

1. tbl. 24. árg
VOR 2006

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



Meðal efnis:

UMFJÖLLUN UM PARKINSONSVEIKI

•

SKÝRSLA VÍSINDASJÓÐS

•

NÁMSSTEFNUR ÖFFÍ



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

www.öldrun.net



Í FULLKOMNU
JAFNVÆGI

Ferskari líkami / Detox

CHAMPIGNON formula

Hægt hreinsunarferli líkamans er talið geta ýtt undir uppsöfnun óæskilegra efna og haft neikvæð áhrif á útlit og líðan fólks.

Vega Champignon Formula getur létt undir með hreinsunarferli líkamans og dregið úr álagi á líffæri sem gegna lykilhlutverki í hreinsun hans (Detox) og þannig haft jákvæð áhrif á útlit og líðan.

CHAMPIGNON formula inniheldur:

CHAMPIGNON MUSHROOM EXTRACT

er talið draga út áhrifum óvinveittra úrgangsefna í líkamanum og gera þau hlutlaus.

FRUCTO OLIGO SACCHARIDES (FOS)

hefur jákvæð áhrif á þarmaflóruna sem vinnur gegn óæskilegum bakteríum í þörmunum.

CHLORELLA

inniheldur mikið af vítamínum og steinefnum og hjálpar hreinsunarferli líkamans.

SPIRULINA

inniheldur mikið af æskilegum vítamínum og næringarefnum og styrkir hreinsunarferli líkamans.

Vega býður mikið úrval af náttúrulegum bætiefnum og vítamínum



Einstök blanda - Hágæða framleiðsla



Vega inniheldur ekki: Matarlím (gelatína) né tilbúin aukefni, litarefni, bragðefni, rotvarnarefni, korn, hveiti, glúten, sykur, sterky, salt, ger eða mjólkurafurðir.

Þú færð Vega í apótekum og heilsuvöruverslunum

ÖLDRUN

24. árg. 1. tbl. 2006

EFNISYFIRLIT:

Parkinsonsveiki frá sjónarhóli meðferðarlæknis Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir	4
Hjúkrun sjúklinga með Parkinsonsveiki Marianne Elisabeth Klinke	6
Sjúkraþjálfun Parkinsonsjúklinga á Æfinga-stöð Styrktarfélags lamaðra og fatlaðra Jóna Þorsteinsdóttir	16
Endurhæfing fyrir fólk með Parkinsonsveiki á Reykjalundi Ólöf H. Bjarnadóttir	20
Áfram á hreyfingu Anna Krístrún Gunnarsdóttir Þórhildur Ólafsdóttir	22
Hver er staða aldraðra á Íslandi í byrjun 21. aldarinnar? Sigrún Guðjónsdóttir	24
Örugg efri ár Auður Hafsteinsdóttir Ingibjörg Þórisdóttir	26
Skýrsla Vísindasjóðs ÖFFÍ vegna starfsársins 2005-2006 Anna Birna Jensdóttir	27
Iðjuþjálfun á bráðasjúkrahúsi fyrir einstaklinga með Parkinsonsveiki Helga Magnea Þorbjarnadóttir Hrónn Guðmundsdóttir Kolbrún Héðinsdóttir	28



ÚTGEFANDI:

Öldrunarfræðafélag Íslands
Pósthólf 8391, 128 Reykjavík
www.öldrun.net

ÁBYRGÐARMAÐUR:

Berglind Indriðadóttir

PRÓFARKALESTUR:

Ritnefnd

FORSÍÐUMYND:

Haraldur Þór Stefánsson – www.mó.is
(Myndin tengist ekki efni blaðsins með beinum hætti)

UMSJÓN AUÐLÝSINGA:

Óflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:

Gutenberg

UPPLAG:

700 eintök

Tímaritið Öldrun kemur út tvisvar á ári

STJÓRN

ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS

Pósthólf 8391 128 Reykjavík

Sigrún Ingvarsdóttir, formaður, formaður@öldrun.net
Ingibjörg Halla Þórisdóttir, ritari, ritari@öldrun.net
Ólafur H. Samúelsson, gjaldkeri, gjaldkeri@öldrun.net
Auður Hafsteinsdóttir, Berglind Indriðadóttir
Sigrún Guðjónsdóttir, Sigurveig H. Sigurðardóttir

ISSN 1607-6060

Frá ritnefnd

Nú hefur vorblað Öldrunar 2006 litið dagsins ljós. Efni blaðsins er að þessu sinni helgað Parkinsonsveiki og kynningu á þeirri þverfaglegu meðferð sem er í boði á mismunandi þjónustustigum og stofnunum. Einnig eru í blaðinu fastir liðir á vegum Öldrunarfræðafélagsins (ÖFFÍ), svo sem skýrsla Vísindasjóðs og umfjöllun um efni veggja síðustu námsstefna félagsins. Við viljum færa höfundum bestu þakkir fyrir þeirra framlag til blaðsins. Einnig þökkum við Fanneyju Kristbjarnardóttur ráðgjöf varðandi uppsetningu heimilda.

Á aðalfundi ÖFFÍ sem haldinn var í mars síðastliðnum var stjórn félagsins endurkjörin. Ritnefnd bar fram þá tillögu að breytingu á lögum félagsins að ritnefndarfulltrúum yrði fjölgað um einn og var hún samþykkt. Líney Úlfarsdóttir kemur því inn sem nýr fulltrúi í ritnefnd, en Elín Guðjónsdóttir kemur í stað Soffíu Egilsdóttur sem gengur úr ritnefnd að þessu sinni. Aðrir ritnefndarfulltrúar starfa áfram.

Stjórn ÖFFÍ hefur nú þegar ákveðið efni næstu námsstefnu sem haldin verður 2. nóvember 2006, kl. 9.00-16.00. Þar verður umfjöllun-arefnið „**Mannauður í öldrunarþjónustu**“ og verður þar beint sjónum að því hvernig hægt sé að fá fólk til starfa sem vill veita úrvals þjónustu og halda því í starfi. Velt verður upp spurningunum sem brenna á eldri borgurum og aðstandendum þeirra sem og stjórnendum í öldrunarþjónustu um þessa undirstöðu í öldrunarmálum sem mannauðurinn er. Umsjónarmenn námsstefnunnar verða Ólafur Samúelsson, öldrunarlæknir og Sigrún Ingvarsdóttir, félagsráðgjafi.

Á næsta ári kemur út 25. árgangur blaðsins og er ætlunin að fagna þessum tímamótum með viðeigandi hætti. Ritnefnd þiggur með þökkum að fá innsendar greinar eða ábendingar um efni sem þarfnað frekari kynningar.

Bestu kveðjur – Ritnefnd.

Berglind Indriðadóttir, iðjuþjálfari
Soffía Egilsdóttir, félagsráðgjafi
Guðlaug Guðmundsdóttir, hjúkrunarfræðingur
Gríma Huld Blængsdóttir, heilsugæslulæknir

ritnefnd@oldrun.net

15. júní – alþjóðlegur forvarnadagur gegn ofbeldi á öldruðum

Þann 15. júní næstkomandi munu Alþjóðleg samtök gegn ofbeldi á öldruðum, INPEA, standa fyrir alþjóðlegum forvarnadegi gegn ofbeldi á öldruðum. Tilgangurinn með deginum er að vekja fólk til umhugsunar og umræðu um hvað sé ofbeldi gegn öldruðum og hvað samfélagið og stofnanir þess geti gert til að sporna við því að slíkt eigi sér stað.

Málþing um forvarnir gegn ofbeldi á öldruðum

Í anda forvarnadags gegn ofbeldi á öldruðum mun Þjónustumiðstöð Laugardals og Háaleitis í samvinnu við Félag eldri borgara, Velferðarsvið Reykjavíkurborgar og Öldrunarfræðafélag Íslands standa fyrir málþingi þann 8. júní 2006 frá kl. 13:00 – 16:30 í Félagsmiðstöðinni að Hæðargarði 31. Markmið málþingsins eru þau sömu og INPEA samtakanna með forvarnardegnum. Þegar nær dregur verður dagskrá málþingsins meðal annars auglýst á heimasíðu Reykjavíkurborgar <http://www.reykjavik.is>

Áætlað er að birta samantekt og niðurstöður frá málþinginu á heimasíðu Reykjavíkurborgar og í fjölmiðlum þann 15. júní.

Parkinsonsveiki

frá sjónarhóli meðferðarlæknis

Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir
Sérfræðingur í heila- og
taugasjúkdómum, C12, Landspítala
- háskólasjúkrahúsi, Fossvogi



Fyrstur til þess að lýsa einkennum Parkinsonsveiki var enski læknirinn James Parkinson, sem árið 1817 lýsti í litlu riti einkennum 8 sjúklinga sem áttu það meðal annars sammerkt að vera með hægar hreyfingar, stirðleika, skjálfta og jafnvægisleysi í uppréttri stöðu. Sjúkdómurinn er síðan kenndur við hann. Löngu síðar komust vísindamenn að raun um að sjúkdómseinkennin stöfuðu af hrörnun í taugaboðfnakerfi í þeim hluta heilans sem finstillir hreyfingar líkamans. Þetta er flókið kerfi sem tekur til nokkurra heilakjarna og taugaboða þeirra á milli.

Mikilvægasta taugaboðefnið í þessu kerfi nefnist dópamín og Parkinsonsveikin er fyrsti heilasjúkdómurinn sem vísindamenn komust að raun um að kæmi fram vegna skorts á taugaboðefni. Einn fyrsti vísirinn að sjúkdómnum er sá að taugafrumur í svonefndum sortukjarna í miðheila, hrörna og deyja. Einkenni sjúkdómsins koma þó ekki í ljós fyrr en talsverð fækkun hefur orðið á taugafrumunum í kjarnanum og innbyrðis jafnvægi í taugaboðefnakerfinu er orðið skert. Ekki er þekkt hvað veldur hrörnuninni, en samspil erfða og umhverfisþátta hefur verið vinsæl tilgáta.

Einkenni

Oftast byrja einkennin í öðrum helmingi líkamans, yfirleitt í handlegg eða hendi, en flestir fá síðar einkenni í hina hlið líkamans. Skjálfti er gjarnan byrjunareinkennið og kemur í hvíld en hverfur þegar höndin er notuð. Auk skjálftans hægir almennt á hreyfingum hjá sjúklingum, skrefin styttag og þeir hætta að sveifla handleggjum í takt þegar þeir ganga. Líkamsstaða og göngulag breytist, menn verða hoknari og hafa tilhneigingu til þess að draga fæturna. Erfiðara verður að standa upp úr stól eða liggjandi stöðu, jafnvel að snúa sér í rúminu. Fínhreyfingar handa verða klaufskari og viðkomandi fer að eiga í erfiðleikum með að hneppa hnöppum. Þessum einkennum fylgir stirðleiki. Síðar í sjúkdómsferlinu geta komið fram jafnvægistrúflanir og tilhneiging til að detta. Sjúkdómseinkennin byrja hægt en ágerast smám saman því taugahrörnunin heldur áfram, þótt lyfjameðferð geti leiðrétt einkennin að talsverðu leyti og dulið um stund. Ekki fá allir sömu einkennin og þau koma fram í mismiklum mæli meðal sjúklinganna.

Ýmis önnur einkenni en þau sem tengjast hreyfifærni geta komið fram í Parkinsonsveiki, sum hver áður en sjúkdómurinn greinist en önnur eftir einhver ár. Skert lyktarskynjun er oft byrjunareinkenni sem fólk tekur ekki eftir sjálf. Kvíði og þunglyndi geta gert vart við sig á undan hreyfifitruflunum. Önnur einkenni koma yfirleitt fram þegar nokkur ár hafa liðið frá upphafi lyfjameð-

ferðar, auk þess sem meðferðin sjálf bætir stundum í fyrri einkenni eða kallar fram ný. Truflanir á starfsemi sjálfvirkra taugakerfisins eru hluti af síðari sjúkdómseinkennum, sem meðferðin getur aukið eða framkallað, og eru þær gjarnan tímabundnar, koma og fara. Má þar nefna blóðþrýstingsfall þegar sest er eða staðið upp. Þetta getur valdið svima og ástæða blóðþrýstingsfallsins er seinkun á viðbrögðum hjarta- og æðakerfis við breytta líkamsstöðu.

Hæðgávandamál eru algeng, þvaglát geta orðið tíðari og karlar geta fengið ristuflanir. Svefnraskanir svo sem dagsýfja og erfiðleikar við að halda samfelldum svefni yfir nóttina geta fylgt sjúkdómnum. Erfitt er að greina vitrænar truflanir sem fylgja Parkinsonsveiki frá þeim sem fylgja almenntri öldrun, því sjúkdómurinn er yfirleitt sjúkdómur efri ára. Þó er ljóst, að í sumum tilvikum fylgir skerðing á vitrænni starfsemi heilans, venjulega seint í sjúkdómsferlinu. Almennt halda sjúklingar með Parkinsonsveiki vitrænni getu sinni.

Nokkrir sjúkdómar eru náskyldir Parkinsonsveiki og er Lewy sjúkdómur einn þeirra, en hann veldur heilabilun auk Parkinsonseinkenna. Þessir tveir sjúkdómar eru nægjanlega líkir til þess að erfitt getur verið að greina á milli þeirra í byrjun. Fleiri sjaldgæfir sjúkdómar ráðast á sömu taugaboðefni og Parkinsonsveikin gerir og sumum þeirra fylgja vitglöp.

Hverjir fá Parkinsonsveiki?

Áhættan er mest meðal eldra fólks. Því eldri, þeim mun meiri líkur eru á að fá sjúkdóminn. Flestir greinast á aldrinum 60-70 ára og hérlandis er meðalaldur við greiningu nálægt 67 ár. Þó greinast tæplega 10% sjúklinga fyrir 51 árs aldur, flestir þeirra eftir fertugt. Algengi sjúkdómsins, þ.e. fjöldi sjúklinga í hverju þjóðfélagi fyrir sig, er mishátt. Sjúkdómurinn telst fremur algengur á Íslandi í samanburði við önnur lönd. Um 500 Parkinsons-sjúklingar eru hér á landi og 30-40 ný tilfelli greinast á ári hverju. Sjúkdómurinn kemur fram bæði hjá körlum og konum. Hérlandis hefur hann tilhneigingu til þess að liggja í ættum og eru því einstaklingar í þeim í meiri hættu á að fá sjúkdóminn en aðrir þótt sú aukna áhætta sé jafnframt mjög lítil.

Sjúkdómsferli og meðferð

Sjúkdómurinn er hægfara og flestir lifa eðlilegt æviskeið. Meðferðin felst aðallega í notkun lyfja sem ýmist breytast í dópamínboðefnið í heila eða örva starfsemi boðfnakerfisins á annan hátt. Fyrirnefnda lyfjameðferðin (Madopar, Sinemet, Stalevo) er aðalmeðferðin og leiðréttir einkennin best. Lyf og skammta þarf að stilla af eftir einkennum hvers og eins ásamt framgangi sjúkdómsins en hann er mjög einstaklingsbundinn. Stundum kallar meðferðin fram aukahreyfingar og með tímanum verður lyfjasvörunin ekki eins jöfn og markviss, þannig að lyfjaskammtarnir duga ekki yfir daginn. Þá þarf að endurskoða og leiðrétta bæði lyf og skammta. Einnig er mikilvægt að leiðrétta fylgieinkenni sjúkdómsins, tryggja til að mynda góðan nætursvefn og stilla einkenni um kvíða og þunglyndi. Þá er nauðsynlegt að sjúklingurinn viðhaldi

góðri líkamsfærni með sjúkrahjálfun og hollri hreyfingu. Öll einkenni Parkinsonsveikinnar versna við streitu og álag. Í þeim tilvikum þegar lyfjameðferðin dugir ekki ein og sér eru stundum gerðar aðgerðir á heila, þar sem rafskautum er komið fyrir í einum af heilakjörnum taugaboðfnakerfisins. Slík raförvun getur bætt lífsgæði sjúklinga með langt genginn sjúkdóm. Fæstir Parkinsons-sjúklingar þurfa þó á slíkri skurðmeðferð að halda og þessi meðferð hentar ekki öllum.

