



PARKINSON

kognitiv svikt
& demens

2020



Forord

INNHOOLD

KAPITTEL 1

Symptomer på demens
og kognitiv svikt

KAPITTEL 2

Spesielt om
parkinsondemens

KAPITTEL 3

Utredning – hva og hvordan?

KAPITTEL 4

Behandling

KAPITTEL 5

Pårørendes rolle
& juridiske aspekter

De fleste forbinder parkinson med motoriske symptomer som skjelving, langsomme bevegelser, stivhet og dårlig balanse. Men svikt i funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjonsevne er også en del av "pakken". Dette kalles kognitiv svikt.

Det kognitive er det som har med erkjennelse, oppfatning og tenking å gjøre. Symptomene er som regel ikke særlig merkbare til å begynne med, men kan utvikle seg til demenssykdom og påvirke livskvaliteten i stor grad.

Denne brosjyren gir en oversikt over de mest vanlige symptomene på kognitiv svikt og demens. Den tar også for seg ulike behandlingstilbud, og inneholder råd om mestring.

Brosjyren er i første rekke skrevet for deg som har parkinson, og dine pårørende. Helsepersonell kan også ha nytte av å lese brosjyren.

Oslo, januar 2020
Anne Brækhus

KAPITTEL

01

Symptomer på

DEMENS OG KOGNITIV SVIKT



Demens er en fellesbetegnelse på en stor gruppe tilstander med markant svikt i kognitive funksjoner. Symptomene kan spenne fra mild, knapt merkbar svikt til demens. Dersom du har både Parkinsons sykdom og demens, har du såkalt parkinsondemens, med noen spesielle kjennetegn sammenlignet med andre demenssykdommer.

Hva er kognitive funksjoner?

Kognitive funksjoner omfatter hjernens «høyere funksjoner» som hukommelse, oppmerksomhet, språk, regneferdigheter, rom- og retningssans, evne til å planlegge og gjennomføre sammensatte handlinger, resonnere og se sammenhenger. Det er disse funksjonene som gjør oss i stand til å erkjenne, mene og tenke.

Kognitiv svikt og normal aldring

Når vi blir eldre skjer det flere endringer i nervesystemet, som igjen påvirker enkelte kognitive funksjoner. For eksempel blir reaksjonsevnen dårligere, og det blir vanskeligere å lære seg nye ting. En viss kognitiv svekkelse må vi altså regne med etter hvert som vi blir eldre. Har du parkinson, må du regne med å oppleve kognitiv svikt ut over normal alderssvekkelse.

Mild kognitiv svikt

Mild kognitiv svikt er en diagnose du kan få hvis du eller dine pårørende opplever at det

har skjedd en kognitiv endring – og at dette bekreftes gjennom tester. Svikten er likevel begrenset, og trenger ikke være så tydelig verken for deg eller omgivelsene.

Selv om du har parkinson, finnes det også andre mulige årsaker til mild kognitiv svikt, som depresjon eller bivirkninger av enkelte medisiner. Dessuten kan det ofte være vanskelig å skille mellom endringer på grunn av høy alder og mild kognitiv svikt. Man må ofte vurdere utvikling av symptomer over tid for å kunne fastslå hva det dreier seg om.

Det er likevel slik at om du har parkinson og får fastslått mild kognitiv svikt, øker risikoen for at du etter hvert vil utvikle demens.

Slik stilles demensdiagnose

Det er ingen helt klar grense mellom mild kognitiv svikt og demenssykdom. Det fins heller ingen objektive testmetoder (som blodprøver eller røntgenbilde) som kan fastslå om du har demenssykdom.

Diagnosen stilles hovedsakelig etter observasjon, sykehistorie og tester.

