjukdomar ska behandlas. Även en plötslig svår sorg kan utlösa en försämring. Byte av miljö kan utlösa hallucinos hos känsliga personer.

Tips

- Har man tur, räcker det med de egna tricken: att titta bort, att syssla med något annat, att börja samtala med någon.
- Man bör också undvika stormönstrade gardiner i sovrummet och allt för kraftigt mönstrade tapeter över huvudetaget.
- Vädra inte för öppet fönster där den sjuke vistas, eftersom vindens rörelser i gardinen kan framkalla hallucinationer, och i värsta fall en känsla av att vara förföljd.



KONTAKTA LÄKARE

För att minska hallucinationerna bör behandlande läkare ändra parkinsonmedicineringen genom att t ex ta bortdopaminhärmare, minska L-dopa respektive fördela dagsdosen på fler tillfällen med lägre dos per tillfälle.

Om det inte räcker med justering av anti-parkinson-medicinerna finns det mediciner som dämpar hallucinationer och som läkaren kan och bör sätta in om behov föreligger. Sådana preparat är Leponex, Seroquel eller Zyprexa och där Leponex är mest effektiv med liten påverkan på de motoriska parkinsonsymtomen. Dock finns viss risk för allvarlig blodpåverkan. Därför skall all Leponexbehandling ske med täta blodprovskontroller. Andra mediciner som tar bort hallucinationer har ofta biverkningar i form av ökade parkinsonsymtom, ökad stelhet mm.

Hallucinationerna kan variera från milda till så påtagliga, att de påverkar beteendet och patienten blir orolig eller aggressiv. Då kan också förekomma vanföreställningar, dvs fasta övertygelser om tolkningen av händelser som inte kan korrigeras på logiskt sätt. I sådana fall är det vanligt att patienten måste vårdas på sjukhus eller på sjukhem för att få adekvat medicinering och vård.

FÖRVIRRING

Bakgrund

Vid PS ses avtagande intellektuella (kognitiva) funktioner hos en del patienter, särskilt de äldre. De avtagande kognitiva funktionerna yttrar sig som försämrat minne, koncentrationssvårigheter, sämre abstrakt och förlångsamt tänkande såväl avseende motorik som psykiska funktioner. En parkinsonpatient med reducerade kognitiva funktioner löper också en ökad risk att utveckla förvirring (konfusion).

Många mediciner som används vid PS kan också orsaka förvirring. Förvirringen går dock tillbaka om medicinen minskas eller tas bort. Likaså om man drabbas av annan kroppslig sjukdom, t ex infektioner. Även miljöombyte kan framkalla förvirring i vissa fall, t ex vid inläggning på sjukhus. Det är nödvändigt att hela tiden lugna den parkinsonsjuke för att minimera den oro och ilska han troligtvis känner, när han har svårt att röra sig, kommunicera eller när han befinner sig i okända miljöer.



KONTAKTA LÄKARE

Det är av stor betydelse att upptäcka och förstå att en förvirring uppträtt. Utredning av annan kroppslig sjukdom t ex infektion, hjärtinfarkt, stroke eller medicinbiverkan bör ske. Eventuellt måste vissa läkemedel sättas ut helt. Risken för förvirring är särskilt stor hos äldre patienter och patienter med demens, vilket måste föranleda försiktighet vid läkemedelsbehandlingen.

ÅNGEST

Bakgrund

Den ångest som drabbar parkinsonsjuka kan dels vara orsakad av sjukdomen, dels vara utlöst av yttre faktorer. När de parkinsonistiska symtomen slår till och både kropp och själ känns förlamande kan den egna kroppen upplevas som ett fängelse. Ibland kan det vara svårt att röra handen ens någon centimeter. Stelheten och oför-mågan till rörelse, symtom som är utmärkande för sjukdomen, bidrar hos en del parkinsonsjuka till svår ångest – en ”off-ångest” som försvinner när off-tillståndet släpper.

Ångesten kan vara svårt psykiskt handikappande och kan kraftigt försämra den sjukas möjligheter att delta i det sociala livet. Den är också svårbehandlad, både med medicinsk och psykologisk terapi. Ångesten syns dock ibland ha en tendens att svänga med den avtagande eller tilltagande rörelseförmågan. När man behandlar patienten med parkinsonmediciner och rörelseförmågan är under kontroll, då kan det också vara lättare att hantera ångesten.

Att hantera ångest

Ångesten är svår att komma tillrätta med. Den är också svårbehandlad, både med medicinsk och psykologisk terapi. Psykolog, vårdpersonal och sjukgymnast kan samarbeta och lära den sjuke att slappna av. Det finns avslappningsband där andnings- och avspänningsteknik lärs ut. Dessa kan man lyssna på tillsammans. Men även om den sjuke kan allt detta när sjukdomen hålls i schack av läkemedel, så kan det vara en helt annan sak när medlen slutat verka och parkinsonsymtomen återvänder. Det kan vara oerhört svårt att tillämpa sina kunskaper då.

Tips

- Det kan vara till nytta om den sjuke kan slappna av med hjälp av någon som vet hur han har tränat avslappning.
- Det är möjligt att med lite småprat framkalla något vackert minne och få in honom i en lugnare andningsrytm.
- Mycket bra är att genom lätta rytmiska tryck på axlarna få fram den lugna andningsrytmen. Detta kräver stor lyhördhet från den som hjälper till.

DEMENS

Bakgrund

Vid Parkinsons sjukdom finns inte enbart rörelsestörningar utan också mentala symtom/syndrom såsom förlängsamman tankeförmåga, depression och demens. Man räknar med att en tredjedel av patienterna med Parkinsons sjukdom drabbas av demens, ofta sent i sjukdomsförloppet.

Den mentala förlängsamningen (bradyfreni) hör ofta till symtom-bilden hos patienten och skall inte förväxlas med demens. Vid bradyfreni är patientens intellektuella förmåga intakt, om än långsam.

Symtomen på demens inkluderar intellektuell försämring och minnesförlust. Uppmärksamheten för den personliga hygien och de sociala förmågorna avtar och intresset för andra personer kan gå förlorat. En sänkning av koncentrations- och tankeförmågan kan föreligga såväl som en lägre toleransnivå, lägre emotionell kontroll tillsammans med ökad oro och/eller ilska.

Orienteringsförmågan nersätts och man kan få svårt att orientera sig i tid och rum. Detta är en del i sjukdomen, men kan också vara ett tecken på begynnande demens.

Demens, eller allvarlig kognitiv svikt, gör den farmakologiska parkinsonbehandlingen ytterligt problematisk. Risken för förvirring eller psykos är betydande och kan innebära stora omvårdnadsproblem såväl i hemmet som på institution.

Vid dessa tillstånd är medel med bästa effekt/biverkningsprofil att föredra, avseende både motorik och psykiska symtom – det vill säga levodopa. Parkinsonpatienter med demens är känsligare för läkemedel och kräver ofta lägre doser och eventuellt färre preparat. För vårdpersonalen är det viktigt att vara varsam och utöva en ödmjuk ledning. Uppmärksamheten bör särskilt riktas mot anhörigvårdaren och information om kommunalt stöd och vårdavlastning är viktiga.

Tips

- Bra aktiviteter vid demens är allt som hör till vardagliga sysslor.
- Hjälpa till med matlagning, läsa tidningen, komma ut i friska luften.
- Gå ut på restaurang.
- Se, känna och lukta på gamla föremål (minneslådor).
- Man kan skapa många olika minneslådor; t ex för ekonomi där man lägger ner gamla kassaböcker, annonser för varor från 20-30 talet mm. Minneslåda om skolan kan t ex innehålla gamla klasskort, gamla skolböcker, bläckpennor mm.



