



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for Folkehelse  
**4BACH**

Nisrin Bajja og Laila Eierholen  
Veileder: Liv Ødbehr

«Parkinson sykdom-det gode måltidet»

«Parkinson disease- the good meal»

Antall ord: 12146 (inklusive kilder)

Bachelor i sykepleie BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Sammendrag

Undersøkelser viser at nesten alle pasienter som har Parkinson sykdom, oppgir at de får et for dårlig oppfølgingstilbud i forhold til sin sykdom på sykehjem og at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid. Ca. 5 % av pasientene på norske sykehjem har Parkinson sykdom og disse pasientene trenger hjelp i forskjellig grad ut i fra funksjonsnivå. Måltidene er den del av dagliglivet til pasientene og bør være tilrettelagt, slik at måltidsopplevelsen blir best mulig. Vi mener at et måltid er mye mer enn mat og drikke. Måltidet påvirkes av flere faktorer både før og under måltidet, som er avgjørende for om pasienten får en god opplevelse. Mangelfull tilpassing og et dårlig miljø, kan bidra til at pasienten spiser dårligere og over tid kan bli underernært, noe som kan gå utover allmenntilstanden, velvære og livskvalitet.

Vi ønsker å belyse problemstillingen;

***«Hvordan kan sykepleiere legge til rette for en god opplevelse av måltider og ernæring for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem?»***

For å svare på problemstillingen, har vi gjort en litteraturstudie, samt brukt egne erfaringer for å belyse oppgaven. Vi har benyttet sykepleieteoretikeren Virginia Henderson for å beskrive sykepleierens funksjon i arbeidet med å legge til rette for pasienten og ivareta de grunnleggende behov.

*Smaller*

*My world got smaller*

*my handwriting*

*my voice*

*my walk*

*my spirit*

*my balance*

*the space in the world I take up*

*it crept upon me in micro increments*

*those big words for small and slow*

*until it arrived with a name*

*and then it became big*

*and scary*

*and I didn't want it*

*but now I had a face*

*a reason for all the smallness*

*so it became what it is*

*I may be smaller, slower*

*But I'm still me*

*Andy McDowell*

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	6
1.1 Valg av problemstilling.....	6
1.2 Hensikten med oppgaven .....	7
1.3 Avgrensning av problemstilling.....	8
1.4 Oppgavens oppbygging:.....	9
2.0 Metode.....	9
2.1 Litteratursøk .....	9
2.2 Kildekritikk .....	10
2.2.1 Avgrensninger av søkene .....	11
2.2.2 Utvalgte forskingsartikler.....	11
2.2.3 Selvvalgt litteratur .....	12
3.0 Teori .....	13
3.1 Parkinson sykdom .....	13
3.1.1 De motoriske symptomene.....	13
3.1.2 De ikke-motoriske symptomene.....	14
<i>Smerter og depresjon</i> .....	14
<i>Obstipasjon</i> .....	15
3.1.3 Parkinson, alderdom og risiko for underernæring.....	16
3.2 Ernæring på sykehjem – Det gode måltidet .....	17
3.2.1 Måltidets omgivelser .....	17
3.3 Sykepleie til pasienter som har Parkinson sykdom.....	18
3.3.1 Virginia Henderson .....	18
3.3.2 Sykepleierens arbeid med veiledning, tiltak og tilrettelegging.....	19
<i>Veiledning</i> .....	20
<i>Tiltak og tilrettelegging</i> .....	20
<i>Tiltak ved svelgeproblematikk</i> .....	21
<i>Tiltak som fremmer økt livskvalitet og matlyst</i> .....	22
<i>Sykepleieren og medikamenter til pasienter med Parkinson sykdom</i> .....	22
4.0 Drøfting .....	24
4.1 Sørge for økt velvære og komfort .....	24

4.1.1 Smerter og depresjon.....	24
4.1.2 Obstipasjon.....	25
4.1.3 Medikamenthåndtering.....	26
4.2 Mestring av måltidet .....	27
4.2.1 Brukermedvirkning .....	28
4.2.2 Vanskeligheter med å spise .....	29
4.3 Skape et helsefremmende miljø .....	30
4.3.1 Kommunikasjon og veiledning .....	30
4.3.2 Forebyggende tiltak og tilrettelegging .....	33
5.0 Konklusjon .....	35
6.0 Litteraturliste .....	36

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

## 1.0 Innledning

Dette er en bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Vi har valgt å fokusere på pasienter som har Parkinson sykdom og på sykehjem, og hvordan de kan få en god måltidsopplevelse. Vi vil i innledningen begrunne valg av problemstilling, beskrive hensikten med oppgaven, presentere problemstillingen og avgrensninger vi har gjort.