Kravet for at legen kan stille demens-diagnose er følgende:

1. Redusert hukommelse
2. Redusert kognitiv funksjon på minst ett annet område (f.eks. orienteringsevne, språkfunksjon, logisk tenkning)
3. Den kognitive reduksjonen skal være så tydelig at den påvirker dagliglivet, det vil si gir problemer med å gjennomføre oppgaver som du tidligere var i stand til å utføre
4. Normal bevissthet
5. Endring i atferd, f.eks. tilbaketrekking eller depressive plager
6. Symptomer i minimum 6 måneder

Kravet om at du må ha hatt symptomene i 6 måneder, er satt for å skille demens fra kognitiv svikt ved hjerneslag og fra delirium. Ved begge disse tilstandene kan symptomene ofte bedres etter noe tid. Punkt 4 er også viktig for å skille demens fra delirium.

Slik stilles diagnosen parkinsondemens

Kravet for at legen kan stille diagnosen parkinsondemens er følgende:

1. Du har Parkinsons sykdom
2. Du har demenssykdom med
 - langsom progresjon
 - svikt i flere kognitive funksjoner, sammenlignet med nivået du var på før du fikk parkinsondiagnosen
 - påvirkning av aktiviteter i dagliglivet, ut over det som de motoriske symptomene medfører

Demens kort sagt

For å få demensdiagnose må du ha så store problemer med for eksempel hukommelse, orienteringsevne, språk eller logisk tenkning, at du ikke mestrer hverdagen.

Hukommelse

Hukommelse er sammensatt av flere funksjoner og omfatter innlæring, gjenkalling og gjenkjennelse. Det kan ofte være vanskelig å se om problemer dreier seg om oppmerksomhet eller hukommelse. Selv om hukommelsesproblemer er et typisk kjennetegn ved demenssykdom, er det vanligvis bare enkelte deler av hukommelsen som rammes i starten av sykdommen. Vanligst er redusert evne til innlæring av ny kunnskap. Det kan for eksempel gi vanskeligheter med å lære deg bruk av nye hjelpemidler i huset, lære deg hva du kan gjøre med en ny telefon, osv.

Rom-retningssans

Rom-retningssans er evnen til å oppfatte og handle i rom. Eksempler på dette er å orientere seg i naturen, byrom, bygninger og værelser – på kjente og ukjente steder; klare å lese kart, samt kopiere tegninger. Videre kan du ha problemer med å skille høyre fra venstre, og gjenkjenne én og samme figur fra ulike vinkler. I dagliglivet kan disse vanskene medføre problemer med å utføre oppgaver hjemme, se hva som er foran og bak på et klesplagg, og gi problemer i trafikken som å bedømme avstand til andre kjøretøy, plassere bilen i veibanen og lukeparkere.

Eksekutiv funksjon

Eksekutiv funksjon er en slags overordnet hjernefunksjon og kombinerer grunnleggende funksjoner som oppmerksomhet og hukommelse.

Eksekutiv funksjon styrer målrettet atferd, fra planlegging til gjennomføring og fullføring av en oppgave. Eksekutiv funksjon omfatter evnen til å velge strategi, evnen til å endre atferd som følge av tilbakemelding, det å ta initiativ, følge med på fremdrift, og evnen til å dele opp oppgaver i mindre komponenter.

En svikt i eksekutiv funksjon gjør det vanskeligere å konsentrere seg og holde informasjon i «arbeidshukommelsen» – du blir lett å distrahere og oppfattet som tiltaksløs og rotete. Omgivelsene vil oppleve at du fremstår med manglende oversikt, dårlige organisatoriske ferdigheter og virker apatisk.

Psykomotorisk tempo

Nedsatt psykomotorisk tempo betyr at både praktiske og kognitive oppgaver tar lengre tid enn normalt å gjennomføre.

Intellektuell funksjon

Eksempler på intellektuell funksjon er dømmekraft, logisk tankegang og evne til å se likheter, forskjeller og sammenhenger. Det vil bli en merkbar svikt i disse evnene relativt tidlig i forløpet av en demenssykdom.

Oppmerksomhet

Oppmerksomhet omfatter blant annet din grad av våkenhet, evne til å holde fast i en oppgave og ikke la deg distrahere.