Lokaorð

Vissulega er erfitt að greinast með taugahrörnnunar-sjúkdóm líkt og Parkinsonsveiki, en hafa ber í huga að lyfjameðferð getur stórbætt bæði líðan og hreyfigetuna. Árangur lyfjameðferðar hefur batnað á síðasta áratug vegna tilkomu nýrra lyfja þótt grunnmeðferðin sé enn sú að bæta fyrir dópamínskortinn með efni sem breytist í dópamínboðefnið. Flestir greinast með sjúkdóminn seint á ævinni og því hefur hann ekki afgerandi áhrif á lífslíkur, þótt tilvist hans krefjist stöðugrar lyfjameðferðar og leiði til nokkurrar skerðingar á lífsgæðum. Sá einstaklingur, sem lengst hefur verið með sjúkdóminn hérlandis greindist fyrir 38 árum og er í dag áttæður.

ÍSLENSK  ERFDAGREINING

 **actavis**
hagur í heilsu

Snyrti og nuddstofan
PARADÍS

Laugarnesvegi 82
S: 553 1330

15% staðgreiðsluafsláttur
fyrir eldri borgara.

Hjúkrun sjúklinga með Parkinsonsveiki



Marianne Elisabeth Klinke

Hjúkrunarfræðingur — Taugalækningadeild B-2,
Landspítali — Háskólasjúkrahús, Fossvogi

Inngangur

Þegar ég hóf störf á taugalækningadeild, sem ungur og óreyndur hjúkrunarfræðingur, kveið ég því að þurfa að taka á móti og sinna sjúklingum með Parkinsonsveiki. Ég áleit úrræði hjúkrunar þeim til handa heldur gagnslaus. Umönnun þessara sjúklinga var oft mjög tímafrek og ég var hálf ráðalaus yfir hvað ég ætti að gera fyrir þá.

Eftir að ég öðlaðist meiri þekkingu um Parkinsonsveiki og hún er orðin eitt af mínum aðal áhugamálum innan taugahjúkrunar, geri ég mér grein fyrir að kvíði minn byggðist á þekkingar- og úrræðaleysi gagnvart sjúkdómnum. Sem hjúkrunarfræðingur vill maður hjálpa sjúklingunum, en ef staðið er uppi ráðalaus gagnvart hinum sjúka verður hjúkrunin manni erfið.

Með þá þekkingu sem ég hef öðlast um Parkinsonssjúklinga og hjúkrunarþarfir þeirra, leyfi ég mér að lýsa hjúkrun þeirra sem mjög áhugaverðri, en jafnframt mjög flókinni og krefjandi. Hvað lyfjameðferðina varðar er varla hægt að hugsa sér nokkuð flóknara en að stilla inn rétt lyf og lyfjaskammta til að halda sjúkdómnum og ein-kennum hans í skefjum. Hið sama má segja um hjúkrunina. Ef hægt er að veita Parkinsonssjúklingi góða hjúkrun er hægt að hjúkra nánast hvaða sjúklingi sem er.

Markmiðið með þessari grein er að koma til skila hversu fjölbreytt verkefni eru við hjúkrun sjúklinga með Parkinsonsveiki og mun ég lýsa helstu atriðum sem hafa þarf í huga.

Sérhæfing í hjúkrun Parkinsonssjúklinga

Tíðni sjúkdómsins fer vaxandi og það er aukin þörf og krafa um að umönnunin henti sjúklingnum og aðstandendum hans, á hverju stigi sjúkdómsins. Til að svo sé mögulegt er mikil þörf fyrir sérhæfða hjúkrun (Reynolds, Wilson-Barnett og Richardson, 2000; Bruun o.fl., 1999).

Megin verkefni sérhæfðs hjúkrunarfræðings er að aðstoða sjúklinga með lyfjameðferðina. Hún getur verið mjög flókin; tíðar lyfjatökur, allt að átta sinnum á dag, erfiðleikar við að taka lyfin inn og svo framvegis. Einnig felst hjúkrunin í að veita andlegan stuðning, aðstoð við að fá aðgang að hreyfingu eða líkamsrækt og endurhæfingu, veita ráðgjöf varðandi kynlífsvandamál svo eitthvað sé nefnt. Síðast en ekki síst að vera milliliður fyrir sjúklinginn við hina ýmsu aðila sem tengjast umönnunarteyminu (Calne, 1994 a og b). Þessir aðilar skulu veita allar þær upplýsingar og aðstoð sem mögulegt er til að sjúklingurinn geti fræðst um sjúkdóminn og lært að lifa með honum. Margt hefur verið rannsakað hvað þetta varðar og virðist niðurstaðan vera sú að algengustu vandamálin hjá þessum sjúklingum tengjast hinni flóknu lyfjameðferð, samskiptavandamálum, hreyfihömlun og möguleikanum á að vera sjálfbjarga með daglegar athafnir (svo sem annast persónulegt hreinlæti og klæðnað), skortur á félagslegri þjónustu og fjárhagserfiðleikar (Thomas, 1994).

Beint samband milli sjúklingsins og hins sérhæfða hjúkrunarfræðings ætti að gefa sjúklingnum möguleika á auknu frelsi, það er að hann hefði greiðan aðgang að þeirri aðstoð sem hann þarf á að halda hverju sinni, sem gerði honum kleift að taka ákvarðanir um líf sitt og meðferð og þekkja þá möguleika sem fyrir hendi eru varðandi meðferð og þjónustu (Reynolds o.fl., 2000).

Í þverfaglegum teymum sem vinna með Parkinsonssjúklingum er algengt að séu:

- heimilislæknir,
- sérfræðingur í taugalækningum,
- öldrunarlæknir,
- sálfræðingur,
- sérhæfður hjúkrunarfræðingur,
- iðjuþjálfari,
- sjúkraþjálfari,
- næringarfræðingur,
- talmeinafræðingur,
- lyfjafræðingur,
- félagsráðgjafi

(Baker og Graham, 2004).

Á Íslandi er ekki enn sérhæfður hjúkrunarfræðingur sem sér um að skipuleggja meðferð Parkinsonssjúklinga. Samt hefur áhugi fyrir slíkri þjónustu aukist og vonandi verður hún í boði innan örfárra ára. Samvinna milli taugalækningadeildar Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH), Reykjalundar og Parkinsonssamtakanna á Íslandi hófst seint á síðasta ári og var þá á sama tíma stofnað þverfaglegt Parkinsonsteymi á taugalækningadeild LSH í Fösvogi. Verkefni teymisins er að vinna að skipulagningu framtíðarþjónustu við Parkinsonssjúklinga í þeim tilgangi að tryggja aukin gæði og samfellu í meðferð þeirra. Markmiðið er að þróa leiðbeiningar um meðferð og hjúkrun þessa sjúklingahóps sem nýta má hvar sem er á landinu.

Segja má að fræðsla til handa Parkinsonssjúklingum og aðstandendum þeirra sé algjört lykilatriði. Sú fræðsla getur farið fram á eftirfarandi hátt:

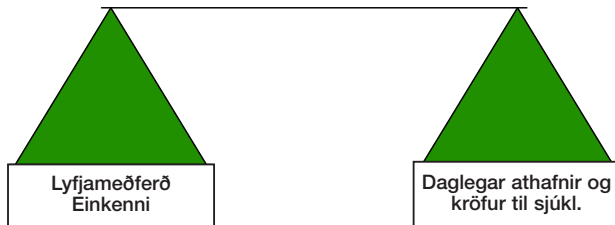
Uppbygging	Aðferð	Innihald
Einstaklingsfræðsla á heimili sjúklings.	Viðræður/samtal.	Dæmi:
Einstaklingsfræðsla í tengslum við sjúkrahús (göngudeild/dagdeild/ legudeild).	Skriflegar upplýsingar.	Meðhöndlun, rannsóknir, sjúkdómsgreiningin, lyfjameðferðin, næring, hreyfing, hægðatregða, hreyfitækni.
Hópfræðsla.	Sýnikennsla.	
Símaráðgjöf.	Reynslusögur.	
Sjúklingafélag.	Samvera með öðrum Parkinsonssjúklingum.	Skipulagning daglegra athafna.
Í tengslum við þverfaglegt teymi.	„Parkinsonskóli“.	

(Abildgaard, 2004).

Þróun sjúkdómsins í 3 þrepum og leiðir til að bregðast við

1. Jafnvægi:

Lyfjameðferð við einkennum er án aukaverkana og geta til daglegra athafna er óskert.



(Teikning: Marianne Klinke og Sólveig Haraldsdóttir)

Hér sjáum við dæmi um einstakling sem er nýbúinn að fá greininguna Parkinsonsveiki, þar sem ríkir gott jafnvægi milli sjúkdómsins og þess lífs sem hann lifir. Sjúkdómurinn er ekki til trafala og viðkomandi getur sinnt sínum hlutverkum (til dæmis móðir/faðir, atvinna, félagsleg hlutverk). Í dag koma þessir einstaklingar ekki til meðhöndlunar inn á sjúkrahús og því miður er ekki í boði aðgangur að sérhæfðum hjúkrunarfræðingi. Þegar á þessu stigi er mikilvægt að sjúklingurinn komist í kynni við þá sérfræðinga sem eru í áður nefndu þverfaglegu teymi, svo hann viti strax hvert hann geti leitað með spurningar eða vandamál í framtíðinni.

Hér ætti hjúkrunarfræðingurinn að byrja á að fræða sjúklinginn og aðstandendur hans um sjúkdóminn. Það getur verið mikið áfall að fá þessa sjúkdómsgreiningu og ekki hjálpar vanþekking eða jafnvel fordómar í garð Parkinsonsveiki. Best er að veita þessa fræðslu í samræmi við ástand sjúklingsins. Hvað þarf hann að fá að vita núna og hvað er hann tilbúinn að meðtaka? Mikilvægt er að leggja áherslu á að þessi sjúkdómur þróast oftast mjög hægt, þannig að rétt meðferð og lífsvenjur geta stuðlað að því að sjúklingurinn haldi sínu lífsmynstri lengur. Auk beinnar fræðslu ætti að veita upplýsingar með bæklingum, bókum, koma sjúklingnum í kynni við stuðningshópa og Parkinsonssamtökin (Abildgaard, 2004; Miller, 2002).

Markmið:

- Að veita sjúklingnum innsýn í hver áhrif sjúkdómsins kunni að verða.
- Að hann kunni að bregðast við einkennum.
- Að hann geti viðhaldið starfshæfni sinni og sjálfsbjargargetu.
- Að hvetja sjúklinginn til að lifa áfram eðlilegu lífi.
- Að veita honum stuðning í erfiðleikum.
- Að sjúklingurinn og aðstandendur hans fái aðstoð að sættast við sjúkdómsgreininguna

(Abildgaard, 2004).

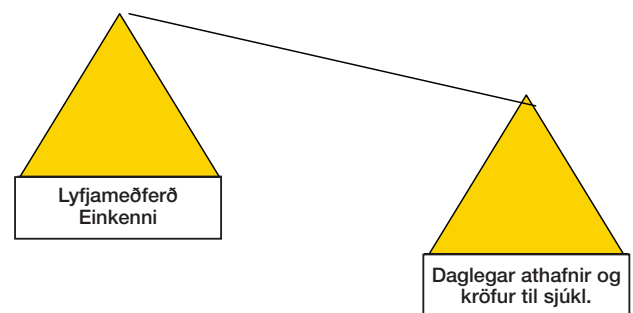
Meðferð:

Gera skal meðferðaráætlun sem er endurskoðað reglulega með tilliti til þarfanna hverju sinni. Koma skal á fræðslu fyrir sjúklinginn/maka hans og vísa til annarra aðila í hinu þverfaglega teymi eftir því sem við á. Veita aðstoð og ráðgjöf varðandi lyfjameðferðina og leiðbeiningar varðandi atvinnu, akstur ökutækis og fjárhag. Mikilvægt er að meta þörf maka og eða annarra stuðningsaðila fyrir stuðning í hinu daglega amstri. (Abildgaard, 2004).

Einstaka „nýgreindir“ Parkinsonssjúklingar hafa farið á námskeið á Reykjalundi en ekki er farið að veita fræðslu til þessa sjúklingahóps á kerfisbundinn hátt. Stefnt er að fræðslu í haust, á vegum taugalækningadeildar LSH, fyrir þá sem hafa fengið greiningu frá miðju ári 2005 að miðju ári 2006. Í boði verður um það bil einnar klukkustundar löng fræðsla fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra. Fræðslan mun fara fram í fundarherbergi taugalækningadeildar B-2, LSH í Fossvogi og verður fyrsti hluti framtíðarárforms um uppbyggingu samvinnu á milli heilbrigðisþjónustu hins opinbera og Parkinsonssjúklinga.

2. Ójafnvægi:

Krefst flóknari lyfjameðferðar og erfitt getur verið að ná jafnvægi milli áhrifa lyfja og aukaverkana þeirra. Nauðsynlegt er að haga umhverfi rétt til að auðvelda sjúklingi að bjarga sér.



(Teikning: Marianne Klinke og Sólveig Haraldsdóttir)

Á þessu stigi sjúkdómsins, sem vanalega fer ekki að bera á fyrr en eftir margra ára sjúkdómsferli, fer að verða erfitt að finna jafnvægi milli einkenna sjúkdómsins og lyfjameðferðarinnar. Hér er sjúkdómurinn farinn að trufla daglegt líf sjúklingsins, hann er orðinn veikari, er hættur að geta sinnt fullu starfi og áhugamálum sínum. Nauðsynlegt er að huga að hjálpartækjum og auknum stuðningi við sjúklinginn og aðstandendur hans í tíma.

Á þessum tímapunkti er mikilvægt að gera sjúklingnum og aðstandendum hans grein fyrir að aðaltil-

gangur meðferðarinnar felist í að viðhalda getu sjúklingsins og að ekki sé hægt að komast hjá öllum einkennum lengur. Mikilvægt er að hvetja sjúklinginn til að hreyfa sig og velja raunhæfar þjálfunar-/meðferðarleiðir sem stuðla að velliðan, svo sem slökun, nudd og tónlistameðferð (Abildgaard, 2004; Whitney, 2004; Miller, 2002, Sunvisson, Ekman, Hagberg og Lökk, 2001).

„On og off“ sveiflur

Á þessu stigi fer oft að bera á „On/off“ sveiflum, sem eru skyndilegar breytingar á einkennum sem ekki er hægt að útskýra með tilliti til tíma lyfjagjafa/lyfjameðferðar.

„Off“ einkenni eru kröftug einkenni sem koma skyndilega og geta varað frá 1/2 klukkustund og upp í fleiri klukkustundir. Í „off“ sveiflunni er allt stopp, sjúklingurinn „frýs“ og á erfitt með að taka við upplýsingum.

„On og Off“ er samlíking við að kveikt eða slökkt sé á ljósarofa. Þetta getur valdið vandamálum milli sjúklings og umönnunaraðila til dæmis ef umönnunaraðilinn þekkir ekki fyrirbærið og gæti því álitit að sjúklingurinn væri að „leika“ sig meira ósjálfbjarga en hann er.

Annað fyrirbæri sem oft sést eru gríðarlegar ofhreyfingar (hyperkinisier) og er það oftast tengt aukaverkunum af lyfjameðferðinni (Abildgaard, 2004).

Á þessu stigi sjúkdómsins þurfa sjúklingurinn og aðstandendur hans verulegan stuðning. Hvunnagurinn er orðinn meiriháttar verkefni að takast á við og taka þarf afstöðu til margs.

Þegar svona er komið er líklegt að sjúklingurinn þurfi að leggjast inn á spítala til lyfjainnstillingar. Mikilvægt er að haldin sé nokkurs konar dagbók eða Parkinsonsskrá, þar sem skráð eru inn lyf og styrkur þeirra, tími lyfjagjafa, tími máltíða og annarra daglegra athafna, þannig að lyfjabreytingar og aðrar nauðsynlegar breytingar verði gerðar með þarfir sjúklingsins að leiðarljósi (Abildgaard, 2004).

Markmið

- Að draga úr einkennum og viðhalda færni sjúklings meðal annars til sjálfsbjargar, þrátt fyrir versnandi sjúkdómseinkenni

(Abildgaard, 2004)

Meðferð

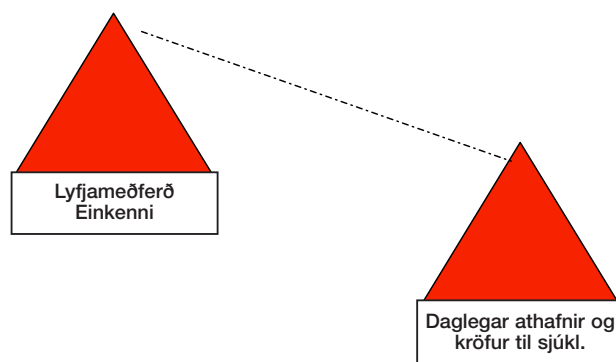
Veita þarf ráðgjöf um lausn vandamála og fyrirbyggingu aukaverkana og vísa á aðila í þverfaglega teyminu eftir því sem við á. Ennfremur getur verið þörf fyrir aðstoð annarra sérfræðinga svo sem geðlæknis og/eða taugaskurðlæknis. Í sumum tilfellum getur skurðaðgerð komið til greina þegar sjúkdómurinn er kominn á þetta stig (Abildgaard, 2004).