KONTAKTA LÄKARE

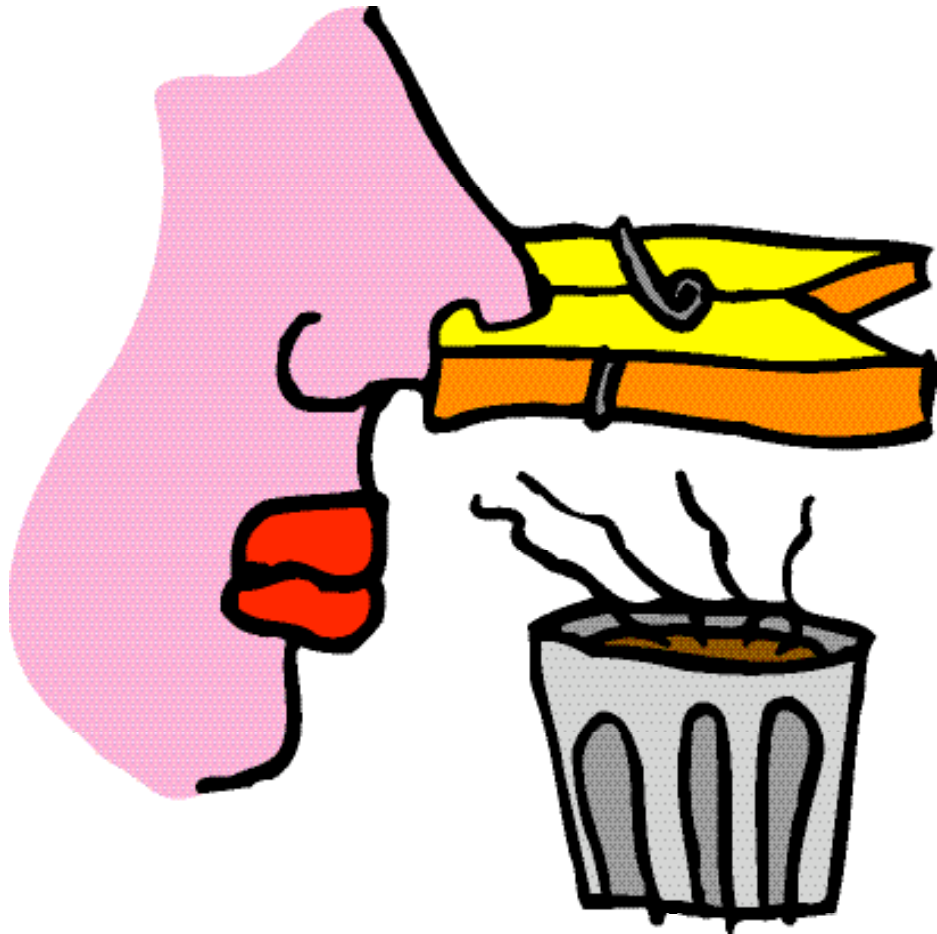
Ibland krävs dock tillägg av antipsykotiska medel för att dämpa ångesten. Specifika mediciner mot demens finns som kan vara effektiva, speciellt vid demenstillstånd hos parkinsonsjuka, t ex Aricept och Exelon.

20 råd till de anhöriga

1. Möt den demente som han är, inte som du vill att han skall vara.
2. Lyssna med alla sinnen, inte bara på ord utan på innehåll. Ställ frågor i berättande ton.
3. Taktill massage, ytliga strykningar på till exempel handen, ger ordlös kommunikation.
4. En dement person kan inte alltid befinna sig i den verklighet som är vår.
5. Stanna upp. Säg inte ”God morgon, Greta” i förbifarten. Det skapar oro.
6. Ta aldrig i ryggen bakifrån. Närma dig framifrån – tunnelseende är vanligt.
7. Rätta inte varje gång eller innan det blivit fel.
8. Vid tvärstopp, ofta i hygiensituationer – det är inget misslyckande att låta någon annan ta över.
9. På ett bord med vit tallrik och kokt fisk ser den dementa kanske bara ärtorna.
10. Lugn musik kan öka aptiten.
11. Om patienten äter med fingrarna – tillrättavisa inte och mata inte direkt. Fundera på mat som kan ätas med händerna.

12. Sitt med och visa ”nu äter vi”. Servera inte för att sedan försvinna. Undvik fler bestick än nödvändigt.
13. Färgen i ketchup och rödbetor fångar intresset. Sötman i en klick hallon- eller lingonsylt kan öka aptiten.
14. Servera inte mat på rummet för enkelhetens skull – och aldrig utan personal närvarande.
15. Mörka mattor och trappor kan uppfattas som skrämmande hål.
16. Tvätta dina egna händer i badrummet för att visa hur man gör.
17. Rusa inte in två personer på rummet på morgonen. Väck försiktigt.
18. Aktivera enkelt. Låt Anna diska om hon vill. Behövs det, kör disken i maskinen senare när hon inte ser det.
19. Överge aldrig demenspatienter. All personal måste inte alls gå på överlämningen.
20. Ansvarig personal ska välkomna anhöriga och med dem fortlöpande utvärdera handlingsplanen.

Källa: Leif Nilsson, Demenskonsultteamet i Helsingborg. Publicerat i Demensforum, nr 4, 2001.



10. ANDRA SYMTOM

Nedsatt luktsinne är väldigt vanligt (9 av 10) hos Parkinson-patienter och uppkommer ofta tidigt i sjukdomen och kan vara en diagnosgrundande faktor. Det beror på en central selektiv nervcells förlust i luktloben. Parkinsonläkemedlen har föga effekt.

Synpåverkan avseende kontrast- och färgseende är vanligt. Nedsatt färgseende kan vara en diagnosgrundande faktor då detta uppträder tidigt i sjukdomen. Det försämrade kontrastseendet är mest märkbart vid skymning och gryning. Hämning av ögonrörelserna, även blinkreflexerna, gör att man blir trött av att läsa.

Tips

- Ett tips är att läsa korta stycken och då helst när medicinen verkar bäst och man är piggast.
- Stora bokstäver underlättar.
- Om man har svårt att byta rad när man läser kan t ex linjal under raden underlätta.

Hudproblem i form av seborré eller mjällexem är mycket vanligt på grund av ökad talgkörtelsaktivitet. Man kan få fnasig och torr flagande hud, men också det omvända är vanligt – att huden blir mycket slät och rynkfri.

Tips

- Svavel-tjårhaltig tvål.
- Schampo med selendisulfid.
- Fungoral mjällschampo (innehåller ketokonazol).

Svettningar i form av ”utbrott” av uttalad svettning som kräver flera klädbyten per dag kan förekomma, oftast i ”off”-fas. Särskilt markant visar det sig i de övre delarna av kroppen, bl a nacke och huvud. Orsaken är parkinsonmedicineringen i kombination med att det autonoma nervsystemet inte fungerar som det ska.



KONTAKTA LÄKARE

för en justering av levodopadosen eller eventuell prövning av ett betareceptorblockerande medel (t ex Inderal) eller ett antidepressivt medel (Remeron) för att lindra besvären.





11. SÖMN

Bakgrund

En europeisk parkinsonenkätundersökning genomförd i EPDA's (European Parkinson's Disease Association) regi 1998, visade att 93 procent av de tillfrågade parkinsonsjuka i Europa angav någon form av sömnproblem. 64 procent hade problem att somna och 73 procent hade svårigheter att bibehålla sömnen, så kallad fragmenterad sömn. 63 procent angav någon form av livliga drömmar eller mardrömmar.

Att kartlägga vad som stör sömnen är viktigt. Även hur den parkinsonsjuke brukade sova innan sjukdomen bröt ut. Om det rör sig om tilltagande stelhet, skakningar eller muskelkramper under natten (det vill säga en motorisk försämring) kan detta behandlas med ökad dopaminerg medicinering.

Det är viktigt att kartlägga sömnkvaliteten, förekomst av dagsdåsighet och även så kallade sömnattacker dagtid. Med hjälp av den nya PDSS-skalan (Parkinson's Disease Sleep Scale) kan sömn och nattliga problem studeras.