Språk

Språkvansker ved kognitiv svikt kan være at du ikke finner de rette ordene, ikke forstår hva ord betyr og har grammatikalske problemer. Dette er ikke så vanlig hos personer med parkinsondemens, men kan forekomme lenger ut i sykdomsforløpet.

Atferdsendringer

Parallelt med utvikling av kognitive symptomer skjer det oftest en viss atferdsendring. Du kan trekke deg noe tilbake, oppleves passiv og være noe «flat» i humøret – på grensen til deprimert.

Etter som demenssykdommen utvikler seg, kan det komme andre typer atferdsendringer, eksempelvis aggressiv atferd.

Manglende innsikt

Manglende innsikt i egen situasjon er et svært vanlig tegn ved kognitiv svikt. Mangelen kan være delvis tidlig i sykdomsforløpet og total hos de fleste med langt fremskreden demens. Manglende innsikt kan være vanskelig å forholde seg til for andre. Du innser ikke at du trenger bistand i dagliglivet, selv om det for andre er helt åpenbart.

Depresjon

Depressive symptomer forekommer ofte sammen med kognitiv svikt. Depresjon kan være en reaksjon på at du er i ferd med å endre deg kognitivt, men de to tilstandene kan også ha en felles utløsende underliggende årsak. Det kan ofte være vanskelig å skille mellom depresjon og demenssykdom i startfasen.

Psykose

Med psykose menes realitetsbrist. Hallusinasjoner er det vanligste – det

forekommer hos mer enn halvparten av alle som får parkinson. Å hallusinere er å se eller høre noe som ikke finnes. Det vanligste er å se personer som ikke er reelle. Dette kan være personer du kjenner, for eksempel døde foreldre, eller andre menneskeskikkelser. Det er mindre vanlig å se annet enn personer, men i noen tilfeller kan det dreie seg om dyr.

Mer uvanlige hallusinasjoner (for eksempel bisarre mønstre), slik som kan forekomme ved psykiatriske sykdommer som schizofreni, ses sjelden.

Illusjoner forekommer hyppig. Dette er mistolkninger, for eksempel at du oppfatter en blafrende gardin som et menneske. Andre psykotiske symptomer kan være vrangforestillinger, dvs. at man er helt overbevist om noe som ikke stemmer med andres virkelighetsoppfatning.

Frontale symptomer

Med frontale symptomer menes endring av funksjoner som i stor grad styres fra pannelappen (frontallappen). Det kan være manglende dømmekraft, manglende hemninger, nedsatt innsikt, kritikkløshet, nedsatt impulskontroll, tap av empati, tvangsmessig atferd, og stadig gjentatte handlinger.

Delirium/akutt forvirring

Akutte forvirringsepisoder skyldes i all hovedsak underliggende fysisk sykdom eller over-/feildosering av medikamenter. Disse symptomene går vanligvis helt over når utløsende årsak behandles. Eksempler på underliggende sykdommer er ulike infeksjoner (lungebetennelse, urinveis-infeksjoner), hjerteinfarkt, hjertesvikt, ulike operasjoner, eller andre tilstander. Hvis du har demens, er du mer utsatt enn kognitivt friske for å utvikle forvirrings-episoder.

KAPITTEL

02

Spesielt om **PARKINSON- DEMENS**



Undersøkelser tyder på at inntil 80% av parkinsonrammede vil utvikle demens i sykdomsforløpet. Det mest vanlige er at symptomene på kognitiv svikt er milde i starten, og at demensdiagnose først stilles sent i sykdomsforløpet. Redusert rom-retningssans og redusert oppmerksomhet er typiske symptomer i tidlig fase.

Parkinson kan deles i to hovedgrupper – Parkinsons sykdom (Morbus Parkinson) og ”atypisk” parkinson, en samlebetegnelse for mange forskjellige tilstander.

Parkinsons sykdom

Ca. 75 % av de som har parkinson har Parkinsons sykdom, kjennetegnet ved motoriske symptomer, med skjjelving og treghet. I starten er vanligvis kun den ene siden av kroppen rammet.