### 1.1 Valg av problemstilling

Pasienter på sykehjem har rett til å få sikret sine grunnleggende behov, dette er forankret i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Herunder vil derfor plikten til å sikre pasientene et ernæringsmessig, fullgodt kosthold være lovmessig forankret (Helsedirektoratet, 2012). I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 står det blant annet at kommunen plikter å tilrettelegge for at pasientene skal gis et verdig tjenestetilbud og at personalet som utfører tjenester skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og ha tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I Pasientrettighetsloven står det blant annet at «man skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). De yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere (2013) sier at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet». I pkt. 1 står det; « Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2013).

Parkinson sykdom rammer mellom 100 og 150 mennesker per 100 000 innbygger, dette utgjør ca. 6-8000 mennesker i Norge eller ca. 1 % av befolkningen. For de fleste debuterer sykdommen i mellom 50-70 års alder, med en jevn fordeling av kvinner og menn. På norske sykehjem har ca. 5 % av pasientene Parkinson sykdom (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Måltidene utgjør en del av de faste rutinene på sykehjem og er den tiden på dagen som gir mulighet til fellesskap og hygge. Et av ansvarsområdene til sykepleieren er å hjelpe sykehjemsbeboerne med mat og drikke, samt skape et helsefremmende miljø (Sortland, 2011). Sortland (2011) hevder at det er viktig at kunnskap, interesse og oppmerksomhet om ernæring og ernæringsbehov er essensielt for at eldre på sykehjem skal få dekket sitt ernæringsbehov. En mangel på dette kan føre til at

ernæringsstatus forringes på institusjon (Sortland, Eldre og ernæring, 2011). Hougaard (2011) skriver at det er en selvfølge at pasientene skal tilbys sunn, ernæringsriktig og smakfull kost. Kosten skal bidra til velbefinnende og gi en helsepedagogisk signalverdi til pasienten. Hanssen (2010) støtter dette, og skriver at «mat ikke bare har betydning for fysisk velbefinnende og helse, men også er vesentlig for den psykososiale helsen og for opplevd livskvalitet» (Hougaard, 2011, s.46). Ved Parkinson sykdom vil helsetilstanden etter hvert bli dårligere, der mange vil få problemer med økt skjelving og nedsatt tempo av bevegelsene. Dette kan føre til at det blir slitsomt for pasientene å spise selv, samt at det blir vanskelig å bruke bestikk, og man søler i forsøkene på å spise. Fokus på mat og måltider kan være med på å bidra til å opprettholde tilstrekkelig inntak av mat (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Våre møter med ulike pasienter som har Parkinson sykdom har ført til at interessen omkring denne sykdommen har økt. Vi har opplevd hvordan måltidene kan tilrettelegges, både på godt og vondt. Det vi har sett er at personalet på sykehjemmene har gode kunnskaper om tilrettelegging av omgivelsene, men at tilrettelegging for den enkelte i flere tilfeller ikke er tilstrekkelig eller mangelfull. En viktig sykepleieoppgave vil derfor være å kunne lede og organisere, slik at tilretteleggingen for gode måltidsopplevelser igjennom yrkesutøvelsen kan føre til at pasientene får en bedre måltidsopplevelse.