Besväras man av ökad oro, ångest, mardrömmar och svårighet att komma till ro, kan det bero på för mycket dopaminerg medicinering och då kan behandlande läkare dra ner på ordinationen.

Det har också visat sig att många Parkinsonpatienter lider av s k Restless Legs Syndrome (RLS), "myrkrypningar" i benen. RLS gör det svårt, för att inte säga omöjligt att ligga stilla då man gått till vila på kvällen, medan besvären brukar vara borta på morgonen. Om man snarkar mycket och har andningsuppehåll bör man

utredas för sömnapné-syndrom, ett tillstånd som ger ökad dagtrötthet, depression och ökad risk för hjärtkärlsjukdomar. Det finns olika typer av behandling vid sömnapné, t ex operation i svalget, andningshjälpmedel mm.

Rör det sig istället om depression, blås störningar, tidigt uppvaknande och att man vaknar många gånger under natten (sk fragmenterad sömn i allmänhet) behöver man kontakta behandlande läkare för läkemedel eller annan behandling.

Tips

- Ha ett tyst, mörkt och svalt sovrum (15-18 grader).
- Ha en bra säng.
- Ha tillgång till toalett/toalettstol/urinflaska.
- Möjlighet att tillkalla hjälp.
- Undvik hunger vid sänggåendet. Smörgåsar på sängbordet som är lätta att äta, kan hjälpa till att somna om.
- Undvik kaffe, te, coca-cola och energidryck sex timmar före sänggående.
- Inte gå till sängs utan att vara sömning.
- Inte ligga kvar i sängen om man inte sover. Gå upp och göra någonting i stället.
- Reglbundna kvällsrutiner, t ex att lägga sig vid samma tidpunkt oavsett om det är vardag eller helg.
- Gå upp vid samma tid hur dåligt man än har sovit.
- Korta tupplurar på max 30 minuter under dagen är acceptabelt.
- Beröring utsöndrar hormon som har lugnande effekt. Träna avspänning om man inte sover. Djupa andetag hjälper (att andas in genom näsan och ut genom munnen).
- Undvika arbete eller TV-tittande i sängen.

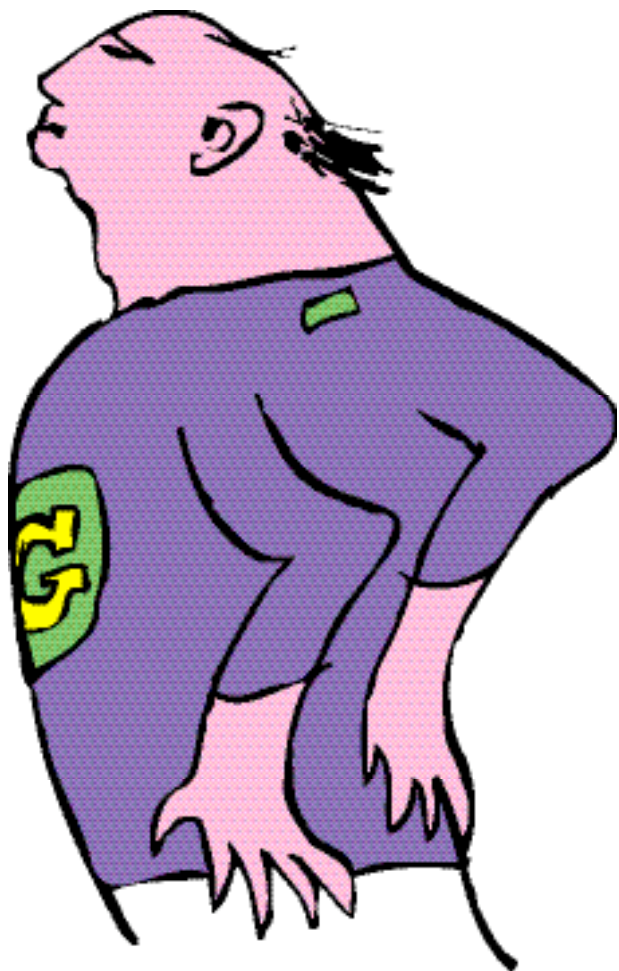


- Ett stort glas vatten före sänggående kan hjälpa mot muskelkramper som ofta drabbar den sjuke under sena natten. Stretcha före sänggående för att töja ut förkortade muskler.
- Att inte äta strax före läggdags (bara något lätt om man är hungrig).
- Äta mindre av söt och fet mat, liksom starka kryddor.
- All slags fysisk aktivitet är bra. Dagliga promenader är toppen både för kroppen och produktionen av sömnhormonet melatonin. Även om man har sovit dåligt är det bra att försöka röra på sig i alla fall, så mycket man orkar.
- För att kunna sova på natten måste man ha varit riktigt vaken och aktiv på dagen. Undvik dock fysisk aktivitet strax före sänggående.
- Ägna minst en kvart om dagen åt sig själv, åt att göra något kul. Tacka inte nej till vänner bara för att man sovit dåligt. Umgänge och en rolig fritid kan ge en positiv kick och öka balansen i livet, vilket är bra för sömnen.
- Om man har svårt att vända sig i sängen p.g.a. stelhet, kan lakan eller nattkläder av blankt material (t ex satäng) underlätta vändningen. Även underkjol av nylon kan användas.



KONTAKTA LÄKARE

Om sömnstörningen är långvarig eller kan relateras till PS-symtomen nattetid, eller om den parkinsonsjuke har förändrat sömnmönster t ex mardrömmar eller tidigt morgonuppvaknande, bör läkare konsulteras.



12. SMÄRTA

Bakgrund

Två av tre parkinsonsjuka upplever smärta. Ju längre man har haft Parkinsons sjukdom desto vanligare är det att man får smärtproblem. Det är också vanligare att kvinnor har mer smärta än män. Det finns olika inslag av smärta: muskelkramp, molande, brännande, huggande, stickande smärta samt domning.

Varför gör det ont?

Muskelkramp (ofta under fotsulan) eller felställning av en kroppsdelen, sk dystoni, är ett vanligt och ett mycket obehagligt fenomen. Muskelkramper (t ex i vaderna och låren på morgonen) är vanliga och förorsakade av för låga medicinnivåer på natten. Muskelvärk i överkroppen (t ex i nacke och skuldror) är också ofta förekommande. Smärtan är störst vid off-period, då medicinerna inte fungerar. Många upplever att smärtan ”vandrar runt” i kroppen.

Orörlighet och den ofrivilliga stelheten bäddar för värk och smärta i muskler och skelett. Förslitningsskador av leder är inte heller ovanligt. Stelheten kan orsaka ryggvärk, kramper och huvudvärk på grund av att musklerna är spända hela tiden. Muskelkramper förefaller också kunna framkallas av långvarig dopaminerg överstimulering. Muskulaturen blir spänd och får ej tillräcklig avslappning.

Vad gör man vid smärta?

Smärtor måste kartläggas noga för att kunna angripas effektivt. Ofta kan inte grundorsaken till smärta angripas. Medicinjusteringar av antiparkinson-behandlingen kan ha effekt. Botulinum toxininjektioner kan prövas vid svårartade kramptillstånd.



Tips till kompletterande behandlingsmetoder:

- Beröringsmassage t ex aktiverar kroppens ”lugn och ro”-system och då frisätts antistresshormonet oxytocin, som har en lugnande effekt och ger avslappning samtidigt som det höjer smärtröskeln.
- Andra behandlingsmetoder är; fysisk aktivitet, TENS, klassisk massage respektive kyla och värme.
- Sjukgymnasten kan sätta in ett individuellt träningsprogram. Gymnastik i grupp på land, alternativt i bassäng är bra.
- Fysisk aktivitet i form av regelbundna lägesändringar och utförande av aktiva och passiva rörelser tillsammans med patienten.
- Stretching, d vs att spänna till redan spänd muskel och sträcka ut den rytmiskt. Sedan följer att slappna av den.
- Massage, varm dusch, värme och eventuellt stödkorsett kan också prövas.