Algengar aukaverkanir:

„On/off“ sveiflur og breytingar á hreyfigetu, þunglyndi og kvíði, erfðileikar við daglegar athafnir, dettni, ruglástand, ranghugmyndir og ofskynjanir (Abildgaard, 2004; Calne, 2003).

3. Lokastig sjúkdómsins:

Dregið er úr lyfjameðferð vegna aukaverkana. Leitast er við að fyrirbyggja fylgikvilla svo sem sýkingar, sár og verki. Reynt er að viðhalda getu sjúklings þrátt fyrir langt genginn sjúkdóm. Jafnvel sjúklingar með langt gengna Parkinsonsveiki hafa gagn af endurhæfingu og virkri hjúkrunarmeðferð og það er þýðingarmikið að á öllum sjúkdómsstigum sé veitt viðeigandi meðferð, hvort sem hún er líkamleg, andleg eða félagsleg (Buchanan o.fl., 2002).



(Teikning: Marianne Klinke og Sólveig Haraldsdóttir)

Markmið hjúkrunar á lokastigi:

- Að auðvelda sjúklingnum að takast á við einkennin og draga úr álagi á hann og aðstandendur hans eins og hægt er.
- Að sjúklingurinn haldi virðingu sinni

(Abildgaard, 2004; Calne, 2003; Calne og Kumar, 2003).

Meðferð:

Ráðgjöf varðandi lyfjameðferðina og verkjastillingu (Abildgaard, 2004).

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingurinn taki virkan þátt í að fræða sjúkling og aðstandendur hans svo að þeir geti rætt um og tekið afstöðu til nokkurra erfðra spurninga. Má þar nefna meðal annars hver vilji þeirra sé varðandi: stofnanavistun svo sem sjúkrahús, dagdeild, hvíldarinnlögn, dvalarheimili og lífslengjandi meðferð til dæmis sýklalyfjagjöf, næringarslengur og endurlífsgun (Miller, 2002).

Lyfjameðferð

Mikið er gert til að þróa meðferð við Parkinsonsveiki og stöðugt er verið að finna ný lyf sem hafa áhrif á einkenni hennar (Abildgaard, 2004).

Parkinsonssjúklingar líta á lyfjagjafirnar sem lífsnauðsynlegar. Lyfjagjafirnar breyta öllu hvað varðar hreyfigetu sjúklingsins (Bruun o.fl., 1999).

Sjúklingar með Parkinsonsveiki horfa oft á gæði hjúkrunar út frá því hversu vel hjúkrunarfræðingar passa

upp á að gefa lyfin á réttum tíma. Lyfjameðferð má líkja við bensín á flugvél, sumar flugvélar komast á milli landa á einni áfyllingu á meðan aðrar þurfa að millilenda til að taka eldsneyti.

Sveiflur á einkennum byrja oft eftir 5-10 ára meðferð með Levodopa lyfjum og stafa af því að lyfjaskammtur endist ekki þar til næsti lyfjaskammtur tekur við. Þegar svo er komið vill lækningin oft stytta tímann milli lyfjaskammtanna og gefa þar að auki lyf sem lengja virkni Levodopa lyfja.

Algengar aukaverkanir af Parkinsonslyfjum er blóðþrýstingsfall þegar staðið er á fætur, ógleði og lystarleysi (Abildgaard, 2004 Calne og Kumar, 2003).

Levodopa lyfið er uppbyggt eins og prótein og það er sama flutningskerfið í líkamanum sem flytur Levodopa inn í blóðið og annast flutning á eggjahvítuefni fæðunnar (próteini). Þetta þýðir að séu flutningskerfi líkamans upptekin við að taka eggjahvítuefni til sín, geta þau ekki samtímis flutt Levodopa í eins miklu magni og þörf er á. Hægt er að tryggja aðgang Levodopa að flutningskerfinu með því að borða eggjahvítusnauðan mat að deginum, en neyta síðan eggjahvíturíkrar fæðu að kvöldi. Þetta gefur svigrúm til að draga úr notkun Levodopa lyfja, án þess að það hafi áhrif á líðan og ástand sjúklingsins (Abildgaard, 2004).

Hjúkrun við stjórnun lyfjagjafar

- Best er að taka lyfin inn með vatni, en sumir vilja frekar ávaxtagraut.
- Forðist mjólk, rjóma, súrmjólk og ís samtímis lyfjainntöku. Þessarar matvöru ætti ekki að neyta fyrr en að minnsta kosti hálf tíma eftir lyfjatöku.
- Mylja má venjulegt Madopar og Sinemet en forðast töflur má ekki mylja. Madopar Quick leysist upp í vatni.
- Gefa skal töflur $1\frac{1}{2}$ til 1 klukkustund fyrir mat.
- Dæmi um algenga tíma fyrir lyfjagjafir; 7.00 – 9.30 – 11.30 – 14.00 – 16.30 – 19.00 – 22.00.
- Hagið máltíðum þannig að þær verði í fyrsta lagi einni klukkustund eftir lyfjainntöku. Ef einkenni versna alltaf við próteinríka máltíð gæti verið að grænmetismáltíð um miðjan dag gæfi lengri virkan tíma.
- Ef ein tafla gleymist: Ef til dæmis gleymst hefur að gefa töflu kl. 07 og það uppgötvast kl. 7.30 – þá á strax að gefa töfluna sem gleymdist og halda áfram samkvæmt áætluninni. Ef það uppgötvast kl. 9.00 að gleymst hefur að gefa kl. 7 skammt, þá á að færa kl. 9.30 skammt fram til kl. 9.00. Ef áætlaður lyfjaskammtur kl. 7 var stærri en kl. 9.30 á að nota stærri lyfjaskammtinn.
- Skipuleggja skal lyfjatíma þannig að þeir passi við sólarhring sjúklingsins en ekki eftir „rútinu“ á spítaladeildinni.

(Abildgaard, 2004, Calne og Kumar, 2003, www.Parkinson.is.)

Hreyfing /hjúkrun

Hreyfingar sem heilbrigðir framkvæma án umhugsunar, til dæmis að fara fram úr rúmi, krefjast mikillar einbeitingar og umhugsunar fyrir Parkinsonssjúklinga. Þessu má líkja við þegar aðrir prófa línuskauta í fyrsta sinn.

Helstu einkenni eru:

- Erfiðleikar við að byrja hreyfingu.
- Hreyfingin stöðvast.
- Hæg, lítil skref.
- Erfiðleikar við fínhreyfingar.
- Erfiðleikar við að hreyfa sig í rúmi

(Calne og Kumar, 2003).

Það er mikilvægt að viðhalda getu sjúklingsins til að hreyfa sig. Upplagt er að reyna að finna sameiginlegt áhugamál sjúklings og aðstandenda/vinar, sem þeir gætu iðkað saman og fengið hreyfingu út úr og þar með vonandi aukin lífsgæði. Mætti hér nefna dans og gönguferðir (Whitney, 2004).

Hjúkrun við hreyfiferfiðleikum

- Hvetja skal sjúkling til daglegra hreyfinga/leikfimi.
- Ef sjúklingur er hræddur við að detta - útvega hjálpartæki í samvinnu við iðjuþjálf/sjúkraþjálfara.
- Þegar sjúklingur „frýs“ getur smá „verkefni“ stundum hjálpað, til dæmis að fleygja lyklakippu á gólfíð, beygja sig niður, taka upp og komast aftur af stað (sjúklingur gerir þetta sjálfur til að koma sér af stað).
- Göngutaktur er mikilvægur og sumir telja „einn, tveir, einn, tveir“. Öðrum hentar taktfastur söngur vel.
- Ekki tala of mikið við sjúkling eða í kringum sjúkling þegar hann þarf að framkvæma athafnir.
- Ef rekið er á eftir sjúklingi eykur það hættuna á að hann „frjósi“.
- Mikilvægt er að nota einföld og skýr fyrirmæli en muna um leið að hvetja sjúkling til sjálfshjálpar.
- Munnleg fyrirmæli á að gefa í réttari röð og að þau séu skýr og stutt. Þegar sjúklingur labbar, segja: „1-2, 1-2“. Ef hann þarf að standa upp úr stól, Þá segja t.d.: 1,2,3 upp!
- Hentugur klæðnaður er mikilvægur, til dæmis forðast föt með mörgum hnöppum.
- Ef sjúklingur er illa haldinn af handarskjálfta og það dregur úr sjálfstrausti hans, getur verið ráð að stinga hendinni í vasann eða halda á einhverju þungu í hendinni.

(Abildgaard, 2004; Calne, 2003, Calne og Kumar, 2003, Sunvisson og Ekman, 2000)

Talörðugleikar og samskiptavandamál

Röddin verður veik og áherslulaus hjá mörgum. Sjúklingur verður þvoglumæltur og óskýr í tali.

Hann getur átt erfitt með að segja orð og mynda setningar. Hann veit hvað hann vill segja en á erfitt með að koma orðunum frá sér og getur einnig átt í erfiðleikum með líkamlega tjáningu.

Talörðugleikar leiða oft til einangrunar. Sjúklingnum finnst að ekki sé hlustað á hann og tekur til dæmis ekki þátt í samræðum eða kys að vera kyrr heima fremur en að blanda geði við aðra.

Þetta hindrar sjúklinginn í að koma sjálfum sér á framfæri. Fólki fær ranga „mynd“ af því hver hann er (er til dæmis álitinn alvörugefinn eða full því hann brosir aldrei, en getur í raun ekki sýnt svipbrigði) (Sunvisson og Ekman, 2001; Backer, 2000; Abudi o.fl., 1997).

Hjúkrun við talörðugleika/samskiptaörðugleika

- Hvetja skal sjúkling með veika rödd til að æfa röddina daglega.
- Koma sjúklingi í samband við talmeinafræðing.
- Nota skýrt og einfalt mál og nota „já/nei“ spurningar þegar sjúklingur á erfitt með að tala.
- Gefa sjúklingi nægjanlegan tíma til að tjá sig.
- Ekki tala margir samtímis og spyrja fjölda spurninga í einu.
- Forðast að tala við sjúkling úr mikilli fjarlægð og náð augnsambandi þegar talað er við hann.
- Rólegt umhverfi.
- Ef skriftarerfiðleikar, nota pappír með línunum.
- Skriflegar upplýsingar skulu vera stuttar og hnitmiðaðar.
- Fræðsla – þarf að velja tíma þar sem áhrif lyfjanna eru í hámarki og sjúklingi líður vel.

(Abildgaard, 2004; Calne 2003; www.parkinson.is)

Kyngingarörðugleikar

Einkenni: Sjúklingur hóstar mikið og þarf oft að rækja sig. Hann kvartar um óþægilega tilfinningu í hálsi. Matur safnast í munni. Máltíð tekur mjög langan tíma. Sjúklingur kvartar um brjóstsviða eftir máltíðir.

Hjúkrun við kyngingarörðuleikum

- Auðveldara er að kyngja mjúkum mat en hörðum.
- Forðast að blanda áferð á fæði (til dæmis föst og fljótandi fæða saman).
- Nauðsynlegt getur verið að mata sjúklinginn.
- Mikilvægt er að gefa sjúklingnum nægan tíma til að matast.
- Hafa samband við næringarfræðing og talmeinafræðing.
- Gefa sjúklingi að borða þegar áhrif lyfjagjafa er mest.
- Gefa munnleg fyrirmæli til sjúklings (tyggja – kyngja).
- Ró og næði, forðast að tala við sjúkling þegar hann borðar.
- Gefa vatn eftir að sjúklingur er búinn að kyngja.
- Fræða aðstandendur um rétt viðbrögð við ásvelgingu.

(Calne og Kumar, 2003)

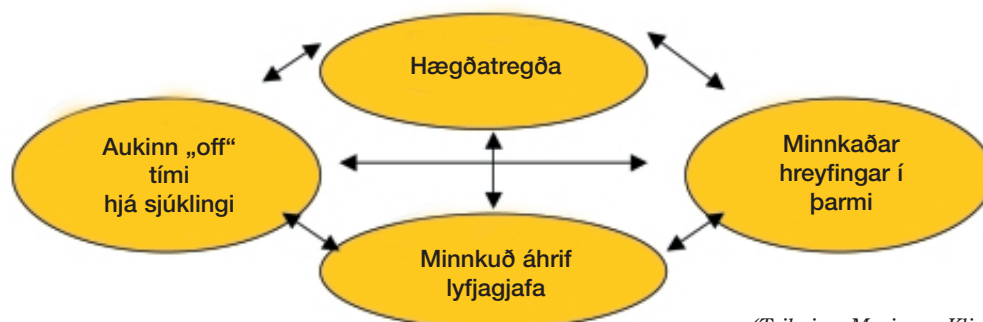
Mataræði og melting

Hægðatregða er algengt vandamál hjá Parkinsons-sjúklingum og talið er að milli 60-80% þeirra þjáist af hægðatregðu (Ueki og Otsuka, 2004). Ónóg hreyfing og of lítill vökví hefur smám saman áhrif á ósjálfráða taugakerfið, sem tekur þátt í starfsemi þarmanna. Hjá þessum sjúklingum eru þarmahreyfingar þar að auki hægari en eðlilegt er, tæming magans hæg og fæðan áberandi lengi að fara í gegnum meltingarveginn (Abildgaard, 2004).

Nauðsynlegt er að taka hægðatregðu föstum tókum og meðhöndla með mataræði og hægðalyfjum, þar sem rannsóknir hafa sýnt að hægðatregða dregur úr áhrifum Parkinsonslyfjanna. (Abildgaard, 2004).

Á byrjunarstigi Parkinsonsveiki hefur mataræði lítið að segja en samt er mikilvægt að hafa í huga að trefjar og nægilegt magn af vökva geta komið í veg fyrir seinni einkenni eins og hægðatregðu og að sjúklingurinn léttist. Seinna í ferlinu er mikilvægt að hafa gott skipulag á matmálstímum, lyfjatímum og hvenær eggjahvíturíkrar fæðu er neytt (Abildgaard, 2004).

Áhrif hægðatregðu



(Teikning: Marianne Klinke)

Munnvatnsrennsli

Mjög algengt er að sjúklingar hafi óþægindi af munnvatnsrennsli.

Munnvatnsmyndun sjúklingsins hefur ekki aukist, en rennsli og leki veldur Parkinsonssjúklingum oft óþægindum. Þetta stafar af því að sjúkdómurinn hefur áhrif á vöðva í vörum og því fer munnvatnið að leka út úr munninum. Þar við bætist að sjúklingurinn lútir oft höfði og rennir sjaldnar niður munnvatni en heilbrigðir.

Sum Parkinsonslyf valda munnþurrki, sem eykur hættuna á tannskemmdum. Sömuleiðis getur það valdið tannskemmdum þegar sjúklingurinn getur ekki dreift munnvatninu um munninn (www.parkinson.is; Bruun o.fl., 1999).

Hjúkrun við munnvatnsrennsli

- Hvetja sjúkling til að fara reglulega til tannlæknis.
- Ef hann á í vandræðum með að nota venjulegan tannbursta geta rafmagnstannburstar oft reynst vel.
- Tala við lækni um hugsanlegar lyfjabreytingar.
- Botulinum toxin sprautur í munnvatnskirtla geta gefið góða raun ef munnvatnsrennsli er mikið

(Calne og Kumar, 2003).

Þvaglát

Parkinsonssjúklingar geta átt við ýmis þvagvandamál að stríða, svo sem aukna tíðni þvagfærasýkinga, tíð þvaglát, næturþvaglát, einnig er oft erfitt fyrir sjúkling að tæma þvagblöðruna (Abildgaard, 2004, Calne og Kumar, 2003)

Hjúkrun við þvagvandamálum

- Hvetja sjúkling til að drekka vel af vökva yfir daginn en draga úr vökvainntekt fyrir nóttina.
- Skipuleggja fastar salernisferðir.
- Ómun af þvagblöðru eftir þvaglát þar sem fylgst er með magni eftirstandandi þvags (á við á sjúkrahúsi).
- Rétt hjálpartæki svo sem bleiur eða uridom.
- Huga að þörf fyrir lyfjameðferð í samráði við lækni.