## ***1.2 Hensikten med oppgaven***

Undersøkelser som er gjort av «Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser» (2012) viser at nesten alle pasienter som har Parkinson sykdom og bor på sykehjem, oppgir at de får et for dårlig oppfølgingstilbud i forhold til sin sykdom. Aasgard (2010) skriver i sin undersøkelse «Mat og måltider på sykehjem» at 80 % av de som deltok i undersøkelsen mener at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid. Dette innebærer blant annet kunnskap om kostholdsanbefalinger, beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, samt tiltak til pasienter som spiser lite og har svelgeproblemer (Aagard, 2010). Kosthold er summen av det vi spiser og drikker over en viss tid. «Ernæring omhandler læren om inntak, fordøyelse, oppsuging, omsetning, transport, utskillelse og biologiske effekter av mat og næringsstoffer» (Sortland, 2011 s. 21). Ernæringskunnskap handler også om mer enn næringsstoffer; «Mat er mer enn tilførsel av næring. Det er smak, lukt og opplevelse. Det er kultur, tradisjon og identitet, og det er ofte selskap med andre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Aagaards (2010) undersøkelse bekrefter behovet for ytterligere

kunnskap på området. Slik vi ser det vil sykepleierens oppgave være forankret i lovverket og i de yrkesetiske retningslinjene. Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2010) skriver at pleien for pasienter som har Parkinson sykdom og bor på sykehjem må ha fokus på å begrense og lindre komplikasjoner som følge av sykdommen. Pleien må være rettet mot blant annet å forebygge aspirasjon og luftveisinfeksjon, lindre plager som smerte, angst og depresjon, samt sørge for tilstrekkelig og riktig ernæring (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). På sykehjem er det vår oppgave som sykepleiere å organisere og lede, slik at den sykepleien som blir gitt er faglig forsvarlig. Vi plikter å ivareta pasientenes grunnleggende behov, men vi skal også ivareta den enkeltes pasients individuelle behov, der deres autonomi ivaretas og respekteres (Norsk sykepleierforbund, 2013). Autonomi er den enkeltes selvstyring eller selvregulering. Det oversettes oftest med selvbestemmelse, eller i noen tilfeller medbestemmelse (Slettebø, 2010). Ved å se den enkelte pasient og dens behov ønsker vi å tilrettelegge for at måltidene ikke bare handler om at pasienten skal få i seg den ernæringen de trenger, men også om hvordan man skal få det til. Ved å møte pasienten med fagkunnskap, erfaringer og omsorg ønsker vi å vise at «Det gode måltidet» handler om mer enn mat, pasienten skal også føle at de blir ivaretatt på en faglig forsvarlig, helhetlig, verdig, omsorgsfull og god måte. Problemstillingen vi har valgt er;

*«Hvordan kan sykepleiere legge til rette for en god opplevelse av måltider og ernæring for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem?»*

### ***1.3 Avgrensning av problemstilling***

Vi har valgt å fokusere på pasienter som har langt-kommet Parkinson sykdom og bor på sykehjem. Pasientene er i aldersgruppen over 67 år, som er sammenfallende med pensjonsalderen i Norge (Karoliussen & Smebye; Eldre, aldring og sykepleie, 2006). For å avgrense oppgaven vil fokuset være på de pasientene som kan klare seg litt selv i forflytning, stell og måltidsituasjoner, men har allikevel store hjelpebehov. Vi har valgt å ikke ta med pasienter som i tillegg er rammet av demens, selv om 25-30 % av pasienter med Parkinson sykdom har dette (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Avgrensningen er gjort på grunn av at tilretteleggingen av måltidet og måltidsituasjonen vil være annerledes for pasienter som har demens. Vi kommer ikke til å skrive om pårørende til disse pasientene, selv om de ses på som en ressurs i forhold til pasientenes velvære og vet mye om deres behov. Vi har valgt å ikke skrive om hva som anses som næringsrik mat for å



avgrense oppgaven. Medisinering vil være en viktig del av den helhetlige sykepleien som ytes, for at pasienter med langt-kommet Parkinson sykdom skal få en best mulig funksjonalitet og hverdag (Bertelsen, 2007). I forhold til problemstillingen har vi valgt å fokusere på tilrettelegging både før, og under måltidene. For å legge til rette for en god opplevelse mener vi at pasientens velvære og livskvalitet er viktig for at måltidsopplevelsen skal bli best mulig. Livskvalitet kan ses på som den enkeltes opplevelse av å ha det godt eller dårlig, med fysiske, psykiske og sosiale aspekter i livet, der velvære ses på som viktig for god livskvalitet (Rustøen, 2011). Velvære er definert av sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel som «en overenstemmelse mellom ens muligheter og ens faktiske praksis og levde mening, og er basert på omsorg og følelsen av å føle seg sørget for» (Kirkevold, 2001, s.205). En god måltidsopplevelse vil også påvirke næringsinntaket til pasienten. Vi har derfor forsøkt å fokusere på helhetlig sykepleie og sammenfatte dette, for å finne svar på problemstillingen.