KONTAKTA LÄKARE

Låt läkare ta reda på orsaken till smärtan, uteslut andra sjukdomar. Låt behandlande läkare ta ställning till eventuell ändring av antiparkinson-mediciner.

13. KOMMUNIKATION

Bakgrund

Parkinsonsjuka kan uppleva en rad talsvårigheter och samtliga av dessa kan påverka möjligheten att kommunicera med andra personer.

De viktigaste faktorerna som påverkar kommunikationen och ger ett socialt handikapp är:

1. **Ansiktsuttryck:** ett maskliknande ansikte med orörlighet i ansiktsmusklerna, ger intrycket av brist på förståelse från patientens sida, vilket inte stämmer i vanliga fall.
2. **Kroppsspråk:** är försämrat pga stelhet och orörlighet.
3. **Framtoning:** det kan finnas en känsla av stillhet i och med reduceringen av kroppsrörelser och det uttryckslösa ansiktet. Huvudrörelserna kan också vara begränsade. Det finns en svårighet i att initiera rörelser, som därmed blir allt långsammare och klumpigare. Även det omvända gäller. Vissa parkinsonsjuka får onormala ofrivilliga rörelser (dyskinesi) som berör bl a armar, ben, bålen och som under vissa perioder kan vara så svåra att kontrollera att han inte kan tala och kommunicera. Dessa ofrivilliga rörelser kan också innebära att den sjuke gör en mängd ansiktsgrimaser som ofta uppfattas som smärtreaktioner av omgivningen, men som inte behöver vara det.
4. **Variation i förmåga** on-off syndromet, en sidoeffekt av långvarig medicinering, är en av de mest missförstådda aspekterna av Parkinsons sjukdom. Det innebär att man ena stunden är



mycket rörlig ("on") medan man strax därpå kan bli stel och orörlig ("off"). On-off syndromet gör att det som en parkinsonsjuk kan göra under en viss tid på dagen blir omöjligt bara några minuter senare. Detta kan leda till mycken förvirring och missförstånd då personen klassas som lat eller svår, när han i själva verket inte är det. Vid "off" har man svårt att kommunicera med omgivningen.

5. **Talproblem:** svårighet att artikulera och en tyst röst. Kan bero på: a) Minskad lungfunktion på grund av dålig hållning och muskelsvaghet. Lungorna fungerar inte så effektivt som de borde, vilket leder till minskat luftintag. Ett dåligt luftintag påverkar även kvaliteten på rösten. Det är ofta svårt att inleda tal och det låter svagt och kraftlöst, tyst och monotont. b) Stelhet. Möjligheten att röra musklerna och stämbanden kan minskas och orsakar då artikulationssvårigheter. c) Talets hastighet ökar eller minskar. Tal som är väldigt snabbt hela tiden eller tal som börjar i en normal nivå men som ökar i hastighet tills det är totalt oförståeligt.
6. **Skrivsvårigheter:** handstilen blir krampaktig, liten och ofta oläslig (mikrografi). Man gör lättare dubbelslag när man skriver på datorn.

Tips för att kommunicera med personer som har PS

- Låt samtalet få ta tid, ha tålmod och avbryt inte. Ge patienten god tid att formulera sig.
- Hoppa inte fram och tillbaka mellan olika frågeställningar. Ge patienten tid till att ställa om sig till ett nytt ämne.
- Se till att ha ögonkontakt med patienten vid samtal.
- Undvik andra ljudkällor som stör vid samtal; exempelvis porslinslammer, TV, radio, tidningsprassel.
- Försök att samtala efter måltid eftersom ätandet i sig kräver mycket uppmärksamhet.
- Låtsas inte förstå om du inte har gjort det, fråga om patienten kan ta om det han sa riktigt STARKT och tala i kortare mening.
- Var god förebild genom att själv tala normalt och tydligt men STARKT.
- Avsluta inte meningen åt den som talar.
- Uppmuntra och erbjud möjlighet att tala.
- Var uppmärksam på eventuella hörselproblem.
- Skaffa information från ParkinsonFörbundet om vad sjukdomen innebär och varför kommunikationen kan brista.

Vid svårare fall:

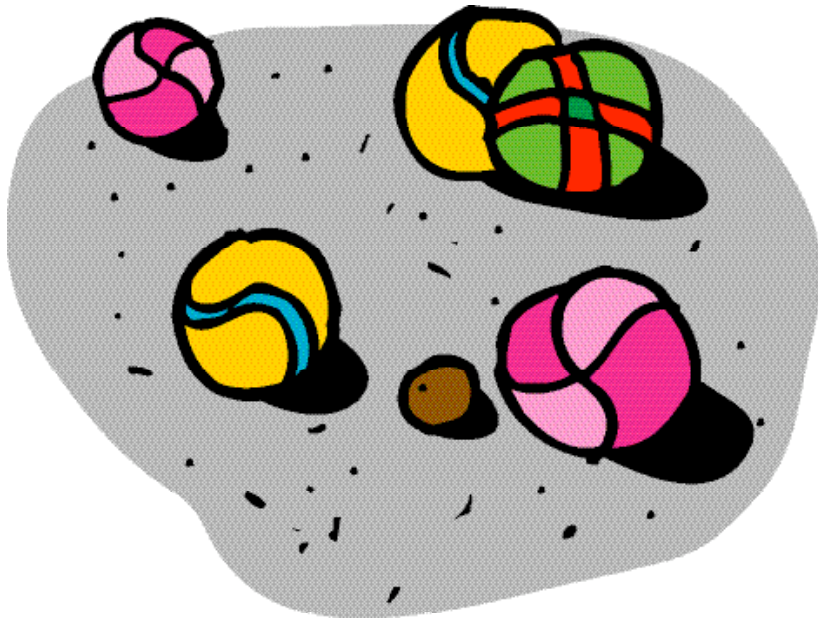
- Fråga bara en sak i taget.
- Vänd dig alltid främst till patienten och låt möjligen anhöriga/personal bekräfta det du trodde dig höra om du är osäker på vad patienten sade.
- Skaffa hjälp av logoped som också kan rekommendera hjälpmedel, t ex Light writer.
- Uppmuntra och stöd patienten till att uttrycka sig på andra sätt än bara tal, exempelvis genom teckning, målning, musik mm.

- Ge information till patienten när medicineffekten är som bäst. Komplettera gärna med skriftlig information, gärna i punktform som stöd för minnet.
- Tänk på att ökade svårigheter i att uttrycka sina känslor kan leda till förtvivlan. Uppmuntra patienten att hålla kvar viljan att kommunicera och att fortsätta kommunicera. Underlätta dialogen genom att använda dig av tipsen ovan.

KONTAKTA LOGOPED



Kontakta logoped, talpedagog för att utreda problemen, få tips samt för att prova ut hjälpmedel.



14. MOTION

Parkinsonsjuka drabbas av minskad rörlighet. Motion, gymnastik och olika former av rörelseövningar är en nödvändighet från allra första början och igenom hela sjukdomsförloppet. Motion kan vara allt från gymnastikprogram som utförs i sittande ställning (t ex i en rullstol) till mer avancerad och målinriktad träning. När det gäller ren sjukgymnastik, är det viktigt att påpeka att det är minst lika viktigt med sjukgymnastik i sena faser av sjukdomen som i början, för att förebygga plågsamma komplikationer. Sjukgymnast bör kontaktas för individuellt anpassat sjukgymnastikprogram. Inte minst balansövningar är viktiga för att förebygga fall.

Vad motionerandet beträffar medför den:

- Bättre självkänsla.
- Bättre kroppslig tillfredsställelse.
- Bättre social anpassning.
- Bättre förmåga att motarbeta stress.