Mange i denne kategorien kan ha lette kognitive symptomer som inntreffer første gang omtrent samtidig med de motoriske symptomene. De kognitive symptomene er sjelden særlig fremtredende. Undersøkelser tyder på at 30–40% av personer med typisk parkinson kan ha lette kognitive symptomer fra starten. Utvikling av demenssykdom skjer som regel over lang tid og symptomene blir først tydelige etter 15–20 år. Ved Parkinsons sykdom i ung alder, kan det ta lengre tid.

Atypisk parkinson

Hvis de kognitive symptomene er tydelig til stede når sykdommen din oppdages, har du antakelig en tilstand som faller inn under «atypisk» parkinson. Disse inkluderer blant annet:

- lewylegemesykdom (lewylegemedemens, LLD)
- progredierende supranukleær parese (PSP)
- multisystematrofi (MSA)
- corticobasal degenerasjon (CBD)

I mange tilfeller er det overlapp mellom disse fire tilstandene. Felles for dem er at de sammenlignet med typisk parkinson, utvikler seg raskere, og har flere symptomer fra starten av. Det er blant annet vanlig med kognitive symptomer helt fra starten.

Ved lewylegemykdom (lewylegemedemens, LLD) opplever du både motoriske og kognitive symptomer fra starten av sykdomsforløpet. Ifølge kriteriene for sykdommen, skal du merke den kognitive svikten fra maksimum ett år før, til maksimum ett år etter, at de motoriske symptomene du blir synlig for første gang. LLD kjennetegnes ved stor variasjon (fluktuasjon) i den kognitive svikten, både i løpet av dagen og over dager. Hallusinasjoner forekommer ofte, i form av gjenkjennelige personer, gjerne familiære personer. Det er heller ikke helt uvanlig å se døde slektninger. Klinisk erfaring tilsier at den kognitive svikten ved LLD kan være tilstede flere år før motoriske symptomer kommer til syne.

Progredierende supranukleær parese (PSP) kan være vanskelig å kjenne igjen, men i typiske tilfeller vil du ha vanskeligheter med å flytte blikket, noe som kan gjøre det vanskelig for eksempel å gå i trapper. Et annet typisk trekk er at du faller lett, og da oftest bakover. I motsetning til en med ekte parkinson, vil du som har PSP ha en oppreist posisjon, altså ingen lut

kroppsholdning. Den kognitive reduksjonen kan komme før eller etter de motoriske symptomene, og er oftest i form av frontale symptomer (fra pannelappene).

Multippel systematrofi (MSA) deles i to undergrupper, en med primært parkinson- symptomer og såkalte autonome symptomer. Den andre gruppen får symptomer fra lillehjernen.

Corticobasal degenerasjon (CBD) er en svært sjelden tilstand som kan ha mange ulike motoriske og kognitive symptomer.

Vaskulær parkinsonisme forekommer der det er karforandringer (f.eks etter små slag) i basalgangliene, som ligger dypt i hjernen. Ved vaskulær parkinsonisme opptrer økende gangvansker ofte tidligere og i mer uttalt grad enn ved Parkinsons sykdom.

Bivirkninger av medisiner. Enkelte medisiner, f.eks medisiner mot psykotiske symptomer, har bivirkninger som kan forveksles med parkinson. Symptomene forsvinner oftest, men ikke alltid, når medisinen tas bort.

Parkinsondemens vs Alzheimers demens

Den kognitive svikten hos personer med parkinson preges i starten som oftest av mild svikt i eksekutive funksjoner. Dette er til forskjell fra den kognitive svikten man ser ved den typiske varianten av demens av Alzheimers type, der de første symptomene er redusert hukommelse. En del som utvikler demens fordi de har Parkinsons sykdom vil også ha symptomer som er forenlige med demens av Alzheimers type og/eller vaskulær (karskade) demens.