### ***1.4 Oppgavens oppbygging:***

I teoridelen vil Parkinson sykdom bli beskrevet. Vi har også vektlagt måltidets betydning og sykepleie til pasienter med Parkinson sykdom. I drøftingsdelen vil vi svare på problemstillingen ut i fra den teorien som er beskrevet; gjennom å diskutere velvære og komfort, mestring og sykepleierens arbeid i gjennom veiledning, tiltak og tilrettelegging. Egne erfaringer tas med i denne delen, for å skape diskusjon. Vi avslutter oppgaven med vår besvarelse av problemstillingen.

## **2.0 Metode**

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som bygger på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og studier om temaet vi skriver om, samt egne praksiserfaringer. Vilhelm Aubert (1985) beskriver metode på følgende måte; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012 s. 111). Måten vi har gått frem på har vi beskrevet under litteratursøk.

### ***2.1 Litteratursøk***

Gjennom søk på Helsebiblioteket fant vi Helsedirektoratets anbefalinger fra «Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser»; «Handlingsplan for Parkinsons sykdom» (2012) og «Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons

sykdom» (2010). Helsedirektoratet har også gitt ut «Kosthåndboken- veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» (2012). Annen litteratur om emnet har vi funnet på biblioteket, samt gjennom søk i Bibsys. Vi har også sett hva andre forfattere har brukt som kilder i sine bøker eller artikler som omhandler temaet.

Gjennom søk i Oria brukte vi søkeordet «Parkinson`s disease», som gav 70 534 treff. Vi forsøkte å avgrense søket, men søket ble for stort og uspesifikt. Vi har benyttet oss av PICO-skjema (vedlegg 1) for å søke. Gjennom søk i Oria kombinerte vi søkeordene også «Mealtime\*», «dishes\*», «nursing home\*» og fikk 16 treff, hvorav 1 av artiklene var relevant for vår oppgave. Vi så at det var vanskelig å finne relevante artikler, samt å avgrense søket. Vi valgte derfor å fortsette og søke i CINAHL og SveMed+, noe som gjorde at det ble lettere å avgrense søkene og finne relevante artikler, (se vedlegg 2 om søkehistorikk). Den forskningen vi har valgt ut er basert på Dallans (2012) anbefalinger i forhold til at forskningen skal være basert på relevans, validitet og reliabilitet, som vi har vist til i presentasjon i studiene. Vi har hatt problemer med å finne forskning som favner både sykehjem, måltidsopplevelsen og Parkinson sykdom. Vi har derfor valgt å bruke forskning som omhandler pasienter på sykehjem og måltider, ettersom mennesker med Parkinson sykdom utgjør ca. 5 % av pasientene som lever på sykehjem og derfor kan anses å utgjøre en del av det forskningsmaterialet som er valgt.

## **2.2 Kildekritikk**

Kildekritikk er den metoden som er brukt for å velge de kildene som er best og gir sannferdig informasjon (Dalland, 2012). Vi har derfor valgt å benytte bøker av velrennomerte forfattere og fra tidsskrifter som er fagfellevurdert. Vi har i størst mulig grad valgt bøker som er oversatt til norsk, for å unngå feiltolkning. Vi stoler på at den oversettelsen som er utført er kvalitetssikret. Av samme grunn har vi valgt norsk litteratur. Vi har oversatt de engelske artiklene selv, noe som medfører en risiko for at vi har forstått artiklene annerledes enn det forfatterne har ment. Gjennom søk i anerkjente databaser, mener vi å ha funnet aktuell litteratur og artikler som favner temaet. Pensumlitteraturen brukes som krav i oppgaven og er vurdert av skolen og anses derfor som relevant og valid. Utover pensumlitteraturen har vi forsøkt å finne litteratur om eldre, sykepleie, ernæring og Parkinson sykdom, som kan besvare problemstillingen vår og tilføye kunnskap til oppgaven. Helsedirektoratet anses som et overstående organ, der informasjon er skrevet og kontrollert av fagpersonell. Kilden har derfor reliabilitet og validitet.