- Förbättrad sömn.
- Förbättrad tankeförmåga, minskad inåtvändhet.
- Förbättrad tarmmotorik.
- Förbättrad rörlighet.
- Förbättrad blodcirkulation.
- Minskning av psykosomatiska symtom t.ex stress.

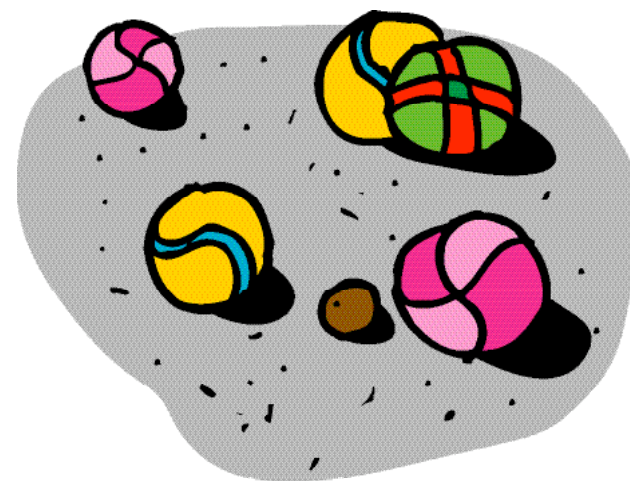
Om det inte är möjligt med utomhusmotion kan man ordna en ”motionsslinga” inomhus, t ex från rum till rum, från fönster till fönster.

ICA-förlaget har i samarbete med ParkinsonFörbundet givit ut boken Aktivt Liv vid Parkinson av Ulf Schenkmanis med en mängd tips på olika motionsformer. Det viktiga är att hitta en lustbetonad motionsform som man vill fortsätta med regelbundet. ParkinsonFörbundet har även övningshäfte med gymnastik och stretchingprogram.

Tips på olika motionsformer

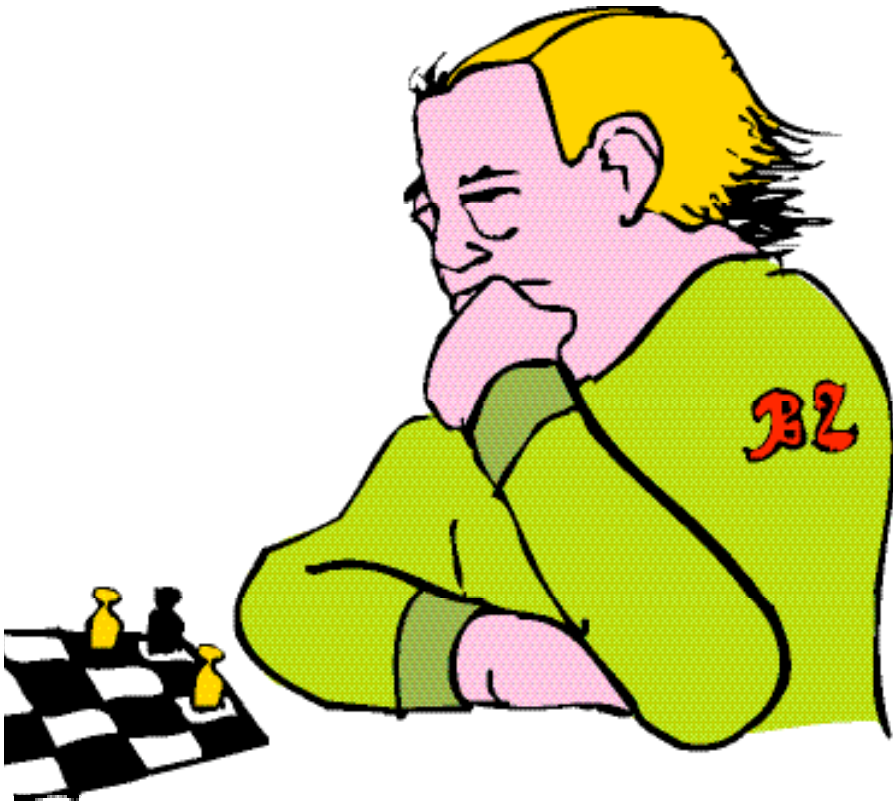
Det går allra bäst om man motionerar när medicineffekten är på topp.

- Regelbundna promenader, gärna i grupp och hellre på naturstig än asfalt.
- Cykling, om man inte vågar utomhus, så finns motionscykel för inomhusbruk .
- Dans, musiken stimulerar rörelseförmågan.
- Simning. Bröstsimm kan vara svårt om kroppsställningen är lite framåtböjd.
- Vattengympa. Ger allsidig träning och är skonsamt för leder och muskler. Vattnet ger motstånd, stöd och avlastning.
- Golf.
- Qigong.
- Bowling.
- Boule.
- Olika bollspel.
- Stavgång. Stavarna ger hjälp till rytm och uthållighet i gången.
- Rasta en hund (inte nödvändigt sin egen.....).
- Gå i trappor, helst uppåt.
- Bordtennis. Bollens rörelse ger nytt stimuli till hjärnan som ökar den egna rörelseförmågan. Man får också träna förflyttningar i sidled vilket tränar upp balanssinnet.



15. MENTAL TRÄNING

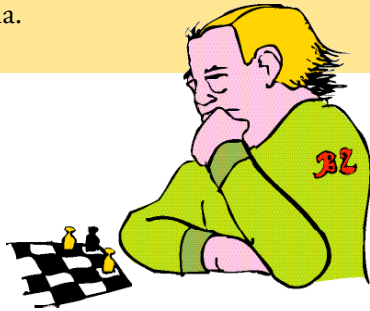
Minst lika viktigt som att träna kroppen är det att träna hjärnan. All träning måste utgå ifrån patientens egna intresseområden. Det gäller att uppmuntra den sjukes intressen och lyfta fram det som är positivt i situationen. Ge ofta beröm och uppmuntra alla tendenser till humor och positivt tänkande (en bra bok i ämnet är Leif Ögårds: Bättre liv trots Parkinson).



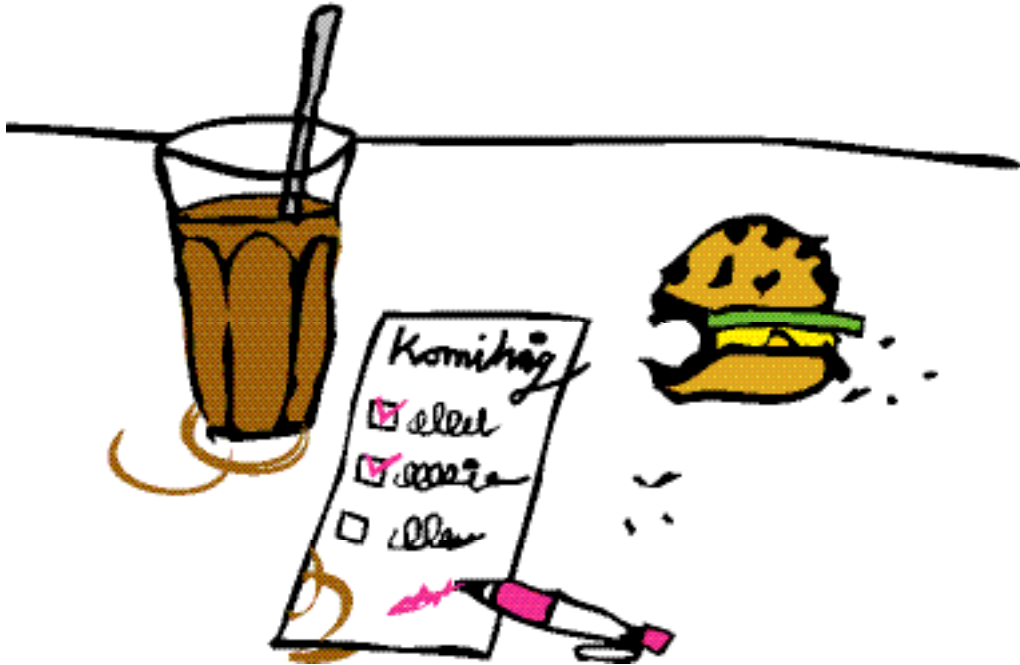
Tips på aktiviteter som stimulerar hjärnan är t ex:

- Allt som gör en glad och man finner tillfredsställelse i.
- Spela schack.
- Lösa korsord.
- Lösa gåtor.
- Läs dagstidningar, tidskrifter, romaner etc.
- När man inte längre kan se, kan taltidningar och talböcker vara ett alternativ.
- Spela sällskapsspel: Alfapet, Trivial Pursuit, Memory, Yatzy, Schack, Bridge etc.
- Titta på t ex olika frågesportprogram på TV.
- Lyssna på t ex Melodikrysset på radio eller grammofonmusik m m.
- Gå på bio, teater, konserter, utställningar och vernissager etc.
- Umgås med släkt och vänner.
- Delta i studiecirklar.
- Samla information på Internet, delta i chatt-grupper etc.
- Promenera, gärna i grupp med likasinnade.
- All form av dans, ensam hemma eller allra helst i grupp.
- Försöka behålla sina intressen och hobbies så länge som möjligt.

- När det inte går att idka gamla hobbies längre, försök att skaffa nya!
- Delta aktivt i föreningslivet.
- Vårda relationen till släktingar och vänner.
- Skämma bort sig själv ibland.
- Hjärnan behöver även vila - försök med avslappningsövningar!
- Försök att få så många timmars sömn som möjligt - helst nattetid!
- Andas frisk luft, syresätt hjärnan.
- Se till att äta en allsidig kost, hjärnan använder glukos ("socker") som energikälla.



16. VIKTIGT ATT TÄNKA PÅ VID LÄKARBESÖK



- Ta med rörlighetsschema/skattningsskala, se sidan 31.
- Har något förändrats sedan förra besöket, gällande sjukdomen, ändrade familje- respektive boendeförhållanden mm?
- Har symtomen förändrats?
- Nyttillkomna symtom?
- Hur har man upplevt medicineffekten? dosglapp? biverkningar?

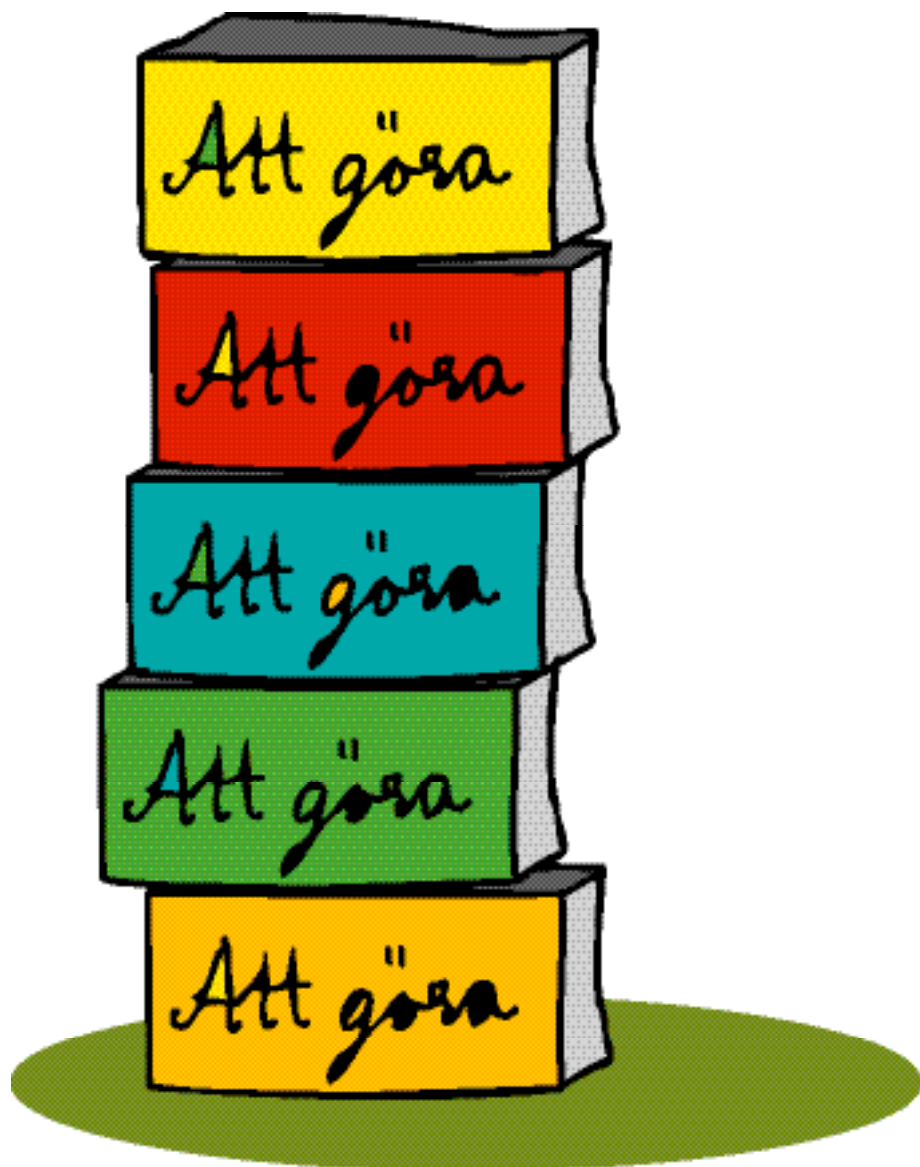
Hur är det med/förekommer det:

- Stelhet.
- Frysningar/stop.
- Skakningar.
- Kramper.
- Smärta.
- Överrörelser.
- Förstoppning/diarré.
- Sura uppstötningar, magkatarr.
- Muntorrhet/salivflöde.
- Yrsel/balansproblem.
- Depression/nedstämdhet.
- Förvirring/hallucination.
- Sömnstörning.
- Sväljproblem.
- Talproblem.
- Viktförändringar.
- Samlivet.

Tänk efter om det behövs:

- Recept.
- Remiss till sjukgymnast, rehabilitering mm.
- Intyg till färdtjänst, för att få bidrag mm.
- Sjukskrivning.





17. ANHÖRIGVÅRDAREN

För den som vårdar en person som har Parkinsons sjukdom i hemmet, kan arbetet innebära 24 timmar om dygnet, ofta i många år och i många fall utan professionell hjälp från sjukvården eller socialtjänsten. Vårdpersonalen bör förmedla all praktisk information som kan vara till hjälp för den sjuke eller anhörigvårdaren och inte ta för givet att de anhöriga är kunniga inom alla de grundläggande detaljerna i vårdandet. Vårdpersonal bör ge stöd i beslutsfattande innan anhörigvårdaren går i väggen. Erbjud kontakt med kurator vid behov. Erkänn anhörigvårdarens behov av att ha egen tid.

Man behöver lyssna till anhörigvårdaren och värdesätta deras erfarenhet. Anhörigvårdare vill inte bli utestängda; de behöver medverka i planeringen av vården och de behöver få information om sjukdomen och behandlingen.