Øvrige symptomer ved parkinsondemens

I tillegg til kognitive vansker, får du som har parkinson ofte andre ikke-motoriske symptomer. Disse symptomene forekommer også hos folk med ren motorisk parkinson, men i større grad hvis du også har kognitive symptomer. Eksempler på dette er søvnforstyrrelser, depresjon/angst og fatigue.

KAPITTEL
03

Utredning
— **HVA OG**
HVORDAN?

Selv om det i dag ikke finnes helbredende medisiner, hjelper det ofte både deg som har parkinson og pårørende å vite at symptomene skyldes sykdom, ikke likegyldighet eller vrangvilje. Når du kjenner symptomene og årsaken, er det lettere å få satt inn gode og nødvendige tiltak til riktig tid.

Hvorfor utrede?

Utredningen tar sikte på å kartlegge om en person har kognitive symptomer, og i tilfelle hvilke områder i hjernen som er rammet. De første symptomene på kognitive endringer hos en som har parkinson kan være vanskelig å påvise. Det er flere grunner til dette. En lett, av og til også moderat, kognitiv reduksjon kan være vanskelig å oppdage i løpet av en kort konsultasjon hos nevrolog. Dessuten er dette noe du kanskje ikke selv bringer så lett på bane, fordi du ikke opplever det som problematisk, fornektet det eller forsøker å skjule det av frykt for konsekvenser – for eksempel å miste førerkortet.

Hvordan foregår utredningen?

Utredningen omfatter samtale mellom deg og lege, samt testing av kognitiv funksjon. Fordi det ofte foreligger redusert eller manglende sykdomsinnsikt, er det viktig også å innhente opplysninger fra en som kjenner deg godt, dvs. ektefelle, barn, venner, naboer eller andre.

Utredning av kognitiv reduksjon hos personer med Parkinsons sykdom gjøres best i spesialisthelsetjenesten – hos nevrolog eller andre fagfolk med kompetanse på området.

Eksempler på tester av kognitiv funksjon

[Mini-Mental Status](#) er en mye brukt test som vurderer flere sider ved kognitiv funksjon. Mange av spørsmålene dekker hukommelse og orientering (for tid og sted), mens eksekutiv funksjon i liten grad vurderes. [MoCa-testen](#) er er screeningtest som tester flere områder, som eksekutiv funksjon, abstraksjon og mentalt tempo. [Klokketesten](#) vurderer rom-retnings-sans og eksekutiv funksjon. [Trail Making test A og B](#) går på oppmerksomhet, psykomotorisk tempo og (bare del B) eksekutiv funksjon. [Boston naming test](#) vurderer evne til å benevne objekter, mens [FAS og ordflyt-test](#) vurderer språk, hukommelse og eksekutiv funksjon.

Undersøkelse hos nevropsykolog kan være aktuelt som eneste utredning av kognitiv



funksjon, eller som et supplement til utredning ved for eksempel en hukommelsesklinikk. Den kognitive utredningen hos nevropsykolog er vanligvis omfattende og tar flere timer.

Billedundersøkelser

[MR-undersøkelse](#) av hjernen hører med som en del av utredningen. MR-under-

søkelsen fremstiller hjernens strukturer. Den kan vise om det foreligger en svulst, blødning eller et infarkt, eller hjernesvinn.

En annen undersøkelse som kan være aktuell, er [DAT-scan](#). Den gir bilder som viser om det er nedsatt funksjon i basalgangliene som er forenlige med parkinson.

Råd til deg som har kognitive problemer

- ✓ Gjør mer av det du får til og mindre av det du ikke får til.
- ✓ Unngå "kork" – ta imot én beskjed av gangen, skriv den gjerne ned.
- ✓ Bruk listen din og gjør én ting av gangen.
- ✓ Ikke bruk tid på det du ikke mestrer, få heller hjelp av andre.
- ✓ Finn alternative/enklere løsninger til oppgaver som er vanskelige å mestre.
- ✓ Gjør lystbetonte aktiviteter.
- ✓ Be om å få tegninger som forklaring.
- ✓ Få hjelp av andre til å sette i gang aktiviteter.
- ✓ Planlegg oppgaver sammen med noen som kjenner deg godt.
- ✓ Vedlikehold gamle kunnskaper, det er lettere enn å lære nytt.
- ✓ Ting tar tid!