### **2.2.1 Avgrensninger av søkene**

Søkene er avgrenset til søk i fulltekst, «peer reviewed» og er fra 2004-2014. Vi har også sett på forskning som er gjort i land som vi mener ikke er så ulikt Norge, men kulturelle forskjeller kan være en svakhet i oppgaven i så måte. Litteratursøkene vi har gjort, har ført oss til ulike artikler. Det vi ser er at flere av forskningsartiklene som er brukt i andre artikler og forskning går igjen. Det kan virke som at forskningsmiljøet innen dette området er forholdsvis lite og at dette er grunnen til at vi har funnet lite forskning gjennom de søkene vi har gjort.

### **2.2.2 Utvalgte forskingsartikler**

Artikkelen til Aagaard (2010) viser til hvordan måltidet og maten blir ivaretatt hos brukerne ved sykehjem i Norge. Både maten som grunnleggende behov og måltidets sosiale betydning er vektlagt. Artikkelen er så langt vi kan se basert på rapporten «Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse for Sosial- og helsedirektoratet 2008» og har en kvantitativ tilnærming. Svakheter ved denne undersøkelsen i forhold til vår oppgave er at det var styrer/leder på de sykehjemmene som var med i undersøkelsen som svarte på spørsmålene. Forskingen anses allikevel som relevant, ettersom den er med på å støtte og sette fokus på en del av problemstillingen i oppgaven.

Artikkelen fra Melheim (2008) bygger på hovedfagsoppgaven til forfatteren fra 2004 som heter «Å gå til duk og dekke bord». Melheim (2008) beskriver eldre pasienters erfaringer med måltidene i sykehjem. Hun retter artikkelen mot å kunne forbedre sykepleiepraksis gjennom å tilføre kunnskaper om måltidets muligheter for sosial interaksjon. Gjennom undersøkelsen fant hun blant annet at måltidene ble en kilde for velvære for pasientene. Det er en sekundærartikkel og bygger på en kvalitativ metode. Både artikkelen og hovedfagsoppgaven anses for relevante for oppgaven vår i forhold til de kriteriene vi har stilt.

Carrier, West og Oullets artikkel (2009) er en tverrsnittstudie blant 395 beboere i 38 sykehjem. De fant ut at pasientenes middagsopplevelse hadde betydning for deres opplevelse av livskvalitet. Pasientenes autonomi i valg av mat, antall spisepartnere og pleiepersonell spilte en rolle for livskvaliteten. For pasientene uten kognitivsvikt var også de medisinske vilkårene, behov for diett og bruk av porselenservice også med på å påvirke dette. Vi har vurdert studien som valid i forhold til vår oppgave. På grunn av geografiske forskjeller var vi

usikre på om kulturelle forskjeller kunne spille inn, men studien samsvarer og støtter oppunder mye av det vi allerede hadde lest om emnet.

Forskningsartikkelen som er skrevet av Walker, Davidson og Gray (2012) er en kvantitativ studie om er utført i England av leger på sykehuset North Tyneside General Hospital. Artikkelen belyser om pasienter som har Parkinson sykdom står i fare for en tidligere død, som følge av vekttap. Artikkelen anses likevel som relevant ettersom utfallet i studien fører til at forskerne anbefaler at helsepersonell må bli flinkere til å oppdage endrede behov og vekttap hos pasienter med Parkinson sykdom. Studien er gjort i England, men vi går ut i fra at kontinentale forskjeller ikke er avgjørende for resultatet for personer med Parkinson sykdom.

### **2.2.3 Selvvalgt litteratur**

Karoliussen (2006) belyser sammen med pensumlitteraturen eldre, ernæring og sykepleie. Boken er laget for sykepleiere og er brukt som faglitteratur for andre sykepleiestudenter. Boken har tilført mer informasjon om de temaene vi skriver om, utover det som står i pensumlitteraturen. Kilden har relativitet og anses som relevant for oppgaven.