Emotionellt stöd

Detta är troligen det som anhörigvårdaren behöver allra mest från vårdpersonalen. Man behöver ha i åtanke att vårdandet sker inom ramen för ett förhållande. Kvaliteten på relationen före vårdandet är en viktig faktor i hur en anhörigvårdare klarar av sin uppgift. Att vårda någon annan **isolerar en individ**. Det betyder ofta att man förlorar kontakten med familj och vänner. Att vårda en person med Parkinsons sjukdom kan bli isolerande i dubbel bemärkelse. Förlusten av rörlighet, reducerad kommunikation och speciellt det maskliknande ansiktet kan vara svårt att hantera. Anhörigvårdare drabbas också av en känsla av förlust och känner sig maktlösa. ”– Han är inte den mannen jag gifte mig med”, ”– Det är som om jag har blivit handikappad jag med”.

Forskning har visat att anhängvårdaren hanterat beteendeförändringar och depressioner mindre väl än de fysiska förändringarna som uppstår vid Parkinsons sjukdom.

Skuldkänslan som anhängvårdaren känner ska inte underskattas. Hur mycket de än anstränger sig, känns det som om de inte gör nog. Genom att försöka förstå deras situation och att se den insats anhängvårdaren gör, kan sjukvården hjälpa till att återskapa en känsla av värde.

Stort behov av stöd till anhängvårdare föreligger också när frågan om växelvård, avlastning, permanentboende på sjukhem blir aktuellt, för att minska deras skuldkänslor. Det gäller att få dem att förstå att de inte är dåliga anhängvårdare för att de väljer avlastning/växelvård, permanentboende eller annan lösning.

Om den parkinsonsjuke kommer på permanentboende utanför hemmet är anhängvårdaren en mycket **viktig källa till information**. Ett gott samarbete mellan anhängvårdaren och institutionen är en förutsättning för att den parkinsonsjuke skall kunna få en optimal vård. Vid ett tillstånd som kan variera så mycket som vid Parkinsons sjukdom, finns det inte två människor som är likadana. Beroende på de växlingar som individen upplever är anhängvårdarens kunskap mycket viktig. Anhängvårdaren är en värdefull källa till information och vet ofta, genom år av erfarenhet, vad som gör det möjligt för patienten att hantera specifika problem.

Tips vid kontakt med anhängvårdare

Ställ frågor av typ:

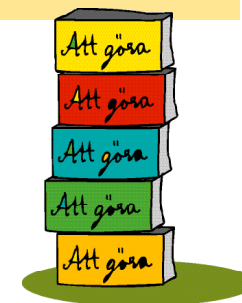
- Hur går det hemma?
- Hur orkar du?
- Har du någon tid till dig själv?
- Har du möjlighet att ta semester?
- Hur sover du på nätterna?
- Behöver du avlastning/växelvård?

Tips till anhängvårdare

- Prioritera. Tillåt mindre viktiga saker att vänta tills man har mer energi.
- Tala ut! Be om hjälp från vården, familj och vänner. Använd telefonen. Att prata ut med någon lättar på känslan av isolering.
- Hitta tid att göra något för egen del. Kanske när någon familjemedlem är på besök.
- Planera något nöjsamt varje vecka. Gå ut och ät, bjud hem någon, hyr en bra film.
- Fortsätt fira högtidsdagar. Gör dem mindre omfattande, gör t ex ett knytkalas.
- Om det går, se till att ordna så att du kan sova ostört minst en natt per vecka.

Olika typer av ersättning och vårdbidrag

- Assistansersättning.
- Hemvårdsbidrag.
- Hemsjukvårdsbidrag.
- Handikappersättning.
- Anhänganställning.
- Närstående penning.



Tips till användbara hemsidor

www.infomedica.se ger kunskap och information om hälsa och sjukvård.

www.sverigedirekt.se – olika typer av samhällsinformation.

Apoteket www.apoteket.se

Patient-Fass www.fass.se

Försäkringskassan www.fk.se

Hjälpmiddelsinstitutets hemsida www.hi.se

Landstingen www.lf.se

Svenska Kommunförbundet www.svekom.se

ParkinsonFörbundet finns på www.parkinsonforbundet.se
och på www.parkinson.nu

Skriften ”**Vart vänder jag mig?**” innehåller viktig information om samhällets hjälpmöjligheter vid sjukdom och skada. Den har sammanställts år 2004 av neurologiska kliniken och rehabiliteringsmedicinska kliniken på Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.

Skriften kan beställas från Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, Råd och Stödverksamheten, Neurologiska kliniken R54, 141 86 Stockholm.



18. ETT ORD PÅ VÄGEN

AV HELENA SUNVISSON

Att leva med Parkinsons sjukdom är en högst individuell upplevelse. Även om det finns symtom som är gemensamma för de flesta, är den individuella erfarenheten unik. På samma sätt som varje människa är unik i sitt liv och leverne. Den renodlade bilden av sjukdomen som framkommer i olika skrifter och läroböcker stämmer aldrig till fullo med den personliga upplevelsen av sjukdomen. Därför måste även den kunskap som förmedlas i denna skrift kompletteras med den särskilda kunskap den Parkinsondrabbade själv har. Detta för att inte kännedom om olika trick och tips ska reduceras till någon form av mekaniskt tänkande.

Personer med Parkinsons sjukdom är, i jämförelse med friska, extremt känsliga för olika slags påverkan. Det kan vara från den omgivande miljön, från bemötande och i upplevelse av engagemang hos den man har kontakt med. Allt detta inverkar på både den fysiska och psykiska funktionsförmågan. Negativ påverkan försämrar dessa funktionsförmågor medan positiva influenser tränger symtomen tillbaka och således ger förbättrade funktionsförmågor.

Det tar också längre tid för personer med Parkinsons sjukdom att återhämta sig från olika åkommor, som förkylning, tandvärk etc. och dessa åkommor kan dessutom göra att Parkinsonsjukdomen känns svårare under denna tid. Det är av stor betydelse att den hjälp som ges i möjligaste mån anpassas till den Parkinsonsjukes rörelserytme. Det är hjälparen som måste anpassa sin ”tidsrytm” eftersom den stress det innebär för den Parkinsonsjuke att skynda

sig, genom att anpassa sig till hjälparens ”tidsrytm”, försämrar funktionsförmågan.

På så sätt är personer med Parkinsons sjukdom både känsligare och skörare än friska personer i samma ålder. Det är lätt att göra en person med Parkinsons sjukdom beroende av hjälp. Det är däremot en konst att stödja och uppmuntra på ett kreativt sätt.

Vi hoppas att denna bok ska ge dig något av all den kunskap som behövs för att du på ett än bättre sätt skall kunna ge den vård och omsorg som den parkinsonsjuke som du vårdar, behöver.

18. LITTERATUR, REFERENSER, ADRESSER



Nedanstående litteratur har legat till grund vid sammanställningen:

- Sunvisson, Helena: Att leva med Parkinson, Hagmans, 1994
- Caird, Francis: Rehabilitering vid Parkinsons sjukdom, Natur och Kultur, 1996.
- Johnels, Bo: Parkinson, Gothia, 2000.
- Borgman, Anders: Samtalscirkel om Parkinsons sjukdom, 2001.
- Balaz Schale, Susanna och Nordin, Maria: Handbok i hemsjukvård, Gothia, 2001.
- Mat och kostbehandling för äldre, Livsmedelsverket, 2001.
- Vart vänder jag mig? Huddinge Universitetssjukhus, 2002.
- Ögård, Leif: Bättre liv trots Parkinson, Konsultförlaget, 2002.
- Schenkmanis, Ulf: Aktivt liv vid Parkinson, ICA Bokförlag, 2002.
- Borg, astrid: Smärta vid Parkinsons sjukdom, Orion Pharma AB, 2002.
- ParkinsonFörbundets studiecirkelmaterial: Bra liv med Parkinson, 2002.
- Dupont, Vivi: Parkinsons sygdom-til plejepersonale, Dansk Parkinsonforening, 2002.
- Lindahl, Gun: Parkinsons sjukdom ur omvårdnadsperspektiv, UsiL, 2003
- Artiklar publicerade i ParkinsonJournalen av bl a prof. em. Göran Steg, överläkare Sven Pålhagen, professor Jan-Edvin Olsson, överläkare Jan-Erik Starmark, docent Håkan Widner, sjuksköterskan Anne-Christine Sjöström, sjukgymnast Hjördis Hagberg m fl.