(Abildgaard, 2004, Calne og Kumar, 2003)

Blóðþrýstingsfall þegar sjúklingur rís uppúr liggjandi stöðu eða stendur upp af stól.

Parkinsonssjúklingar eiga margir á hættu að fá blóðþrýstingsfall vegna truflana í ósjálfráða taugakerfinu sem og vegna aukaverkana af lyfjum (Calne og Kumar, 2003). Einkenni blóðþrýstingsfalls eru til dæmis svimi, yfirlið, dettni, þreyta.

Hjúkrun við blóðþrýstingsfalli

- Hvetja sjúkling til að drekka vel af vökva, salta matinn.
- Borða litlar máltíðir í einu en borða oft.
- Hvetja hann til að hvíla sig eftir matmálstíma.
- Forðast of mikinn hita.
- Lágmark 30° halla á höfuðlagi.
- Huga má að notkun teygjusokka.
- Að sjúklingur gefi sér góðan tíma þegar hann þarf að breyta um stellingu, „flýta sér hægt“.
- Láta hann sitja í sturtu og þegar hann þurrkar sér eftir það.
- Karlar hafi þvaglát sitjandi.
- Útvega hjálpartæki, svo sem göngugrindur o.fl.
- Hvetja skal sjúkling til að drekka 1/2 L vatns áður en farið er fram úr á morgnana. Drekkja smávegis kaffi/te (koffín).

(Calne og Kumar, 2003)

Verkir

Algengast er að vöðvaverkir séu vegna dópaminskorts í heila. Þeir koma oft í köstum, oftast í „off“ sveiflunum eða þegar áhrif lyfjanna minnka, svo sem á nóttunni eða snemma á morgnana.

Hjúkrun við verkjum

- Lyfjabreytingar.
- Verkjastillandi lyf.
- Nudd og teygjuæfingar.
- Hreyfing.
- Slökun.

(Abildgaard, 2004)

Svefnvandamál

Svefnraskanir eru þekktar hjá 60-90% Parkinsonssjúklinga.

Brotakenndur svefn er algengur og oft fyrsta einkenni svefntruflana (miklar hreyfingar í svefni, stirðleiki að næturlagi, öndunartruflanir, greinilegir draumar eða martraðir, þvaglát að næturlagi, kvíði og þunglyndi).

Hjúkrun við svefnvandamálum

- Tryggja gott hitastig í umhverfi.
- Minnka hávaða og truflanir.
- Hagræðing í rúmi svo vel fari um sjúkling.
- Ráðleggja minnkaða kaffi – og áfengisinntöku á kvöldin.
- Útvega viðeigandi hjálpartæki eins og snúningslak, togbelti, þvagflösku og svo framvegis.
- Auðvelda aðgengi að salerni.
- Lyfjabreytingar, lyfjameðferð.

(Calne og Kumar, 2003, Sunvisson o.fl., 2001, Laihinin o.fl., 1987)

Punglyndi, ruglástand, ofskynjanir og heilabilun

Punglyndi sést hjá um það bil 50% Parkinsonssjúklinga en erfitt getur verið að greina það frá Parkinsonseinkennum eftir því sem sjúkdómurinn er lengra genginn. Algeng einkenni Parkinsonsveiki eins og litil svipbrigði og tregða til svara geta til dæmis verið einkenni bæði þunglyndis og Parkinsonsveiki (Calne og Kumar, 2003). Aðstandendur og umönnunaraðilar eru yfirleitt þeir sem fyrst uppgötva breytingar á andlegu ástandi sjúklingsins, til dæmis ofskynjanir, ranghugmyndir og rugl. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir hvort eitthvert af eftirfarandi geti orsakað þessar breytingar:

- Lyfin ekki rétt gefin.
- Milliverkanir við aðra lyfjameðferð.
- Fasta, til dæmis fyrir svæfingu/rannsókn.
- Hækkaður líkamshiti.
- Ferðalög sem hafa áhrif á lyfjatímana.
- Sjúklingur hefur drukkið of lítinn vökva og er þurr.
- Hægðatregða.

Um það bil 30% allra Parkinsonssjúklinga fá heilabilun af einhverju tagi (Calne og Kumar, 2003).

Hjúkrun við breytingar á andlegu ástandi

- Breyting á lyfjameðferð.
- Mat á ástandi sjúklings í samvinnu við aðra fagaðila.
- Andlegur stuðningur við sjúkling og aðstandendur.
- Tryggja öryggi sjúklings

(Calne og Kumar, 2003).

Félagslegt

Aðstandendur Parkinsonssjúklinga glíma oft við eftirfarandi vandamál; félagslega einangrun, mikla vinnu, eru útkeyrðir, hafa of mikla ábyrgðartilfinningu og minni máttarkennd (Sunvisson og Ekman, 2001; Bruun o.fl., 1999).

Þar sem Parkinsonsveiki er langvinnur sjúkdómur er mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinginn að einbeita sér að aðferðum sem gagnast sjúklingnum og aðstandendum hans. Hjúkrunarfræðingurinn verður að hafa skilning á því hvernig þau upplifa sjúkdóminn svo hægt sé að veita persónulega umönnun sem byggir á þörfum einstaklingsins fremur en staðlaðri meðferð (Sunvisson og Ekman, 2001, Backer, 2000, Bruun o.fl., 1999).

Margir sjúklingar eiga erfitt með að takast á við breytingar á félagslegri stöðu sinni, sem felast jafnvel í að nú er hann háður öðrum og þarf aðstoð þeirra. Það getur verið erfitt að biðja um og þiggja aðstoð annarra. (Birgersson og Edberg, 2004; Becker, 2000; Bruun o.fl., 1999; Abudi o.fl., 1997).

Ekki er óalgennt að upp komi vandamál varðandi kynlífið, sem geta til dæmis stafað af litlu sjálfstrausti, skertri hreyfigetu, auk annarra líkamlegra vandamála, þó löng-

unin til kynlífs sé óskert. „Dopa-mania“ er einkenni sem kemur stundum fram sem lýsir sér í aukinni kynlífslöngun og er viðkomandi heltekinn af þessari löngun, sem stafar af truflun í heila og breyttri starfsemi taugarferfisins. Svona ástand getur verið mjög erfitt fyrir sjúklinginn, aðstandendur og umönnunaraðila að takast á við (Calne og Kumar, 2003; Bruun o.fl., 1999)

Hjúkrun við fjölskyldu / félagsleg vandamál

- Efla og virkja félagslegt stuðningsnet í kringum sjúkling og ættingja (persónulegt stuðningsnet, heilbrigðiskerfi og Parkinsonssamtök).
- Veita fræðslu.
- Hvetja til að halda í vinahóp sinn.
- Hvetja sjúkling og aðstandendur til að finna sameiginlegt áhugamál þrátt fyrir veikindin.
- Hvetja sjúkling til að vera vakandi fyrir möguleikum, nýta sér gamla, góða reynslu, takast á við hæfilega erfið viðfangsefni.
- Fyrirbyggja streitu.
- Ná sambandi við viðeigandi fagaðila til dæmis vegna andlegrar vanlíðunar og félagslegra vandamála.

(Calne og Kumar, 2003, Sunvisson og Ekman, 2001, Backer, 2000, Abudi o.fl., 1997)

Ekki leikur vafi á að Parkinsonsveiki hefur mikil áhrif á líf sjúklings og aðstandenda. Sjúklingar með Parkinsonsveiki leita þjónustu mjög víða í heilbrigðiskerfinu og lykilinn að auknum lífsgæðum þeirra eru góð tengsl við umönnunaraðila.

Sérfræðiþekking í hjúkrun er nauðsynleg til að veita aðstoð og ráðleggingar til handa sjúklingum, aðstandendum þeirra og umönnunaraðilum. Stöðug þróun hefur verið í hjúkrun Parkinsonssjúklinga og vænta má enn frekari breytinga á næstu árum.

Heimildir

- Abildgaard, M., [et al.]. (2004). *Parkinsons sygdom: Klinisk vejledning: Diagnose, forløb og behandling fra et evidensbaseret og tværfagligt perspektiv*. [S.l.]: Danmodis. Bls. 86.
- Abudi, S., Bar-Tal, Y., Ziv, L., & Fish, M. (1997). Parkinson's disease symptoms-patients' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 54-59.
- Backer, J. H. (2000). Stressors, social support, coping, and health dysfunction in individuals with Parkinson's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(11), 6-16.
- Baker, M. G., & Graham, L. (2004). The journey: Parkinson's disease. *British Medical Journal*, 329(7466), 611-614.
- Birgersson, A. M., & Edberg, A. K. (2004). Being in the light or in the shade: Persons with Parkinson's disease and their partners' experience of support. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 621-630.
- Bruun, K., Andersen, S., Strøm, E., & Jørgensen, V. (1999). *Med mod på livet : erfaringer og resultater fra et udviklingsprojekt for yngre Parkinsonpatienter*. København: Dansk Parkinsonforening. Bls. 550.
- Buchanan, R. J., Wang, S., Huang, C., Simpson, P., & Manyam, B. V. (2002). Analyses of nursing home residents with Parkinson's disease using the minimum data set. *Parkinsonism and Related Disorders*, 8(5), 369-380.

Protefix

- tannlím, púðar og hreinsitöflur

Kynntu þér málið
- fæst í apótekum



Hafðu samband og sjáðu hvað ég get gert fyrir þig
- örugg og persónuleg þjónusta.



ADAL-TANNSMÍÐASTOFAN
Íris Bryndís Guðnadóttir
klínískur tannsmíðameistari og tanntæknir
Hátúni 8 • jarðhæð • sími 552 5511 • irisbg@vortex.is

- Calne, S. (1994a). Examining causes and care of idiopathic Parkinsonism. *Nursing Times*, 90(16), 38-40.
- Calne, S. (1994b). Nursing care of patients with idiopathic Parkinsonism. *Nursing Times*, 90(24), 38-39.
- Calne, S. M. (2003). The psychosocial impact of late-stage Parkinson's disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(6), 306-313.
- Calne, S. M., & Kumar, A. (2003). Nursing care of patients with late-stage Parkinson's disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(5), 242-251.
- Laihinén, A., Alihanka, J., Raitasuo, S., & Rinne, U. K. (1987). Sleep movements and associated autonomic nervous activities in patients with Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 76(1), 64-68.
- Miller, J. L. (2002). Parkinson's disease primer. *Geriatric Nursing*, 23(2), 69-74; quiz 75.
- Reynolds, H., Wilson-Barnett, J., & Richardson, G. (2000). Evaluation of the role of the Parkinson's disease nurse specialist. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 337-349.
- Sunvisson, H., & Ekman, S. L. (2001). Environmental influences on the experiences of people with Parkinson's disease. *Nursing Inquiry*, 8(1), 41-50.
- Sunvisson, H., Ekman, S. L., Hagberg, H., & Lokk, J. (2001). An education programme for individuals with Parkinson's disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 311-317.
- Thomas, S. (1994). Managing Parkinson's disease. *Community Outlook*, 4(6), 15-20.
- Thomas, S., & MacMahon, D. (2002). Managing Parkinson's disease in long-term care. *Nursing Older People*, 14(9), 23-30.
- Ueki, A., & Otsuka, M. (2004). Life style risks of Parkinson's disease: Association between decreased water intake and constipation. *Journal of Neurology*, 251 Suppl 7, vii18-23.
- Whitney, C. M. (2004). Maintaining the square. How older adults with Parkinson's disease sustain quality in their lives. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(1), 28-35.

Vefsíða: www.parkinson.is

Heyrnartæki með gervigreind



SYNCRO

- Afgreiðslutími innan þriggja vikna
- Bjóðum margar tegundir af sjálfvirkum, stafrænum heyrnartækjum
- Verð frá 47.000 – 170.000 kr fyrir eitt tæki
- Persónuleg og góð þjónusta



Erum með þjónustu á Akureyri - Ísafirði - Egilsstöðum



Heyrnartækni

www.heyrnartaekni.is

Glæsibær | Álftheimum 74 | 104 Reykjavík | sími: 568 6880

HEYRNARTÆKNI




J. Eiríksson ehf.

Persónuleg og traust þjónusta

Þjóðum fjölbreytt úrval vandaðra hjálpartækja frá þekktum framleiðendum. Einnig leigjum við út hjólastóla.




Tangarhöfði 5, 110 REYKJAVÍK • s: 564 28 20 • gsm: 894 32 80 • fax: 564 24 20 • je@je.is

ÞEGAR GRANNT ER SKOÐAÐ ER AÐEINS EITT SEM LEGGUR GRUNNINN AÐ VELGENGNI OKKAR...



HJÓLASTÓLAR
HJÁLPAARMÓTORAR
HITAHLÍFAR
SPELKUR
ADL TÆKI
SMÁHJÁLPARTÆKI
HÆKJUR
STAFIR
BADTÆKI

RAFMAGNSHJÓLASTÓLAR
GÖNGUGRINDUR
VINNUSTÓLAR
RAFSKUTLUR
SJÚKRARÚM
RÚMBORÐ
REIÐHJÓL
KERRUR
STANDBEKKIR

HÁRKOLLUR
GERVIBRJÓST
SUNDBOLIR
SJÚKRASOKKAR
HJÓLASTÓLAR
ÞRÍHJÓL
HITAHLÍFAR
SPELKUR
SMÁHJÁLPARTÆKI

...ÁNÆGÐIR VIÐSKIPTAVINIR



Trönuhrauni 8 • Hafnarfjörður • Sími 565 2885 • www.stod.is

Sjúkraþjálfun Parkinsonssjúklinga á Æfingastöð Styrktarfélags lamaðra og fatlaðra

Parkinsonsveiki er taugasjúkdómur sem greinist hjá fólki að öllu jöfnu eftir fimmtugt. Helstu einkenni eru hreyfitregða, vöðvastífni og skjálfti.

Allir hafa þörf fyrir reglulega hreyfingu til að viðhalda góðri heilsu og færni, en rannsóknir hafa sýnt að Parkinsonssjúklingar eru minna virkir en heilbrigðir jafnaldrar.

Rannsóknir sýna að regluleg hreyfing er til góðs og að hægt er að bæta hreyfifærni Parkinsons-sjúklinga með æfingum. Með því að þjálfra líkamann léttum við einnig lundina.

Á Æfingastöð SLF er hóppjálfun fyrir Parkinsonssjúklinga, leiðbeinendur eru sjúkraþjálfarar.

Þjálfun fer fram bæði í æfingasal og í laug. Lögð er áhersla á þætti eins og líkamsstöðu, liðleika, færni við athafnir daglegs lífs, vöðvastyrk, þrek og úthald, jafnvægi, samhæfingu, snerpu og raddstyrk.

Nýlegar rannsóknir benda til að regluleg hreyfing geti hægt á sjúkdómsferlinu og einnig hugsanlega haft fyrirbyggjandi áhrif, samkvæmt rannsóknum í Pittsburgh, Harvard School of Public Health og víðar.



Jóna Þorsteinsdóttir
Sjúkraþjálfari, Æfingastöð
Styrktarfélags lamaðra og
fatlaðra (SLF)

Hreyfing – gleði – félagsskapur

Parkinsonsveiki er taugasjúkdómur sem hefur áhrif á hreyfigetu sjúklinga. Helstu einkenni hans eru hreyfitregða, vöðvastífni og skjálfti. Sjúkdómurinn greinist einkum eftir fimmtugt. Við Parkinsonsveiki fækkar taugafrumum í heila sem framleiða dopamin, en dopamin er nauðsynlegt taugaboðefni sem er mikilvægt í sambandi við stjórnun hreyfinga.

Fyrstu einkenni Parkinsonsveiki geta verið margvísleg. Oft finnur sjúklingurinn fyrir skjálfta í hendi, hreyfingar verða hægari og hann finnur fyrir stíðleika. Á seinni stigum minnka svipbrigði í andliti og rödd verður lág og blæbrigðalaus (monoton).