Cushing, Traviss og Calne (2002) har skrevet er en oversiktsartikkel om Parkinson sykdom, som er «peer-reviewed» og utgitt i Canada. Selv om artikkelen er gammel, har vi valgt å bruke denne ettersom artikkelens innhold er sammenfallende med annen litteratur om emnet, spesielt om svelgvansker (dysfagi) og obstipasjon. Forfatterne av artikkelen har også skrevet flere artikler om Parkinson og sykepleie til Parkinson pasienter.

Bøker med utgangspunkt i sykepleieteori er gjort av kjente forfattere, med god kunnskap i sykepleie (Henderson, 1998; Kirkevold, 2011). Boken til Kirkevold (2011) er en sekundær kilde, men gir en god oversettelse og tolkning av Hendersons teori. Bøkene anses som relevante og valide for oppgaven.

Vi har søkt i Helsebiblioteket for å finne litteratur og fagstoff om Parkinson sykdom. Her har vi funnet artikler fra Helsedirektoratet. Denne litteraturen anser vi som kvalitetssikret og er utført av fagpersonell, samt belyser temaet i oppgaven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006 & 2011; Helsedirektoratet, 2009, 2011 & 2012; Helse sør-øst, 2014).

## 3.0 Teori

I denne delen av oppgaven vil vi presentere teori om Parkinson sykdom, hva som kjennetegner og preger pasientene som får sykdommen gjennom motoriske og ikke-motoriske symptomer. Vi har valgt å skrive om smerter og depresjon, obstipasjon og risiko for underernæring, ettersom dette er noe som flere pasienter som har Parkinson sykdom står i fare for å oppleve i sykdomsforløpet. Videre skriver vi om måltider og måltidsituasjonen på sykehjem. Avslutningsvis skriver vi om sykepleie til pasientene, med utgangspunkt i Virginia Hendersons (1896-1996) teori.

### 3.1 Parkinson sykdom

Parkinson sykdom er en neurodegenerativ sykdom, som er både kronisk og progressiv. Diagnosen Parkinson sykdom innebærer påvisning av parkinsonisme og at det ikke er sannsynlig at det er noen annen årsak til symptomene. Hva som utløser Parkinson sykdom er delvis ukjent (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Det man vet, er at sykdommen skyldes at hjerneceller i spesielt området substantia nigra dør, noe som medfører til nedsatt produksjon av neurotransmitteren dopamin. Mangelen på dopamin fører til at man får både motoriske og ikke-motoriske symptomer. De vanligste symptomene som kjennetegnes ved Parkinson sykdom er problemer knyttet til de motoriske symptomene, som bevegelser og bevegelighet (Herlofson & Kirkevold, 2010). I opptil de ti siste leveårene vil pasientene bli svært avhengige av hjelp og pleie. De vil ofte utvikle ernæringsproblemer knyttet til underernæring, dehydrering, svelgeproblemer og mage-tarm problematikk (Cushing, Traviss, & Calne, 2002).

#### 3.1.1 De motoriske symptomene

De motoriske symptomene er *rigiditet*, som fører til økt motstand i musklene og stive bevegelser. *Akinesi* gir langsommere bevegelser, der det kan være vanskelig for pasienten å starte eller avslutte en bevegelse. *Hviletremor* innebærer at pasienten kan få skjevlinger ved hvile, men aktivitet kan gjøre skjelvingen mindre. Symptomene starter ofte kun i den ene delen av kroppen, men vil etter hvert spre seg til begge sider av kroppen. Posturale endringer er også vanlig, noe som innebærer endringer i kroppsholdningen, der pasientene får en framoverbøyd kroppsholdning og mimikkfattig ansikt (Herlofson & Kirkevold, 2010; Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Hos de fleste pasientene vil sykdommen på sikt føre til stadig økende funksjonssvikt, med problemer med personlig stell,