ADRESSER

OBS! Tipsboken går att ladda ner som en pdf-fil från hemsidan: www.parkinson.nu och finns under fliken ”ParkinsonFörbundet” respektive ”Parkinsonsköterskor”.

ParkinsonFörbundet
Box 5216
102 45 Stockholm
Besöksadress:
Nybrogatan 34, 2 tr
114 39 Stockholm
Tel: 08- 670 65 73
Fax: 08-664 29 00
E-post: parkinsonforbundet@telia.com
www.parkinsonforbundet.se

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Parkinsonmottagningen, R43
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 820 45
Fax: 08-585 82 090

Boehringer Ingelheim AB
Box 47608
117 94 Stockholm
Tel: 08-721 21 00
www.parkinson.nu

För vårdpersonal:
Vårdföreningen Movement Disorders (VfMD)
Box 750 53
400 36 Göteborg
<http://vfmd.netfirms.com> eller via www.parkinson.nu

Illustration: Brita Lindvall, 2003

19. INDEX

A

Adresser	124
Aggressivitet	68
Amantadin	25
Anhörigvård	113
Ansiktsuttryck	95
Antikolinerga läkemedel	23
APO-go PEN	22
Apomorfin	23, 23, 25, 60
Aptit	43
Arretering	36
Aricept	80
Arvid Carlsson	19

B

Balansproblem	37
Behandling	17
Benserazid	19
Bensvullnad	23
Berikning	46
Beröringsmassage	92
Beteendeförändringar	67
Biverkningar	19
Blod-hjärnbarriären	35
Blodtrycksfall	39
Botulinum toxin	61, 92
Bradyfreni	79
Bulkmedel: Lunelax, Inolaxol, Vi-siblin, Fiberform	59

C

Cabaser	22
Carbidopa	19, 20
COMT-enzym	22, 25
Comtess	20, 21, 25

D

Deep Brain Stimulation (DBS)	28
Demens	78
Depression	72
Diarré	19, 109
Dietist	44, 50
Dopadecarboxylas	19, 20
Dopamin	19
Dopaminhärmare (Dopaminagonister)	22
Dosglapp	15
Dregling	54
Duodopa	20
Dyskinesier	36
Dystoni	15, 23, 61, 91

E

Efter operation	29
Ekvipotenstabell	25
Eldepry	21
Elektrisk tandborste	53
Elektrod	28
Emotionellt stöd	113
Energibehov	43
Ersättning	115
Exelon	80

F

Falltendens/ramla	37
Fragmenterad sömn	87
Framtoning	95
Freezing	15, 36
Fumlighet	33
Fungoral	84
Före operation	29
Förstoppning	14, 23, 43, 57, 58, 60
Försämrad självkänsla	71
Förvirring	76

G

Grimaser	95
Grå starr	74

H

Hallucinos	75
Hasande steg	33
Hemsidor	116
Hjärnpacemaker	28
Hosta	48, 64
Hudproblem	83
Hyperkinesier	20, 43

I

Igångsättningssvårigheter	15
Infektion	27, 54, 63, 75
Initiativlöshet	67
Inkontinens	63
Inkontinenshjälpmedel	64
Interaktion	29

Intyg	110
-------------	-----

K

Kirurgisk behandling	28
Kommunikation	95
Koncentrations- svårigheter	70, 73, 74
Konfusion	24, 76
Kost	26, 43, 58, 106
Kroppshållning	13
Kroppsspråk	95
Känslöspåverkan	68

L

Laktulos, Loraga, Duphalac	59
Laxermedel	59
Leponex	76
Levodopa/L-dopa	19
Litteratur	123
Livliga drömmar	87
Ljusterapi	74
Logoped	44, 48, 49, 97, 98
Luktsinne	83
Lunginflammation	30, 48
Lågt blodtryck	14, 20, 21, 39
Läkarbesök (inför)	109
Läkemedel	19

M

Madopark	17, 19, 24
Madopark Depot	18, 24
Madopark Quick/ Quick mite	19, 26

Mag- och tarm.....	26, 57	P	Parkinsons sjukdom.....	13	Sinemet Depot/ Depot mite.....	19, 24	Tuggummi/V6.....	54
MAO-B-hämmare.....	21, 25		PDSS-skalan (Parkinson's Disease Sleeping Scale).....	87	Sjukgymnast.....	101	Tvärstopp.....	36, 81
Mardrömmar.....	14, 87		PEG.....	51	Sjukskrivning.....	110	Tänderna.....	53
Massage.....	60, 80, 92		Permax/Celance.....	25	Skakningar.....	35	U	
Matleda.....	20		Penna (Apomorfin).....	22	Skrivsvårigheter.....	96	Underlivshygien.....	64
Medicineffekt.....	27, 44, 63, 97		Pravidel.....	22, 25	Skuldkänsla.....	114	Uroterapeut.....	64
Medrörelser.....	33		Proteiner/äggviterik kost.....	26	Släpande fötter.....	37	Urinblåsa.....	63
Mellanmål.....	45, 58		Pump (Apomorfin).....	20	Smärta.....	91	V	
Mental träning.....	105		Pump (Duodopa).....	20	Startsvårigheter.....	33	Vanföreställningar.....	74
Minnesproblem.....	67	R			Steglängd.....	13, 33	Vart vänder jag mig?.....	116, 123
Mjällschampo.....	84		Ramla/falltendens.....	37	Stelhet.....	34, 95	Viktnedgång.....	43
Motion.....	101		Recept.....	26, 29, 47, 59, 64, 108	Stresshantering.....	69, 72	Vårdbidrag.....	115
Motorik.....	33		Referenser.....	223	Sur mage.....	57	Å	
Movicol.....	59		Remiss.....	110	Svettning.....	84	Ångest.....	77
Munhygien.....	53		Restless Legs syndrom (RLS).....	87	Sväljningssvårigheter.....	26, 44, 48	Ä	
Muntorrhet.....	54		Requip.....	22, 25	Symmetrel.....	23	Ärftlighet.....	13
Muskelkramp.....	87, 89, 91		Rigiditet.....	37	Symtom.....	13, 83	Ö	
Muskelstelhet.....	13, 23, 28, 37		Rörlighetsskattning/ schema.....	31	Synhallucinos.....	73	Övermedicinering.....	14, 15, 39
N			Rörelsehämning.....	13, 23	Synstimuli.....	75	Överrörelser.....	15, 43, 107
Neuroleptika.....	29		Rörelsemönster.....	36	Synpåverkan.....	83		
Näringsdrycker.....	45		S		Sömn.....	87		
O			Salivin.....	54	Sömnighet.....	23		
Ofrivilliga rörelser.....	20, 35, 95		Samliv.....	109	T			
On-off-fenomen.....	35		Segt slem.....	55	Talproblem.....	96		
Operation (behandlingsmetod).....	28		Selegelin.....	21	Tasmar.....	21, 25		
Operation (i samband med).....	29		Sifrol.....	22	TENS.....	92		
Orienteringsförmåga.....	79		Sinemet.....	17, 19, 20, 24, 27	Terapeutiska fönstret.....	36		
Oro.....	66				Toalettbesök.....	58, 60, 63		
					Tolvfingertarmen.....	26		
					Transplantation.....	28		
					Trippande steg.....	39		



Parkinson
Förbundet



ParkinsonFörbundet, Nybrokajen 7, 3 tr, 111 48 Stockholm
Tel: 08- 611 93 31. Fax: 08-611 93 32. www.parkinsonforbundet.se

Framtagen med stöd av:



Box 47 608, 117 94 Stockholm.
Tel: 08-721 21 00. Fax: 08-710 98 84. www.parkinson.nu