Virgni Parkinsonssjúklinga

Fram að fimmtugu er enginn munur á virkni Parkinsonssjúklinga og annarra einstaklinga, m.a. varðandi ástundun líkamsþjálfunar og íþróttar, samkvæmt rannsókn Fertl og félaga. Með hækkandi aldri hreyfir fólk sig almennt minna. Á sextugsaldrinum dró meira úr virkni Parkinsonssjúklinga heldur en heilbrigðra jafnaldra. Og eftir því sem einstaklingur hafði haft Parkinsonsveiki lengur, dró meira úr virkninni. Líkamsrækt sem hentar Parkinsonssjúklingum vel eru til dæmis sund, gönguferðir og leikfimi, en Parkinsonssjúklingar virðast eiga

erfitt með að ná valdi á nýrri íþrótt sem þeir hafa ekki stundað áður. Höfundar rannsóknarinnar hvetja Parkinsonssjúklinga til að vera virkir til að viðhalda vöðvastyrk og hreyfanleika eins lengi og hægt er (Fertl o.fl., 1993).

Áhrif þjálfunar á Parkinsonsveiki

Rannsókn var gerð á 16 Parkinsonssjúklingum, með væg til meðal slæm einkennum skjálfta, hreyfitregðu og vöðvastífni, til að athuga áhrif þjálfunartarntar á hreyfanleika, hugarástand og vellíðan. Þjálfað var 2 sinnum í viku í 14 vikur. Ástand var metið fyrir þjálfun, eftir 7 vikur, 14 vikur og eftir 20 vikur. Niðurstöður sýndu tölfræðilega marktækar framfarir varðandi hreyfanleika, hugarástand og vellíðan. Einnig kom í ljós að stjórn hreyfinga virtist batna. Árangur hélst í að minnsta kosti 6 vikur eftir að þjálfun var hætt, en lengur vildu þátttakendur ekki vera án þjálfunar (Reuter o.fl., 1999).

Meðferð Parkinsonssjúklinga

Æfingar eru mikilvægur þáttur í meðferð Parkinsonssjúklinga og getur nýst þeim á öllum stigum sjúkdómsins. Æfingar geta hindrað skerta hreyfifærni og hafa góð áhrif á hugarástand. Það skiptir minna máli hvaða þjálfun er stunduð, aðalatriðið er regluleg þjálfun. Markmiðið er að bæta liðleika og styrk, einkum styrk réttivöðva, en Parkinsonssjúklingar hafa tilhneigingu til að fá álúta líkamsstöðu (Koller, 2002).

Hóppjálfun á ÆSLF

Hóppjálfun Parkinsonssjúklinga hefur farið fram á Æfingastöð SLF í rúmlega 15 ár, lengst af undir stjórn Guðlaugar Sveinbjarnardóttur og Margrétar Þórisdóttur sjúkráþjálfara. Greinarhöfundur hefur tekið þátt í þjálfuninni í tvö ár.

Skjólstæðingar sjúkráþjálfara þurfa tilvísun frá lækni og sama á við um hóppjálfunina.

Við fyrstu komu fer fram skoðun og mat á færni skjólstæðingsins og í framhaldi af því er ákvörðun tekin varðandi þjálfun, í samráði við skjólstæðinginn. Oft hafa Parkinsonssjúklingar önnur einkenni, t.d. frá hjarta, (ortostatískan lágbrysting, en þá svimar fólk þegar það ris skyndilega upp, hjartsláttaróreglu, eða of háan blóðþrysting) (Stanley o.fl., 1999), frá lungum eða liðum, og alltaf þarf að taka tillit til heilsufarsástands þegar byrjað er að þjálfa. Gullna reglan er að fara rólega af stað, en reglubundin þjálfun er öllum mikilvæg.

Reynt er að finna hóp við hæfi en stundum er þörf fyrir einstaklingsþjálfun.



Ýmist eru tveir eða þrír hópar í gangi á hverjum tíma. Fer það eftir fjölda skjólstæðinga og hreyfifærni. Þjálfunin fer fram 2 sinnum í viku, en þá annar tíminn í æfingasal en hinn í sundlaug. Í æfingasal eru æfingarnar ýmist gerðar í sitjandi eða standandi stöðu, allt eftir færni einstaklinganna í hópnum. Einnig eru dýnuæfingar fyrir þá sem treysta sér til að fara niður á gólf. Fjöldi í hóp er 3–10 og þjálfarar sem leiða hvern hóp eru 1–3, eftir fjölda og getu skjólstæðinga og tegund æfinga.

Hreyfing – gleði – félagsskapur.

Mikið er lagt upp úr félagslega þættinum, að koma saman og eiga hressilega og skemmtilega stund.

Markmiðið með meðferðinni er margþætt og unnið með þætti eins og:

- líkamsstöðu
- vöðvastyrk
- hreyfanleika
- þrek og úthald
- jafnvægi
- samhæfingu og snerpu
- raddstyrk
- athafnir daglegs lífs.

Líkamsstaða - vöðvastyrkur

Parkinsonssjúklingar hafa tilhneigingu til að kíkna í hnjám og mjöðmum, fá álúta líkamsstöðu og bogna olnboga. Vöðvastyrkur minnkar. Beygjuvöðvar líkamans ná oft yfirhöndinni yfir réttivöðvum og nauðsynlegt er að koma jafnvægi þarna á. Því er lögð áhersla á að styrkja réttivöðva líkamans, það er vöðva sem viðhalda góðri líkamstöðu, vinna gegn þyngdaraflinu og kreppum.

Hreyfanleiki – öndun – raddbönd

Vöðvastífni sem margir Parkinsonssjúklingar fá er ekki bara í útlimum, heldur einnig í vöðvum við hrygg og

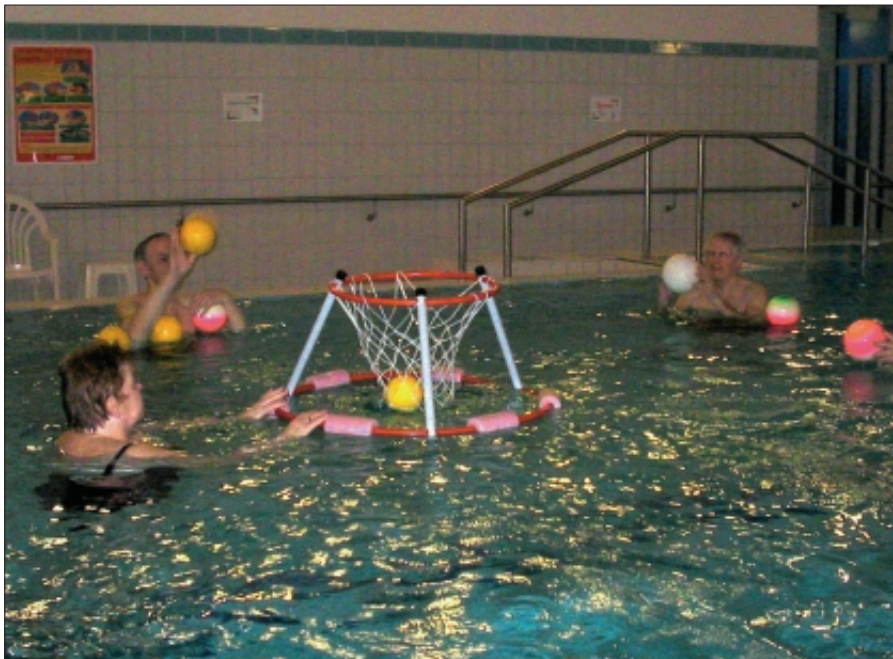
umhverfis brjóstkassa og getur því haft bein eða óbein áhrif á eðlilega öndun. Auk þess verða oft andlits- og háls-vöðvar stífir og allt getur þetta haft áhrif á eðlilega öndun (Stanley o.fl., 1999). Mikilvægt er að liðka hrygg og brjóstkassa, ásamt öðrum stærri liðum og þjálfandi andlits-vöðva og raddbönd. Við þjálfum raddstyrk, tölum, syngjum og kveðum.

Þrek og úthald

Mikilvægt er að æfa starfsemi hjarta og lungna en það gerum við með þrek- og þolþjálfun, en það er orkukrefjandi að hreyfa sig ef mikil vöðvastífni og stirðleiki er fyrir hendi. Ekki er talið æskilegt að ofgera sér, en ef úthald og þrek er bætt þá hefur einstaklingurinn meira svigrúm til að hreyfa sig, þreytist minna við sömu verk og hreyfingar. Á seinni stigum sjúkdómsins ber oft töluvert á þreytu.

Jafnvægi og jafnvægisviðbrögð eru þjálfuð.

Unnið er með snerpu og samhæfingu. Farið er í ýmsa leiki eða þrautir þar sem reynir á þessa þætti. Meðal annars er unnið með bolta, keilur, blöðrur og fleira.



Færni sem nýtist við daglegar athafnir til dæmis að rísa upp úr stól, velta sér í rúmi og fleira er hluti þjálfunarinnar. Mikilvægt er að læra hreyfitækni sem auðveldar hreyfingar ef mikill stirðleiki er fyrir hendi.

Einkenni Parkinsonsveiki versna við streitu og því er mikilvægt að geta slakað á. Oft endum við tímana með slökun.

Taktföst tónlist auðveldar Parkinsonssjúklingum að hreyfa sig og nýtum við það, bæði í sitjandi og standandi æfingum og stundum er stígginn hringdans. Einnig hefur það gerst að liðtækir dansarar í hópunum hafi brugðið sér í tangóskóna og þá megum við þjálfararnir hafa okkur alla við til að fylgja þeim eftir.

Sundlaug

Við erum svo lánsöm að hafa góða laug hér á Æfingastöð SLF. Laugin er 12,5 m á lengd, dýpst er hún 1,35 m. Laugin er yfirleitt 34° C heit. Þjálfararnir fara ofan í lauginna með hópnum.

Í sundlauginni er að sjálfsögðu synt, með aðstoð flot-holts eða þjálfara ef þörf krefur.

Þar eru gerðar gönguæfingar, úthalds- og þolæfingar og eiginleikar vatnsins nýttir við styrktarþjálfun og liðkun. Við verðum þar börn í annað sinn og hoppum og dönsum í takt við tónlist, í vatninu verðum við svo létt.

Regluleg þjálfun - heimaæfingar

Parkinsonssjúklingar sem koma til Æfingastöðvar SLF í þjálfun koma að jafnaði 2 sinnum í viku eins og að framan greinir. En mikilvægt er að hreyfa sig eitthvað daglega, til dæmis fara í gönguferðir, sund, Tai Chi, dansa eða gera æfingar heima. Einnig munu æfingar á myndbandi vera væntanlegar á árinu.

Allir hafa þörf fyrir reglulega hreyfingu til að viðhalda góðri heilsu og færni, en rannsóknir hafa sýnt að Parkinsonssjúklingar eru minna virkir en heilbrigðir jafnaldrar.

Mikilvægt er að vera meðvitaður um líkamsstöðuna og vinna fyrirbyggjandi gegn slakri líkamsstöðu strax frá greiningu. Hægt er að teygja úr sér við vegg, bæði með því að snúa á móti veggnum og renna höndum upp, einnig með því að snúa baki að vegg og láta mjaðmir og herðar snerta vegginn, lyfta bringunni og teygja hvirfil upp. Æskilegt er að liggja eins flatur og hægt er stutta stund daglega og rétta vel úr öllum liðum. Einnig er gott að liggja daglega á maganum í stutta stund, hægt er að setja púða undir kvið í byrjun, meðan líkaminn er að venjast stöðunni.

Heima er gott að þjálfra röddina með því að lesa upp-hátt eða syngja. Og þeir sem telja sig ekki mikla söngvara geta alltaf sungið í sturtu.

Rannsóknir sem styðja mikilvægi hreyfingar:

Margar rannsóknir styðja kenningar um mikilvægi hreyfingar.

- Vitað er að eftir 6-8 vikna hreyfingarleysi rýrna vöðvar og færni minnkar. Þess vegna er reglubundin þjálfun öllum mikilvæg (Reuter o.fl., 1999).
- Ef við viðhöldum góðum vöðvastyrk og jafnvægi þá er einnig minni hættu á byltum og brotum (Ella Kolbrún Kristinsdóttir, 2002, 2006).
- Rannsóknir hafa sýnt að hægt er að bæta hreyfifærni og hugarástand hjá Parkinsonssjúklingum með æfingum. (Reuter o.fl., 1999). Hreyfing örvar framleiðslu boðfna í heilanum sem létta lundina. Og ef við erum í góðu formi líkamlega, þá lifur okkur einnig betur andlega og verðum hjartsynni.
- Við dýrarannsóknir í Háskólanum í Pittsburgh hefur komið fram að regluleg þjálfun getur hindrað hrörnun taugafruma sem venjulega skaðast við Parkinsonsveiki. Niðurstöður rannsókna benda til þess að æfingar geti aukið mótstöðu dopamin taugafruma og geti þannig verið gagnleg meðferð fyrir Parkinsonssjúklinga (Rossi, 2004).

Fyrirbyggjandi áhrif?

Tengsl líkamspjálfunar og heilsu hafa töluvert verið rannsökuð, og sömuleiðis tengsl þjálfunar við ýmsa sjúkdóma eins og hjartasjúkdóma og krabbamein. Hins vegar er lítið vitað um tengsl líkamsræktar og taugasjúkdóma, þar á meðal Parkinsonsveiki. Dopamin í heila er nauðsynlegt fyrir eðlilegar hreyfingar. En sjúkráþjálfun hefur verið mikilvægur þáttur í meðferð Parkinsonssjúklinga.

Sasco og félagar ákváðu að rannsaka hvort innbyrðis tengsl væru á milli líkamspjálfunar á ýmsum aldri og hættu á að fá Parkinsonsveiki. Þeir fylgdu eftir stórum hópi sem stundaði nám í Harvard College of University of Pennsylvania á árunum 1916 - 1950. Þetta er fyrsta farsfræðilega rannsóknin (epidemiologic investigation), sem kannaði hugsanleg tengsl milli líkamspjálfunar og Parkinsonsveiki, og var birt 1992. Niðurstöður benda til þess að regluleg þjálfun geti haft væg fyrirbyggjandi áhrif á að fá Parkinsonsveiki. Fleiri rannsóknir eru þörf til að varpa skýrara ljósi á hugsanleg tengsl þjálfunar og Parkinsonsveiki (Sasco o.fl., 1992).

Í fyrstu yfirgripsmiklu rannsókn á reglulegri líkamspjálfun og hættu á að fá Parkinsonsveiki, fundu rannsóknarmenn við Harvard School of Public Health, að þeir sem höfðu þjálfað reglulega og mikið á sínum yngri árum voru í minni áhættu að fá Parkinsonsveiki, borið saman við þá sem ekki höfðu stundað reglulega líkamsrækt. Fylgst var með 48.000 körlum og 77.000 konum frá 1986 – 2000. Karlar sem voru mest virkir við upphaf rannsókna



arinnar voru í 50% minni hættu á að fá Parkinsons-veiki, samanborið við þá sem voru minnst virkir. Konur sem stunduðu reglulega líkamsrækt á sínum yngri árum voru einnig í minni hættu á að fá Parkinsons-veiki, en tengslin þar voru ekki tölfræðilega marktæk (Myron, 2005).

Lokaorð

Engin lækning hefur verið til við Parkinsonsveiki. Sjúklingar taka lyf til að halda einkennum í skefjum. En nýlegar rannsóknir benda til að reglubundin þjálfun geti hjálpað í baráttunni við þennan sjúkdóm. Regluleg þjálfun er öllum nauðsynleg til að halda góðri heilsu, viðhalda vöðvastyrk, liðleika, jafnvægi og þreki. Þannig erum við betur í stakk búin til að takast á við áföll sem mæta okkur í lífinu og getum búið lengur heima og séð um okkur sjálf.

Heimildir

- Ella Kolbrún Kristinsdóttir (2004 og 2006). [Fyrirlestrar um niðurstöður rannsókna hennar um jafnvægi aldraðra].
- Fertl, E., Doppelbauer, A., & Auff, E. (1993). Physical activity and sports in patients suffering from Parkinson's disease in comparison with healthy seniors. *Journal of Neural Transmission. Parkinson's Disease and Dementia Section*, 5(2), 157-161.
- Koller, W. C. (2002). Treatment of early Parkinson's disease. *Neurology*, 58(4 Suppl 1), S79-86.
- Myron, K.C. (22. febrúar 2005). Physical activity linked to protection from Parkinson's disease. *Medical News Today*. Sótt 12. febrúar 2006: <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=20256>
- Reuter, I., Engelhardt, M., Stecker, K., & Baas, H. (1999). Therapeutic value of exercise training in Parkinson's disease. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(11), 1544-1549.
- Rossi, L. (24. október 2004). Exercising limbs protects brain cells affected by Parkinson's, University of Pittsburgh researchers report in small animal studies at society for neuroscience meeting. *UPMC News Bureau*. Sótt 12. febrúar 2006: <http://newsbureau.upmc.com/TX/ZigmondParkinsonStudy2004.htm>
- Sasco, A. J., Paffenbarger, R. S., Jr., Gendreau, I., & Wing, A. L. (1992). The role of physical exercise in the occurrence of Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 49(4), 360-365.
- Stanley, R. K., Protas, E. J., & Jankovic, J. (1999). Exercise performance in those having Parkinson's disease and healthy normals. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(6), 761-766.