finmotorikk og balanse. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil flere få svelgeproblemer, samt redusert og hes stemme på grunn av stiv muskulatur til stemmebånd og svelg. Svelgeproblemene kan føre til redusert matinntak, vekttap og dehydrering fordi mange opplever at maten setter seg i vrangstrupen, noe som kan føre til at det blir vanskelig å få i seg mat og drikke (Herlofson & Kirkevold, 2010). Over 50 % av pasientene som har Parkinson sykdom opplever at svelgefunksjonen blir dårligere (Cushing et al., 2002). Dette kan føre til opphoping av spytt i munnen og sikling. Det å spise kan ta lengre tid når tygging og svelging går tregere. På grunn av redusert bevegelse i svelgmusklene øker risikoen for at man svelger vrangt og at maten glir ned i luftveiene, noe som kan føre til aspirasjonspneumoni. Maten kan også sette seg fast i svelget, noe som i verste fall kan forårsake kvelning og død. Redselen for å svelge galt eller at noe setter seg fast i halsen, samt at det å spise tar lang tid kan forårsake underernæring, og bli en følge av at pasientene sliter med spisesituasjonen (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010; Cushing et al., 2002).

### **3.1.2 De ikke-motoriske symptomene**

De ikke-motoriske symptomene er en rekke symptomer som også kan påvirke pasientens livskvalitet og funksjonsnivå. Vanlige symptomer er; depresjon, kognitiv svikt, søvnproblemer, smerter, tretthet og energimangel, samt autonome dysfunksjoner som obstipasjon, urinlatingsproblemer og blodtrykksfall (Herlofson & Kirkevold, 2010). Flere av disse symptomene kan også påvirke appetitten og ernæringsinntaket. Bergland (2011) skriver om tristhet og mistriivsel hos eldre mennesker, der tristhet beskrives som «en mental tilstand og som et resultat av samspillet mellom personens forventninger til miljøet og hvor mange av disse forventningene som innfris i miljøet» (Bergland, 2011, s.57). Mistriivsel kan vise seg fysisk, men ha både fysiske, medisinske og psykososiale årsaker. Mistriivsel kan gi utslag i blant annet vekttap, nedsatt appetitt, dårlig ernæringstilstand og depresjon (Bergland, 2011). Vi ser derfor at det er viktig at sykepleieren ser hele pasienten, ettersom livskvalitet, velvære og tristhet spiller en stor rolle for pasientens opplevelse av måltidet.

#### ***Smerter og depresjon***

Depresjon kan være det første tegnet på Parkinson sykdom og man ser at så mange som ca. 40 % rammes av dette før eller senere i sykdomsforløpet. Det kan forklares med at pasienten har fått en kronisk, invalidiserende sykdom og at depresjon kommer som en følge av dette (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Pasienter med Parkinson

sykdom får et gjennomsnittlig lavere kognitivt funksjonsnivå, motoriske funksjonssvikt, samt smerter som kan føre til depresjon og nedsatt livskvalitet. Mye tyder på at også nevropatologiske forandringer i hjernen på grunn av sykdommen kan være årsak. Smerter kan også være en utløsende årsak og så mange som 80 % av pasientene som har Parkinson sykdom har smerter (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Det kan være vanskelig å fange opp at pasientene rammes av depresjon. Årsaken til dette kan være at pasientene ikke selv forteller om hvordan de føler seg, på grunn av at de tror at det er normalt å være trist på grunn av sykdommen de er rammet av og at symptomene ikke kan behandles. For sykepleiere kan det være vanskelig å fange opp symptomene ettersom pasienter med Parkinson sykdom ofte bærer preg av fattig mimikk, lav stemme, nedsatt psykomotorisk tempo, samt for noen appetittmangel og vekttap, noe som også er symptomer på depresjon (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). En utfordring kan også være at man som sykepleier ikke kjenner pasienten godt nok. Depresjon er viktig å fange opp ettersom det kan føre til nedsatt funksjonsevne og redusert livskvalitet. I mange tilfeller er antidepressive midler, oppmuntring og støtte det som skal til for å hjelpe eldre med å overvinne depresjon (Helsedirektoratet, 2011).