Råd til deg som er i arbeid

- ✓ Reduser arbeidstiden
- ✓ Endre arbeidsoppgaver
- ✓ Prioriter aktiviteter. Hva er viktigst?

KAPITTEL
04

BE- HAND- LING

og hjælp i
hverdagen



Har du fått påvist kognitive symptomer? Det fins en rekke tiltak som kan iverksettes for å lette tilværelsen både for deg og dine pårørende, enten diagnosen er mild kognitiv svikt eller demens.

Få hjelp av profesjonelle

Jo mer du klarer å akseptere at situasjonen er som den er, dess bedre er det. Men det kan føles som et høyt fjell å bestige. Mange vil ha god bruk for profesjonell hjelp i den første fasen etter diagnosen. Det kan være bistand fra psykolog/psykiater, men ofte er det tilstrekkelig å ha regelmessig kontakt med hjelpeapparatet, med personer som har innsikt i og erfaring med lignende tilfeller som ditt.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Hukommelseshjelpemidler – enkle verktøy som hjelper deg å huske bedre
- Informasjon og opplæring om sykdommen til pasient og pårørende
- Avklaring i forhold til arbeid, evt. tilrettelegging på jobb eller skifte jobb
- NAV, andre trygdeytelser, hjemmebasert omsorg

- Medikamenter som kan/bør tas, og medikamenter som ikke bør tas
- Etablering av støttegrupper
- Treffe andre i samme situasjon
- Pårørendegrupper
- Informasjon til familie og venner
- Juridiske aspekter: førerkort, fremtidsfullmakt, testament, vergemål

Medisiner

Det fins i dag ingen medisin som kan forebygge videre utvikling eller helbrede kognitive symptomer ved parkinson. Medisinene som finnes kan dempe symptomene. Hos enkelte i noen grad, mens de hos andre har tydelig effekt. Det finnes to preparater som er aktuelle, kolinesterasehemmere og memantin. Kolinesterasehemmere (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) har noen bivirkninger – memantin (Ebixa) har færre.

KAPITTEL
05

**PÅRØRENDES
ROLLE & JURIDISKE
ASPEKTER**



Å være nærmeste pårørende til en person med demens kan være krevende. Det er like viktig å ta vare på deg selv som den du er pårørende til.

Informasjon om diagnose

For noen kommer beskjeden om mild kognitiv svikt eller demens som en stor overraskelse, andre er mer forberedt. Diagnosen kan være vanskelig å ta i mot, og kan også være vanskelig å gi. I noen tilfeller kan til og med helsepersonell vegre seg mot å informere. Det er i så fall å gjøre deg en bjørnetjeneste. Selv om mange med demens har redusert innsikt i egen sykdom, vil de fleste føle at det er «noe». For de fleste gjør det godt å få hengt bjella på katten.

For pårørende er en diagnose nesten alltid av det gode. Da kan man innhente mer informasjon, og man får lettere tilgang til hjelpemidler og tjenester.

Pårørendes situasjon

Det finnes ingen enkle svar på hvordan man best kan håndtere en ny situasjon som pårørende til en person med demens. Det er fort gjort å bli fysisk og psykisk utslitt og gå på en smell. Det beste rådet du kan følge er å undersøke hva som finnes av

avlastningstilbud, og sørge for å benytte dem slik det passer best. Minst like viktig er det å erkjenne at du ikke kan kompensere for alt som er vanskelig, til enhver tid. Ethvert menneske trenger dessuten å ta vare på seg selv og være lydhør for egne behov. Bare én som kan ta vare på seg selv, kan ta vare på andre. Det er litt som når man er ute og flyr: Da får man klar beskjed om hjelpe seg selv først, så man blir i stand til å hjelpe andre.