Endurhæfing fyrir fólk með Parkinsonsveiki á Reykjalundi

Ólöf H. Bjarnadóttir

Þfirlæknir taugasviðs Reykjalundar



Inngangur

Fyrsta og besta meðferð við Parkinsonsveiki er lyffjameðferð. Sú meðferð læknar ekki sjúkdóminn og því er mikilvægt að aðlaga líf sitt þeirri breytingu sem Parkinsonsveikin getur haft í för með sér.

Einkennin eru fjölbætt og verður meðferðin að taka mið af því. Þess vegna er þverfagleg nálgun mikilvæg, þar sem margir fagaðilar koma að meðferð. Fyrir utan lækisfræðilegt sjónarhorn, þá er einnig hugað að hjúkrunarvandamálum, líkamsheilsu, þjálfun, færní við iðju, hjálpartækjum, tali, samskiptum ásamt félagslegum og andlegum þáttum.

Að greinast með langvinnan sjúkdóm eins og Parkinsonsveiki vekur ýmsar spurningar.

- Mun hreyfiskerðing vera takmarkandi þáttur í lífi mínu?
- Mun sjálfstæði mitt minnka, ef færnin skerðist?
- Munu framtíðardraumar mínir rætast?
- Hversu lengi get ég starfað?
- Verð ég að leggja til hliðar gömlu áhugamálin og finna mér ný?

Endurhæfing

Fólk með Parkinsonsveiki hefur í fjöldamörg ár fengið endurhæfingu á Reykjalundi, en frá 1998 hefur meðferð verið skipulögð í hópum. Hugmyndin á bak við þá breytingu var að gera endurhæfinguna markvissari og auka fræðslu til sjúklinga og aðstandenda. Einnig þótti sýnt að með þessum kosti nýttist tíminn vel, hópvinna hefði hvetjandi áhrif á þátttakendur og þeir kynntust og styddu hvorn annan.

Endurhæfing fyrir fólk með Parkinsonsveiki á Reykjalundi gengur undir nafninu heilsuefning. Það orð var valið fyrst og fremst til að beina sjónum fólks að heilsu sinni frekar en sjúkdómnum. Með þessari nálgun verður einstaklingurinn virkari í sinni meðferð (þar sem það á við) og heldur áfram að bera ábyrgð á eigin heilsu.

Meginstef heilsuefningar fyrir Parkinsonsveika eru:

- Bæta og viðhalda líkamlegri, andlegri og félagslegri færní.
- Veita fræðslu um sjúkdóminn og leiðbeina um úrræði.
- Efla virkni og ábyrgð á eigin heilsu.
- Aðlögun einstaklings og fjölskyldu að lífi með langvinnan sjúkdóm.

- Ráðleggja um hvernig megi viðhalda færnei eftir að heim er komið.

Áhersla er á þjálfun flestra vöðva. Fyrir utan almenna styrk- og þrekþjálfun sem fólk þekkir, er unnið markvisst að því að leiðrétta ranga stöðu, teygja á stuttum vöðvum, styrkja þá kraftminni og bæta jafnvægi. Vegna eðlis sjúkdómsins eru skynrænar vísbendingar nýttar, eins og sjón og heyrn, til að leiðrétta ranga beitingu líkamans. Raddþjálfun er einnig mikilvægur þáttur í endurhæfingunni, þar sem sérhæfðum raddæfingum er beitt til að auka raddstyrk í tali. Einnig eru metnar taltruflanir og kyngingartregða.

Fræðsla er veitt um sjúkdóminn til að auðvelda fólki skilning á þeim leiðbeiningum sem það fær. Þekking dregur úr óöryggi og auðveldar fólki að laga líf sitt að langvinnnum sjúkdómi og nýta þá styrkleika sem eru til staðar.

Rætt er um mikilvægi þess að láta ekki utan- aðkomandi streitu ná tökum á sér og kenndar eru orkusparandi aðferðir og streitustjórnun. Leiðbeiningar eru veittar um hvernig finna megi jafnvægi milli starfs, tómstundaiðju, hvíldar og eigin umsjár.

Einnig er rætt um og leiðbeint með úr- lausnir á ýmsum einkennum, sem fylgt geta Parkinsonsveikinni svo sem truflunum á svefni,



þvagi, geði og minni. Rætt er um mataræði og næringu. Metin er hjálpartækjaþörf og veittar ráðleggingar um vinnu, húsnæði og þjónustu samfélagsins ef þörf krefur. Haldið er fræðslu- erindi fyrir aðstandendur um sjúkdóminn og tilgang heilsueflingar.

Lögð er áhersla á, og fólki leiðbeint með, að halda áfram þjálfun eftir útskrift ásamt því að viðhalda virkni sinni, eftir því sem við á.

Lokaorð

Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar og reynsla okkar á Reykjalundi benda til þess að endurhæfing hafi jákvæð áhrif. Við vitum að það skiptir máli að virkja hug og hönd. Nauðsynlegt er fyrir alla að finna tilgang í lífinu og hafa eitthvað fyrir stafni. Þeir sem hafa tekið þátt í heilsueflingunni upplifa sig styrkari og þólnari og sannreyna oft að þeir geta aukið virkni sína. Þannig getur þessi meðferð oft aukið hjartsyni og sjálfstraust fólks sem auðveldar hið daglega líf.

Mikilvægt er að bjóða upp á endurhæfingu til að auðvelda fólki að halda virkni sinni, sjálfs- bjargargetu og lífsgæðum. Ekki er síður mikilvægt að hvetja fólk til að taka ábyrgð á eigin heilsu, sem skilar sér í betri heilsu og bættri líðan.

Lyftu þér upp

Við leggjum þér lið

- Lyftibúnaður sem auðveldar þér að standa upp
- Einfaldar stillingar
- Falleg hönnun
- Fjölbreytt úrval



Úrval af rafskutlum og hægindastólum með rafknúinni lyftu



- Snúningssæti
- Mismunandi hraðastillingar
- Nota má jafnt innan- sem utandyra
- Einfaldar og öruggar



Komdu og prófaðu – möguleikarnir munu koma þér skemmtilega á óvart.

Persónuleg þjónusta og fagleg ráðgjöf
Opíð 9-18 alla virka daga.

Eirberg

Eirberg ehf. • Stórhöfða 25 • 110 Reykjavík • sími 569 3100 • eirberg@eirberg.is • www.eirberg.is

Áfram á hreyfingu

*Undanfarin misseri hafa
Anna Krístrún Gunnars-
dóttir og Þórhildur Ólafs-
dóttir sjúkraþjálfarar á
Landspítala háskólasjúkra-
húsi, unnið að gerð
fræðsluefnis um þjálfun og
hreyfingu sem þær kalla
„Áfram á hreyfingu“.*

Það er æskilegt að strax við greiningu parkinsonssjúkdóms fái einstaklingar fræðslu um líkamsþjálfun því vegna stíðleika og breytinga í hreyfifærni er mikilvægt að parkinsonsveikir stundi líkamsþjálfun og hreyfi sig reglulega. parkinsonssjúklingar eiga ekki alltaf auðvelt með að nýta sér hvaða líkamsrækt sem er. Þeir þurfa að forðast of mikla þreytu og streitu vegna þess að slíkt eykur á einkennum sjúkdómsins. Á seinni stigum sjúkdómsins er mikilvægt að nýta vel þær stundir þegar ástandið er gott til markvissrar hreyfingar sem oft er strax eftir lyfjatöku. Þá getur verið gott að styðjast við æfingar sem eru sérsníðnar fyrir parkinsonssjúklinga til að liðka sig og styrkja. Af þeirri ástæðu henta æfingar sem hægt er að gera heima, á hvaða tíma sem er, sérstaklega vel.

Fræðsluefnið mun nýtast parkinsonsveikum og aðstandendum þeirra en mun einnig nýtast heilbrigðisstarfsfólki sem vill auka þekkingu sína á efninu. Tvenns konar fræðsluefni verður gefið út, annars vegar 45 síðna bæklingur og hins vegar 90 mínútna myndefni á dvd disk. Bæklingurinn inniheldur fræðandi texta og æfingar sem útskýrðar eru nánar með ljósmyndum. Auk þess að vera fræðandi er bæklingurinn persónulegur og settar eru fram reynslusögur einstaklinga með sjúkdóminn. Myndbandið skiptist í þrjár misþungar æfingaáætlanir, teygjur, slökun og hagnýt ráð auk þess sem fræðslu um einkenni sjúkdómsins og gildi hreyfingar er tvínað inni æfingaefnið.

Við gerð efnisins var stuðst við fræðsluefni sem til er af þessu tagi á Norðurlöndunum, Bretlandi og Bandaríkjunum. Auk þess var leitað til fagaðila hér á landi sem vinna mikið með Parkinsonsveikum og góð ráð þeirra nýtt við gerð efnisins. Þannig var reynt að nýta það besta úr mörgum ólíkum áttum. Bæklingnum verður dreift á læknaðstofur, heilsugæslustöðvar, bókasöfn, og starfsstöðvar sjúkraþjálfara auk þess sem allir meðlimir Parkinsonssamtakanna fá eintak af fræðsluefninu. Hægt verður að nálgast myndefnið og bæklinginn hjá parkinsonssamtökunum en þau munu sjá um dreifingu efnisins í framtíðinni.

Áður en þetta efni var gert var til 5 síðna íslenskur bæklingur með stuttu fræðsluefni og fáum æfingum með teiknuðum myndum til að styðjast við. Auk þess bæklingur var eingöngu hægt að nálgast fræðslu með þessu sniði á erlendu tungumáli og þörfin fyrir viðameira efni á íslensku því mikil.

Fræðsla af þessu tagi er viðbót við þá þjónustu sem nú þegar er veitt til sjúklingahópsins. Hóþþjálfun er góður æfingakostur að mati höfunda og vonast þeir til að fræðsla sem þessi um gildi hreyfingar verði til þess að áhugi á þeirri þjálfun sem þegar er í boði fyrir markhópin aukist.

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands

Reykjavík

Lífeyrissjóður LSR, Bankastræti 7
Heilsugæslan í Reykjavík, Barónstíg 47
Lýðheilsustöð, Laugavegi 116
Sjón Gleraugnaverslun ehf, Laugavegi 62
Íslensk erfðagreining, Sturlugötu 8
Verzlunarmannafélag Reykjavíkur, Kringlunni 7
Hjúkrunarheimilið Skjól, Kleppsvegi 64
Hrafnistuheimilin, Laugarási
Útfararmiðstöð Íslands, Sólheimum 18
Áskirkja, Vesturbrún 30
Heyrnartækni ehf, Álfheimum 74
Blindrafélagið, Hamrahlið 17
Nuddstofan Paradís, Laugarnesvegi 82
Droplaugarstaðir, Snorrabraut 58
Efling stéttarfélag, Sætúni 1
Útfararstofa kirkjugarðanna, Vesturhlíð 2

Félags- og þjónustumiðstöð Aflagrandar 40,
Aflagrandar 40
Landssamtök sauðfjárbænda, Bændahöllinni
v/Hagatorg
Dvalar og hjúkrunarheimilið Grund,
Hringbraut 50
Þjónustuíbúðir og félagsmiðstöð, Furugerði 1
Velferðarsvið Reykjavíkurborgar, Tryggvagötu 17
Múlabær, Ármúla 34
Seljakirkja, Hagasel 40
Seljahlið, heimili aldraðra, Hjallaseli 55
Lyfjaval - Bílaapótek, Þönglabakka 6
MS Reykjavík, Bitruhálsi 1
Lyf og heilsa hf., Bæjarhálsi 1
Orkuveita Reykjavíkur, umsýslu og
almannatengsl, Bæjarhálsi 1
Sjúkraþjálfunin Heil og Sæl ehf., Hraunbæ 102c

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands

Eirberg ehf., Stórhöfða 25
Sorpa, Gufunesi,
Fræðslusetur Eir - hjúkrunarheimili,
Hlíðarhúsum 7
Ríkiskaup, Borgartúni 7
KB banki hf., Borgartúni 19

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskaupstaður, Austurströnd 2

Kópavogur

Kópavogsbær, Fannborg 2
Félagsþjónusta Kópavogs, Fannborg 4
Sunnuhlíð, Kópavogsbraut 1
J. Eiríksson ehf., Hlíðarsmára 3

Garðabær

Vistor hf., Hörgatúni 2
Vistor hf. v/Vega, Hörgatúni 2

Hafnarfjörður

Actavis group hf., Reykjavíkurvegi 76-78
Sólvangur hjúkrunarheimili, Sólvangsvegi 2
HTS ehf., Trönuhrauni 8

Sveitarfélagið Álftanes

Sveitarfélagið Álftanes, Bjarnastöðum

Keflavík

Sparisjóðurinn í Keflavík, Tjarnargötu 12

Grindavík

Þorbjörn Fiskanes hf., Hafnargötu 12

Garður

Sveitarfélagið Garður, Melbraut 3

Njarðvík

Hitaveita Suðurnesja, Brekkustíg 36

Akranes

Innri-Akraneshreppur, Heynesi
Hvalfjarðarstrandarhreppur, Hlöðum
Skilmannahreppur, Innri-Mel 2

Borgarnes

Borgarbyggð, Borgarbraut 11
Dvalarheimili aldraðra, Borgarbraut 65
Sparisjóður Mýrasýslu, Digranesgötu 2
Skorradalshreppur, Grund

Búðardalur

Hjúkrunar- og dvalarheimilið Fellsenda, Miðdölum

Króksfjarðarnes

Reykholahreppur, Álfheimum Reykhólum

Bolungarvík

Bolungarvíkurkaupstaður, Aðalstræti 12
Sparisjóður Bolungarvíkur, Aðalstræti 14

Súðavík

Súðavíkurhreppur, Grundarstræti 1-3

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnun Hvammstanga, Nestúni 1

Blönduós

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi, Flúðabakka 2
Húnavatnshreppur, Húnavöllum

Skagaströnd

Höfðahreppur, Túnbraut 1-3
Sæborg, dvalarheimili aldraðra, Ægisgrund 14

Sauðárkrókur

Kaupfélag Skagfirðinga, Ártorgi 1

Siglufjörður

Siglufjarðarkaupstaður, Gránugötu 24
Heilbrigðisstofnunin Siglufirði, Hvanneyrarbr. 37

Ólafsfjörður

Heilsugæslustöðin Hornbrekka, v/Ólafsfjarðarveg

Akureyri

Hlíð dvalarheimili, Austurbyggð 17
Akureyrarbær, Geislagötu 9
Sparisjóður Norðlendinga, Skipagötu 9
Nuddstofa Steinu, Langholti 19

Húsavík

Langanes hf., Skólagarði 6

Mývatn

Skútustaðahreppur, Hlíðarvegi 6

Kópasker

Öxarfjarðarhreppur, Bakkagötu 10

Þórshöfn

Þórshafnarhreppur, Fjarðarvegi 3
Dvalarheimilið Naust, Langanesvegi 3b

Egilsstaðir

Dvalarheimili aldraðra, Lagarási 17

Fáskrúðsfjörður

Dvalarheimili aldraðra, Hlíðargötu 60

Höfn

Heilbrigðisstofnun Suðausturlands, Víkurbraut 31

Vík

Mýrdalshreppur, Austurvegi 17
Hjallatún, dvalarheimili, Hátúni 10

Selfoss

Gaulverjabæjarhreppur, Gaulverjabæ
Hraungerðishreppur, Þingborg

Hveragerði

Heilsustofnun N.L.F.Í., Grænumörk 10
Dvalarheimilið Ás, Hverahlíð 20

Þorlákshöfn

Sveitarfélagið Ölfus, Ráðhúsinu Hafnarbergi 1

Hver er staða aldraðra á Íslandi í byrjun 21. aldarinnar?