Samarbeid mellom fastlege og spesialist

Mange med parkinson går til nevrolog på fast basis, en gang eller to i året, mens andre kun forholder seg til fastlegen. Det er best om fastlege og spesialist kan spille sammen og utfylle hverandre, sammen med kommunens hukommelsesteam. Det bør opprettes en individuell plan for den enkelte.

Demensteam/hukommelsesteam

Det er viktig å knytte kontakt med kommunens/bydelens hukommelsesteam

tidlig. Selv om man ved mildere symptomer ikke har bruk for praktisk bistand i dagliglivet, kan ansatte i hukommelsesteamet komme med nyttige tips og råd.

Førerkort

Mange av symptomene ved demens kan påvirke evnen til å kjøre bil på en sikker måte. Det er ofte ikke lett å fastslå hvilket symptom som er av størst betydning for nedsatt kjøreevne. Ofte er det et samspill mellom ulike symptomer. Dette, sammen med svingninger i symptombildet og variasjoner i formen gjennom dagen eller fra dag til dag, kan gjøre det vanskelig å avgjøre når symptomene er blitt så tydelige at det ikke lenger er sikkert å kjøre.

Om du må gi fra deg førerkortet, kan det hende du har krav på TT-kort.

Testament

Selv om du har mild kognitiv svikt eller lettgradig demens, kan du i de fleste tilfeller

skrive et gyldig testament. Forutsetningen er at du forstår innholdet i testamentet, det vil si er klar over hvordan dine eiendeler skal fordeles. Dersom det er tvil om dette, bør du ta kontakt med lege som kan vurdere din kognitive funksjon på det tidspunktet testamentet skrives.

Fremtidsfullmakt

Fremtidsfullmakt er et dokument der det er nedfelt hvordan du ønsker bistand på det tidspunkt du selv ikke er i stand til å ta vare på deg selv. Det kan omfatte både personlige og økonomiske forhold. Fremtidsfullmakt er opprettet som et alternativ til vergemål.

Vergemål

Hvis du ikke lenger klarer å skjøtte din økonomi eller andre personlige interesser, kan det være aktuelt å opprette vergemål. Da er det en fullmektig, som også kan være et familiemedlem, som har rollen som verge. Opprettelse av vergemål er frivillig.

TAKK FOR ALLE BIDRAG TIL UTARBEIDELSEN AV BROSJYREN

FORFATTER

Anne Brækhus

Overlege dr. med., spesialist i nevrologi
Nevrologisk avdeling og Hukommelsesklinikken, geriatrisk avdeling
Oslo universitetssykehus
Forsker, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

PROSJEKTGRUPPE

Kenn Freddy Pedersen

Overlege, ph.d., spesialist i nevrologi
Nevrologisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus
Nasjonal kompetansetjeneste for
bevegelsesforstyrrelser [NKB]

Michaela D. Gjerstad

Overlege, ph.d., spesialist i nevrologi
Nevrologisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus
Nasjonal kompetansetjeneste for
bevegelsesforstyrrelser [NKB]

Mette Svela

Ergoterapeut
Stavanger universitetssjukehus
Fagveileder ParkinsonNet

Ragnhild Støkket

Parkinsonsykepleier og
helsefaglig rådgiver
Norges Parkinsonforbund

En spesiell takk til alle med
parkinson og pårørende som har
delt egne erfaringer og bidratt i
arbeidet med brosjyren

DESIGN: Creuna

FOTO: Unsplash

Nadia Valko, Junior Rodriguez, Albaz
Alba, Andrei Lazarev, Valentin Salja,
Daniel Hjalmarsson, Scott Webb, Caleb
George

TRYKK: LOS Digital

OPPLAG: 2000

Januar 2020

Du kan finne mer informasjon om
parkinson, kognitiv svikt og demens
på disse nettsidene:

parkinson.no

aldringoghelse.no

sus.no/nkb

*Noen husker mye
andre husker litt
ingen husker alt
det er helt normalt*

UTGITT AV



Norges Parkinsonforbund



I SAMARBEID MED



Oslo
universitetssykehus



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