Sigrún Guðjónsdóttir sjúkráþjálfari

Seinni námsstefna Öldrunarfræðafélagsins árið 2005, í samvinnu við Endurmenntun Háskóla Íslands, fjallaði um stöðu aldraða á Íslandi í byrjun 21. aldarinnar.

Markmið námsstefnunnar var að skoða hvernig Íslendingar hafa það þegar þeir komast á efri ár, hvort þjónusta við eldri borgara væri á réttri leið og hvernig siðfræði í rannsóknum á högum aldraðra væri háttað.

Átta fyrirlesarar fluttu erindi á þessari námsstefnu, sem stóð heilan dag.

Fyrst fjallaði Vilborg Ingólfssdóttir, hjúkrunarfræðingur, deildarstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu um sérstök lög fyrir aldraða og velti upp þeirri spurningu hvort þau væru sjálfsagt mál eða tímaskekkja. Í fyrirlestrinum skoðaði hún meðal annars hver staða mála var áður en lög um málefni aldraðra voru sett, hver meginmarkmiðin voru með setningu þeirra, þróun laganna og hvað þurfi til svo ekki verði lengur þörf á sérstökum lögum.

Hún taldi að enn væri ávinningur af sér lögum og að hægt væri að vinna miklu betur innan þess lagaramma sem við höfum í dag. Til þess að ekki þurfi lengur sérstök lög um málefni aldraða þarf meðal annars að bæta greiningu á raunverulegri þörf og óskum aldraðra. Meiri sveigjanleika þarf í kerfinu þannig að hægt sé að veita þjónustu þar sem þörfin er mest hverju sinni. Horfa þarf á styrkleika aldraðra en ekki bara veikleika, auka sjálfræði og sjálfstæði þeirra og draga úr sjúkdómavæðingu.

Kannski er um of einblínt á steinsteypuúræði fyrir aldræða. Stundum er betri lausn að styrkja fólk til að breyta íbúðum sínum þannig að þær henti betur.

Guðrún Reykdal, félagsráðgjafi, greindi frá íslenskum niðurstöðum úr samevrópskri RAI-heimaþjónustu rannsókna. Markmið þeirrar rannsóknar er að setja fram fyrsta módelið fyrir heimaþjónustu sem byggir á niðurstöðum rannsókna. RAI-mælitækið er greiningartæki sem metur heilsufar og aðbúnað og er markmiðið með notkun þess að tryggja gæði þjónustunnar. Í heimaþjónustunni greinir mælitækið líkamlegt og andlegt heilsufar, færni einstaklingsins svo og félagslegt umhverfi. Notkun tækisins gefur möguleika á að bera saman aðstæður milli landa.

Edda Magnúsdóttir, lögfræðingur, flutti fyrirlestur sem nefndist *Eldra fólk á vinnumarkaði á Íslandi í byrjun 21. aldarinnar*.

Atvinnuþátttaka Íslendinga er mikil. Í aldurshópnum 50 til 69 ára er hún rúmlega 80%. Flestir hætta að vinna 70 ára, en sumir hætta fyrr vegna heilsufars eða til þess að fara að njóta lífsins. Hins vegar fresta aðrir starfslokum ýmist vegna ánægju af starfinu eða vegna fjárhagsstöðu. Í íslenskum lögum er ekki til sérstök skilgreining á mismunun gagnvart eldra fólki á vinnumarkaði. Ekki er heldur að finna ákvæði um vernd fyrir þennan hóp til dæmis gagnvart uppsögnum vegna aldurs.

Tilskipun Evrópusambandsins er frá árinu 2000 og er almennur rammi fyrir jafna meðhöndlun í starfi.

Eftirlaunakerfið samanstendur af almannatryggingum, starfsgreinasjóðum og valfrjálsum lífeyrissparnaði. Edda taldi að þess væri að vænta að laun yrðu greidd eftir færni og árangri í starfi óháð aldri eða kyni. Áhersla yrði lögð á að halda háu hlutfalli vinnandi fólks. Einnig yrði aukið eftirlit með heilsufari og heilsutengdar forvarnir efldar. Að lokum taldi Edda tímabært að taka til endurskoðunar aldurstakmarkanir. Skoða þyrfti hvort hagkvæmt væri að koma á laggirnar rannsóknar- og þjónustumiðstöð vegna málefna eldra fólks. Kanna þyrfti hvort aðstæður eldra fólks séu þess eðlis hér á landi að þörf sé sérstakar lagasetningar. Einnig hvort viðhorfsbreytinga til eldra fólks á vinnumarkaði væri þörf.

María Jónsdóttir, félagsráðgjafi, fjallaði um þegar fólk með þroskahömlun verður aldrað.

Meðalaldur fólks með þroskahömlun hefur hækkað með bættri heilbrigðisþjónustu, aukinni tækni og lyfjaþróun. Þetta hefur í för með sér að einstaklingum með Downs heilkenni sem fá Alzheimer hefur fjölgað.

Erfitt er að greina heilabilun hjá fólki með þroskahömlun. Það verða breytingar á athöfnum daglegs lífs og breytingar á vitsmunum/persónuleika.

Greiningu þarf að endurtaka með 6-12 mánaða millibili. Þörf er á sérhæfðu heilbrigðisstarfsfólki til þess að greina heilabilun hjá fólki með þroskahömlun. Framtíðarsýn og óskir Styrktarfélags vangefinna eru meðal annars þær að fólk með þroskahömlun geti verið heima sem lengst. Til þess þarf meðal annars að breyta áherslum í húsnæðismálum fatlaðra. Vandinn í dag er skortur á úrræðum í búsetu- og dagþjónustu fyrir þroskahefta sem komnir eru með heilabilun.

Ástríður Stefánsdóttir, læknir og magister í heim-speki, flutti erindi sem nefndist *Vísindi og samfélag, staða aldraðra í rannsóknum*. Hún ræddi um vísindi, að markmið þeirra væri að afla þekkingar til betra lífs fyrir alla. Einnig að leysa dagleg vandamál og vinna gegn fáfræði. Viðtekin gildi í siðfræði rannsókna væru: Velferð samfélags, gild vísindaleg þekking, rannsókn má ekki skaða, þátttakendur hafa rétt til að hætta og upplýst samþykki þátttakenda þarf.

Einnig að farið sé að líta á þátttakendur fremur sem samstarfsfólk en viðföng. Rannsóknin kemur þeim við og er gerð í þeirra þágu. Liður í því að aldraðir öðlist rödd.

Gildi í siðfræði rannsókna getur verið rétturinn til þátttöku. Það á við þegar rannsaka á eitthvað sem til dæmis gæti bætt hag aldraðra, þá þurfa þeir sem niðurstaðan á að hjálpa að taka þátt til þess að niðurstaðan sýni raunverulega þörf.

Þátttakendur rannsókna eiga að njóta nýrrar þekkingar og þeirra gæða sem rannsókn leiðir til.

Jón Snædal, öldrunarlæknir, hélt erindi um stöðu heilabílaðra.

Í máli hans kom meðal annars fram að heilbrigðisyfirvöld þyrftu að móta stefnu í málefnum heilabílaðra. Of oft væri brugðist við vandamálum þegar þau koma upp og þau leyst, en heildarsýn skorti. Efla þyrfti einstaklinga með byrjandi heilabilun til virkrar umræðu og þátttöku í þeirri stefnumótun. Stuðningur og fræðsla við sjúklinga og aðstandendur á fyrstu stigum sjúkdómsins hefur batnað, en þyrfti samt að auka. Þekking og efniviður væri til, ekki væri þörf á að skipa eina nefndina enn, einungis þyrfti að ganga í málið.

Ína Marteinsdóttir, öldrunargeðlæknir, flutti fyrirlestur um stöðu geðsjúkra aldraðra einstaklinga. Hún benti á rannsókn í Stokkhólmi sem sýnir að þrátt fyrir að algengi geðsjúkdóma sé hátt meðal eldri borgara fái þeir minnstu geðþjónustuna. Miklar líkur eru á að svipað ástand sé á Íslandi. Geðræn vandamál einkennast oft af líkamlegum vandamálum hjá eldra fólki, sem veldur því að þau einkenni eru meðhöndluð fyrst og fremst. Þetta getur valdið ótímabærri vistun á hjúkrunarheimili. Ína taldi meðal annars nauðsynlegt að opna sérhæfðar öldrunargeðdeildir og einnig þyrfti að efla ráðgjafabjónustu geðlækna. Afleiðingar skorts á öldrunargeðlæknisþjónustu eru meðal annars að vanlíðan einstaklingsins eykst, mikið álag er á aðstandendur og of mikil og röng lyfjameðferð á sér stað.

Sigurður Gunnsteinsson, dagskrárstjóri hjá SÁÁ, fjallaði um stöðuna í meðferðarmálum aldraðra. Í máli hans kom fram að sérstök hópmeðferð er fyrir eldri karla hjá SÁÁ. Oft er um karla að ræða sem eru að lenda í vandræðum með áfengi og lyf í fyrsta sinn á gamalsaldri. Í þessum hópi er meðal annars tekið á missi, söknuði, einmanaleika, kvíða og þunglyndi. Miðað er að því að koma lækniþjónustu og lyfjamálum í gott horf. Hraði og innihald meðferðarinnar tekur mið af þörfum, aldri og getu hvers einstaklings.

Námstefnunni lauk með pallborðsumræðum.

Umsjón námstefnunnar var í höndum Sigurveigar H. Sigurðardóttur, lektors í félagsráðgjöf og Sigrúnar Guðjónsdóttur, sjúkrabjálfa.



Heilsustofnun NLFÍ
www.hnlfí.is

Örugg efri ár

Hvað telja eldri borgarar að auki öryggi þeirra?

Auður Hafsteinsdóttir meðstjórnandi Öldrunarfræðafélags Íslands

Ingibjörg Þórisdóttir ritari Öldrunarfræðafélags Íslands

Öldrunarfræðafélag Íslands stóð fyrir námsstefnu í samvinnu við Endurmenntun Háskóla Íslands 2. mars 2006. Yfirskrift námsstefnunnar var Örugg efri ár - Hvað telja eldri borgarar að auki öryggi þeirra? Mikil umræða hefur verið um öryggi á efri árum og markmið námsstefnunnar var að vekja athygli á hvað eykur öryggi eldri borgara.

Sigrún A. Þorsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur og sviðstjóri á slysavarnarsviði Slysavarnafélagsins Landsbjargar gerði grein fyrir niðurstöðum úr verkefni sem unnið var á Suðurnesjum um heimaslys eldri borgara. Slysavarnarfélagið Dagbjörg í Reykjanesbæ bauð uppá öryggis skoðun á heimilum 75 ára og eldri, alls 363 heimili, í samvinnu við Brunavarnir Suðurnesja. Markmiðið var að skoða öryggi á heimilum, brunavarnir, settir voru límmiðar með neyðarnúmerinu 112 á símann og bæklingnum *Örugg efri ár* var dreift. Einnig voru haldnir fyrirlestrar fyrir félög eldri borgara. Niðurstöður úr þessum heimsóknunum sýndu meðal annars að brunavarnir væru ekki í góðu ástandi ásamt því að heimsóknirnar vöktu einstaklingana til umhugsunar um öryggi á heimilum sínum.

Sigurveig H. Sigurðardóttir lektor í félagsráðgjöf gerði stuttlega grein fyrir niðurstöðum úr rannsókn sinni *Að búa heima: Hvað þarf til?*. Markmið rannsóknarinnar var að afla upplýsinga um viðhorf og aðstæður aldraðra sem búa í heimahúsum þ.e.a.s. gildi félagslegra tengsla og samskipta, afstöðu til þjónustu og mismunandi húsnaðis og viðhorf til starfsfólks.

Auðbjörg Reynisdóttir hjúkrunarfræðingur og verkefnisstjóri ásamt Þórdísi Magnúsdóttur hjúkrunarfræðingi og forstöðumanni Miðstöðvar heimahjúkrunar – Heilsugæslu Reykjavíkur kölluðu erindið sitt *Öruggur staður til að vera á*. Auðbjörg gerði grein fyrir væntingum til þjónustu við eldri borgara og hlutverki heilsugæslunnar það er að segja heilsuvernd eldri borgara og Miðstöð heimahjúkrunar. Heilsuvernd eldri borgara felur meðal annars í sér að eldri borgarar hafi greiðari aðgang að sérhæfðum hjúkrunarfræðingi, viðveru hjúkrunarfræðings í félagsmiðstöðvum eldri borgara, auknum stuðningi og þéttara stuðningsneti við eldri borgara sem búa heima.

Þórdís gerði m.a. grein fyrir hlutverki, markmiðum og þeirri þjónustu sem heimahjúkrun veitir allan sólarhringinn. Einnig sagði hún frá verkefni sem sett var af stað í nóvember 2003 og átti að vinna að samþættingu heimahjúkrunar og félagsþjónustunnar. Stýrihópur verkefnisins hefur lokið störfum og lagt fram lokaskýrslu en ekki er búið að taka ákvörðun um áframhaldandi samstarf.

Byltur og brot meðal aldraðra eru ein af aðal ástæðum þess að aldraðir vistast á hjúkrunarheimilum og leggjast inn á bráðasjúkrahús. Helga Hansdóttir, læknir á LSH sagði frá Byltu- og beinverndarmóttöku sem starfrækt er á Landakoti, fyrir aldraða sem dottið hafa heima eða eru í hættu á að detta. Byltu- og beinverndarmóttakan felur í sér fjölpátta og fjölfaglegt mat og meðferð margra aðila, það er að segja lækni, hjúkrunarfræðings, iðjuþjálfara og sjúkraþjálfara. Eitt af því sem skoðað er eru fyrirbyggjandi aðgerðir gegn byltum á heimili einstaklingsins. Kristín Kristjánsdóttir, iðjuþjálfari, sagði frá markmiðum með heimilisathugunum sem iðjuþjálfari gerir hjá þeim sem koma á Byltu- og beinverndarmóttökuna. Ella Kolbrún Kristinsdóttir, sjúkraþjálfari, sagði frá og gerði grein fyrir mikilvægi jafnvægis mats og þjálfunar hjá þeim einstaklingum sem koma á móttökuna.

Olga Ásrún Stefánsdóttir, iðjuþjálfari og forstöðumaður þjónustu- og félagsmiðstöðvar aldraðra á Akureyri, fjallaði um rannsóknina *Valdefling og öldrun* tilgangi og gildi hennar. Einnig sagði hún frá því hvernig hún hefur nýtt sér niðurstöður rannsóknarinnar í starfi sínu í þjónustu- og félagsmiðstöðvum fyrir aldraða á Akureyri.

Þrjátíu ár eru síðan kirkjustarf eldri borgara hófst og því ljóst að um rótgróið starf er að ræða. Valgerður Gísladóttir, framkvæmdastjóri ellimálaráðs Reykjavíkur-prófastsdæmis, fjallaði um á hvern hátt kirkjan kemur að þjónustu við eldri borgara með heimsóknum og ýmsum stuðningi. Hún kynnti „opið hús“ sem að kirkjan starfrækir, akstursþjónustu, vanaheimsóknir, störf djákna og aðra heimsóknarþjónustu jafnt í heimahúsum sem og á stofnunum. Þjónustan er allt árið og talin jafnmikilvæg og barna- og unglingastarf. Markmiðið með þessari þjónustu er að rjúfa einangrun. Er starf þeirra sjálfbærastarf og kemur til viðbótar opinberri þjónustu.

Vilborg Ingólfssdóttir, skrifstofustjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, fjallaði um tillögur nefndar sem hún veitti forstöðu, um heildarskipulag öldrunarmála í Hafnarfirði. Hvernig upplýsinga var aflað um stöðu mála hjá eldri borgurum í Hafnarfirði, bæði þeim sem eru að bíða eftir vistun og úrtaki þeirra sem búnir voru að fá vistun. Í erindi sínu fór hún yfir helstu tillögur til breytinga á framtíðarskipulagi fyrir Hafnarfjörð, möguleika á samþættri heildarskipulagningu og heildaryfirsýn í málaflokknum. Framtíðarsýnin var afar áhugaverð.

Kristjana Sigmundsdóttir félagsráðgjafi kallaði erindi sitt *Hver á að annast mömmu og pabba*. Hún fjallaði um markmið laganna um að einstaklingar eigi að búa heima eins lengi og kostur er. Mat einstaklingsins, aðstandenda og þeirra sem að þjónustuna veita getur verið mjög misjafnt og metur hver og einn á út frá sínum forsendum.

Í undirbúningi er að stofna félag aðstandenda aldraðra. Reynir Ingibjartsson úr undirbúningsstjórn Aðstandendafélags aldraðra (AFA) kynnti áherslur félagsins en stofnfundur verður í mars 2006.

Ólafur Ólafsson, formaður Landsambands eldri borgara, fjallaði um fjárhagsmál aldraðra sem mikið eru rædd og hvernig fjármagna eigi þjónustuna. Einnig fjallaði hann um fjárhag eldri borgara og hvaða þættir hafa veigamikil áhrif á fjárhagslega afkomu þeirra. Einnig fjallaði hann um búsetumálin og hvað væru lágmarks kröfur í aðbúnaði við vistun á hjúkrunarheimilum, einnig að þörf væri á fjölbreyttari úrræðum.

Mikið er rætt um færni eldri borgara við akstur. Berglind Indriðadóttir, iðjuþjálfari, kynnti hvernig staðið væri að mati á öku færni eldri borgara á Landspítala Háskóla-sjúkrahúsi – Landakoti. Mjög áhugavert var að kynna hvernig öku matið fer fram. Þessi möguleiki hefur ekki verið mikið í umræðunni, en auðveldar að leggja hlutlaust mat á færni einstaklinga, sem eru að missa færni við akstur af einhverjum ástæðum.

Umsjón námsstefnunnar var í höndum Auðar Hafsteinsdóttur iðjuþjálfara og Ingibjargar Þórisdóttur hjúkrunarfræðings.

Skýrsla Vísindasjóðs Öldrunarfræðafélags Íslands vegna starfsársins 2005-2006

Stjórn sjóðsins skipa: Anna Birna Jensdóttir hjúkrunarfræðingur formaður, Guðný Bjarnadóttir öldrunarlæknir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir félagsráðgjafi.

Í ár bárust fimm umsóknir:

1. Aðalheiður Sigfúsdóttir vegna rannsóknarinnar **Tengsl æðasjúkdóma í heila og taugasálfræðilegs mynsturs, hjá eldra fólki án heilabilunar.**
2. Sigrún Bjartmarz vegna rannsóknarverkefnis til meistaraþrófs í öldrunarhjúkrun **Breytingar á færni einstaklinga, 75 ára og eldri í kjölfar bráðainnlagningar á lyflækningadeildir LSH.**
3. Ólafur Samúelsson vegna rannsóknarverkefnis **Samnorræn rannsókn á lyfjanotkun 75 ára og eldri sjúklinga sem legið hafa á bráðasjúkrahúsi.**
4. Hanna Lára Steinsson vegna útgáfu bókarinnar **Heilabilun á miðjum aldri** sem byggir á rannsókn hennar.
5. Mannréttindaskrifstofa Íslands vegna rannsóknarinnar **Réttarstaða aldraðra** og útgáfu bókar um niðurstöður.

Öll verkefnin voru áhugaverð, til úthlutunar voru 300.000.- krónur og var ákveðið að veita Aðalheiði Sigfúsdóttur, Sigrúnu Bjartmarz og Ólafi Samúelssyni 100.000.- króna styrk hverju fyrir sín verkefni. Sjóðstjórnin óskar rannsakendum velfarnaðar í vinnu sinni



Tveir af styrkhöfum Vísindasjóðs, þær Sigrún Bjartmarz og Aðalheiður Sigfúsdóttir, ásamt Önnu Birnu Jensdóttur formanni Vísindasjóðs.

og óskar eftir því að þeir birti árangur af starfi sínu í tímaritinu Öldrun þegar þar að kemur.

Stjórn gefur kost á sér til áframhaldandi stjórnarsetu.

Reykjavík 21. mars 2006
Anna Birna Jensdóttir
Formaður Vísindasjóðs ÖFFÍ



Helga Magnea Þorbjarnardóttir
iðjupjálfi á Skurðsvíði LSH í Fossvogi



Hrönn Guðmundsdóttir
iðjupjálfi á Lúflæknissvíði LSH
í Fossvogi



Kolbrún Héðinsdóttir
iðjupjálfi á Lúflæknissvíði LSH
í Fossvogi

Iðjupjálfun á bráðasjúkrahúsi fyrir einstaklinga með Parkinsonsveiki

*„Ég átti erfitt með að komast
upp úr baðkarinu og var farinn
að þurfa aðstoð vegna þess.*

*Þá sótti iðjupjálfinn minn um
baðkersbretti. Hún sótti líka um
handrið sem var sett upp
meðfram stiganum.*

*Þannig að í dag er ég
sjálfbjarga á ný.“*

Inngangur

Tilgangurinn með þessari grein er að fjalla um þjónustu iðjupjálfa við Parkinsonssjúklinga sem leggjast inn á bráðasjúkrahús. Útskýrt verður hvað felst í iðjupjálfun og hvenær hún nýtist best fyrir einstaklinga með Parkinson, bæði á bráðasjúkrahúsi og þegar heim er komið.

Iðjupjálfar á bráðasjúkrahúsi Landspítala - háskólasjúkrahúss í Fossvogi (LSH) komast í kynni við einstaklinga með Parkinsonsveiki á ýmsum deildum spítalans. Ástæður innlagna á sjúkrahúsið eru mismunandi, því eins og aðrir, þá hafa einstaklingar með Parkinson ýmsa kvilla eða lenda í skakkaföllum þar sem innlögn er nauðsynleg. Iðjupjálfar kynnast þessum einstaklingum við mismunandi aðstæður og á mismunandi stigi Parkinsons-veikinnar.

Hvað er iðjupjálfun?

Iðjupjálfar vinna með skjólstæðingum á mörgum stöðum í þjóðfélaginu svo sem í skólum, á bráða-, endurhæfingar-, og geðdeildum sjúkrahúsa, á hjúkrunarheimilum, í heilsugæslu og heimahjúkrun svo eitthvað sé nefnt. Iðjupjálfar vinna náið með öðrum starfsstéttum eins og t.d. læknum, hjúkrunarfræðingum, sjúkraliðum, sjúkrapjálfurum, næringarráðgjöfum, talmeinafræðingum og fleirum.

Iðjupjálfun er einstaklingsmiðuð og stuðlar að því að efla þátttöku, auka sjálfstæði og sjálfsbjargarviðleitni ein-

staklinga á öllum sviðum daglegs lífs, bæði hvað varðar líkamlega og andlega færni. Færnin sem talað er um hér, á við allar athafnir allt frá því að klæða sig, í að keyra bíl.

Iðjuþjálfun getur hjálpað einstaklingum með Parkinson. Með því að stuðla að áframhaldandi virkni og sjálfstæði þeirra í daglegu lífi, bæta hæfni einstaklinga, sýna mismunandi leiðir til að gera hlutina eða kynna gagnleg hjálpartæki, verða athafnir daglegs lífs (ADL) auðveldari og ánægjulegri. Iðjuþjálfari getur komið með ráðleggingar varðandi forgangsriðun daglegra athafna, fræðslu og þjálfun í orkusparandi vinnuaðferðum, breytingar á heimili í tengslum við heimilisathugun eða breytingar á vinnustað til að viðhalda sjálfstæði einstaklings.

Hvað eru athafnir daglegs lífs (ADL)?

ADL eru allar athafnir daglegs lífs, eins og til dæmis að fara fram úr rúmi, bursta tennurnar, borða, klæða sig, keyra, sinna vinnu og/eða áhugamálum. Iðjuþjálfar meta og þjálfa færni einstaklinga við ADL sem og aðlagu athafnir og umhverfi eftir því sem við á og einstaklingur óskar.

Hvað eru hjálpartæki?

Oft þarf að aðlagu athafnir og/eða umhverfi að þörfum einstaklingsins til að viðhalda virkni og sjálfstæði eins og mögulegt er miðað við aðstæður. Að aðlagu aðstæður getur bæði falið í sér að breyta skipulagi á húsgögnum heima fyrir og/eða að einstaklingur þurfi hjálpartæki. Hjálpartæki eru tæki sem auðvelda einstaklingum að halda sjálfstæði sínu eins lengi og mögulegt er. Þessi tæki gera daglegt líf einstaklinga með Parkinson og aðstandenda þeirra auðveldara og öruggara, sem og auka lífsgæði.



Iðjuþjálfari metur þörf á hjálpartækjum, en hún er einstaklingsbundin. Í kjölfarið er sótt um hjálpartæki til Tryggingastofnunar ríkisins (TR). Svo vitnað sé í Reglugerð TR vegna umsókna um styrki vegna hjálpartækja, þá þarf þörfin á hjálpartækinu að vera til lengri tíma en þriggja mánaða og tækið að teljast nauðsynlegt og hentugt til að auka sjálfstæði og öryggi einstaklinga við athafnir daglegs lífs.



Hvenær er þörf á iðjuþjálfun?

Margir einstaklingar með Parkinson eru sjálfbjarga með daglegar athafnir og þurfa þá ekki á iðjuþjálfun að halda. Einkenni sjúkdómsins, svo sem skjálfti, stífleiki, hægir hreyfingar og jafnvægistruflanir, versna með tímanum og valda erfiðleikum við að framkvæma ýmsar athafnir, eins og til dæmis að klæða sig, borða, fara í og úr rúmi og að standa upp úr stól. Rannsóknir hafa sýnt að töluverður hluti einstaklinga með Parkinson þjást af þunglyndi eða depurð sem getur gert það að verkum að einstaklingar einangra sig (Gaudet, 2002). Iðjuþjálfun er gagnleg þegar einkenni sjúkdómsins hindra einstakling til dæmis í að sinna eigin umsjá (að klæða sig, baða, snyrta og borða), að gera það sem viðkomandi er vanur heima við eða í vinnu og að njóta tómstunda.

Þegar einstaklingar með Parkinson leggjast inn á bráðasjúkrahús er ástand þeirra mjög mismunandi. Sjúkdómurinn getur verið á mismunandi stigi og einstaklingar geta þjást af öðrum kvillum sem hindra athafnir daglegs lífs. Þar sem iðjuþjálfun er einstaklingsmiðuð, miðast þjónusta iðjuþjálfara við aðstæður hvers og eins. Það eru því mjög fjölbreytt viðfangsefni sem iðjuþjálfari og viðkomandi einstaklingur takast á við í sameiningu. Það er mikilvægt að iðjuþjálfari, viðkomandi einstaklingur og aðstandendur hans vinni vel saman að úrlausn mála til að tryggja bestu mögulegu lífsgæði.

Heimilisathugun

Aðstæður og aðgengi á sjúkrahúsinu er öðruvísi heldur en heima við. Þar af leiðandi gengur einstaklingum betur að bjarga sér með hátt salerni, armstoðir, hátt rúm, gálga við rúmið, hækkanlegt höfðalag, enga þröskulda, breiða ganga og dyr, engar mottur á gólfum og fleira. En heima fyrir getur aðstaðan verið önnur. Salerni getur verið of lágt, erfið baðaðstaða, lágt rúm, engin stuðningur við rúmið, þrengsli vegna uppröðunar á húsgögnum, léleg lýsing, mottur og snúrur á gólfum og þröskuldar, svo eitthvað sé nefnt. Allt þetta stuðlar að því að skerða aðgengi og öryggi og eykur hættu á byltum. Rannsóknir hafa sýnt að 35%-45% af byltum megi rekja til óhentugra aðstæðna heima, þó eru aðstæðurnar ekki eini áhættuþátturinn heldur einnig færni einstaklinga (Pardessus o.fl, 2002).

Einstaklingar og aðstandendur átta sig ekki alltaf á þessum mikla mun á aðstæðum á sjúkrahúsinu og heima, þegar komið er að útskrift. Þá er tilefni til heimilisathugunar, sem framkvæmd er af iðjuþjálfara í samvinnu við sjúkrapjálfa, einstaklinginn og aðstandendur.

Lokaorð

Parkinsons-veiki krefst mikillar aðlögunar fyrir einstaklinga, en það er engin ástæða til uppgjafar. Það er mikilvægt að fara sér hægar, forgangsraða því sem skiptir máli og einnig að notfæra sér tímanlega þá þjónustu sem í boði er, eins og til dæmis iðjuþjálfun. Þetta stuðlar að viðhaldi líkamlegrar færni, og andlegu og tilfinningalegu jafnvægi. Allt helst þetta í hendur og skiptir sköpum við að njóta lífsins og viðhalda sjálfstæði.

Heimildir:

Cianci, H., Cloete, L., Gardner, J., Trail, M., & Wichmann, R. (á.á.). Activities of daily living: Practical pointers for Parkinson disease. Sótt á netið maí 2006, á slóðinni: <http://www.Parkinson.org/atf/cf/%7BF0E9372E-94BC-4BFF-89A3-AF6BAB57D6CF%7D/Pointers.pdf>

Gaudet, P. (2002). Measuring the impact of Parkinson's disease: An occupational therapy perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 104-113.

Haines, C. (2005). Parkinson's disease: Physical and occupational therapy. Sótt á netið maí 2006, á slóðinni: http://www.webmd.com/content/article/46/1833_50752.htm

Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A., & Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: A randomized trial study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 247-252.

Pedretti, L. W., & Beth, M. (2001). *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (5th ed.). St. Louis: Mosby. Bls. 1050.

Rehab network: Occupational therapy. (2006). Sótt á netið maí 2006, á slóðinni: <http://www.rehabnetwork.upmc.com/occupational.htm>

Trombly, C. A. (1995). *Occupational therapy for physical dysfunction* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins. Bls. 942.

Eftirfarandi heimildir voru einnig hafðar til hliðsjónar:

Maintaining optimum wellness. Sótt á netið maí 2006, á slóðinni: <http://www.Parkinson.org/site/pp.asp?c=9dJFJLPwB&b=71357>

Occupational therapy for Parkinson's disease - practical advice and aids for keeping independent. (2004). Sótt á netið maí 2006, á slóðinni: http://infopark.uwcm.ac.uk/Infopark/patient_information/occupational_therapy_for_parkins.htm

Reglugerð TR um styrki vegna hjálpataekja.



Eldri borgarar!



35% afsláttur

fyrir eldri borgara af öllum vörum

Við veitum persónulega ráðgjöf við val á glæraugum. Einnig bjóðum við heimaþjónustu fyrir þá sem ekki sjá sér fært að koma á staðinn.

Hjá okkur er mikið úrval af vönduðum glæraugnaumgjörðum.

Sjón - alltaf betri þjónusta.

Laugavegi 62
sími 511 6699

Garðatorgi
sími 511 6696

www.sjon.is
sjon@sjon.is

SJÓN
glæraugnaverslun

Austurstræti
Austurveri
Domus Medica
Eiðistorgi
Firði
Fjarðarkaupum
Glæsibæ
Hamraborg
JL-húsinu
Kringlunni 1.hæð
Kringlunni 3.hæð
Melhaga
Mjódd
Mosfellsbæ
Salahverfi
Glerártorgi
Hrísalundi
Dalvík
Ólafsfirði
Selfossi
Hellu
Hveragerði
Hvolsvelli
Þorlákshöfn
Keflavík
Akranesi
Vestmannaeyjum



Við hlustum!

 Lyf & heilsa

ā{ i i 2@wy ¨¥2§{~2x¥s §ÄÄs¥

Séreign LSR

Leið I 54 ára og yngri

Leið II 55 ára og eldri

Leið III Lífeyrispegar

X|¹¥xw|§{ i ys¥w{Ä{¥2 eÄ¥w{y i s¥2 ^ed2 §s}s2 z@w¥2 @{Ä2 sx2
s i i s¥¥{2 ¢y2 ' }{~s2 ÄÄ¥2 §{~2 Î¥¨yy¥s¥2 x¥s §ÄÄs¥02 Z|¹2
eÄ¥w{y i 2^ed2w¥§¨2¹2¥Ä§§¥{2 t¥s¨§2 wÄ2'£s¥ i sÄ{ i i@

ZsxÄ¨2's ts i v2@{Ä2^ed2Ä2'Ä s2GCB2HCBB2
¢y2x¹Ä¨2 i i s¥{2~w{Äs~ä' i y¨@



Ts i } s' §¥æ §{2 I2×2CBC2dw¬ } | s@Ä } 2×2eÄ { L2GCB2HCBB2×2Xs«L2GCB2HCGB2~'¥R~'¥@{ ' 2×2 a a a @~'¥@{ ' }