### ***Obstipasjon***

Obstipasjon er hyppig rapportert og kan både skyldes Parkinson sykdommen og medikamentbehandlingen. Obstipasjon kan påvirke opptak av medikamenter og gi varierende medikamenteffekt, det kan også føre til nedsatt velvære og matlyst (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2010) anbefaler tiltak som blant annet økt fysisk aktivitet, økt væskeinntak og kostråd. Øverlie (2011) hevder at sykepleiere skal bruke en forebyggende, regelmessig og aggressiv tilnærming for å hindre obstipasjon. Tiltak som er anbefalt er ulike ut i fra pasientens funksjonsnivå og behov. Fysisk aktivitet er anbefalt som både forebyggende tiltak og for å løse opp en obstipasjon (Øverlie, 2011). Cushing et al. (2002) skriver at pasienter som har Parkinson sykdom kan ha problemer med å følge anbefalte tiltak ved obstipasjon. Fiberrik kost skal bare gis, hvis pasienten kan få i seg bra med drikke. Hvis ikke kan det føre til at obstipasjonen forverres. Pasienter med Parkinson sykdom kan ha problemer med å drikke, grunnet flere årsaker; de er for svake og orker ikke å drikke nok, de kan unngå å drikke på grunn av nedsatt mobilitet, og problemer med å komme seg tidsnok på do. Svelgeproblemer, kan gjøre det slitsomt og vanskelig å få i seg tilfredsstillende med

drikke (Cushing, et al., 2002). Andre anbefalte tiltak er å tilføre svsker i kosten, ettersom dette kan ha god effekt når tarmen er obstipert (Øverlie, 2011). Avføringsmidler som virker mykgjørende og gis sammen med måltidene kan avhjelpe at avføringen blir hard. Eventuelt kan milde laksantia eller suppositorier som virker avførende gis. Forsiktig stimulering av endetarmen kan også være en måte å få i gang tarmmuskulaturen og føre til at avføringen kommer lettere. Hvis ingen av disse tiltakene hjelper kan det være nødvendig med Glycerin suppositorier (Cushing et al., 2002).

### **3.1.3 Parkinson, alderdom og risiko for underernæring**

Eldre mennesker har evnen til å spise og glede seg over mat, allikevel er underernæring et av de vanligste problemene for eldre (Brodkorb, 2010). Så mange som 52-65 % av pasientene som har Parkinson sykdom opplever et vekttap på 3-6 kg og er mer utsatt for underernæring enn mange andre. Ca. 15 % av pasientene er underernærte og 25 % står i fare for å bli det. Kvinner er mer utsatt enn menn (Walker et al., 2012). Faktorer som funksjonssvikt, sykdom og normale aldersforandringer kan påvirke pasientens evne og lyst til å spise og drikke. Eldre på sykehjem står i fare for at appetitten reduseres på grunn av ensomhet, redusert smak- og luktesans, smerter, depresjon, tannproblemer, svelgeproblemer og bivirkninger av medisiner. Et redusert energibehov kan føre til at appetitten avtar. Spiser man mindre over lengre tid blir magen vant til mindre måltider og man blir fortere mett (Brodkorb, 2010). Underernæring kommer som en følge av at næringsinntaket er lavere enn behovet og utvikler seg ofte over tid. Månedlige vektkontroller er en god måte å oppdage vektneidgang, og for pasienter som er særlig utsatt kan man veie en gang per uke. Der man oppdager vektneidgang kan tiltak iverksettes, slik at pasienten får stabilisert sin vekt. Kartlegging av pasientens inntak av mat og drikke bør gjøres. Pasienten bør spørres om matvaner, appetitt og næringsinntak (Brodkorb, 2010). Aagaard (2010) skriver at kun 16 % av sykehjemmene i undersøkelsen, hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus (Aagard, 2010). Eldre kan bagatellisere eller unnlate å fortelle om spiseproblemer på grunn av skamfølelse. Som en følge av underernæring blir den eldre mer utsatt for infeksjoner, tap av muskelmasse som fører til svekkelse og økt risiko for fall, samt økt risiko for decubitus (Brodkorb, 2010). Forskning viser at menn som har Parkinson sykdom og har et vesentlig vekttap på mellom 5-10 %, dør 3 år tidligere, enn menn som har sykdommen og ikke opplever vekttap. Et år etter at vekttap ble dokumentert med 10 %, overlevde bare 3 av 18 menn, mot 12 av 16 kvinner.



Studien viser at kvinner ser ut til å tåle vekttap bedre, noe de mener kan skyldes blant annet at kvinner har høyere fettprosent enn menn (Walker et al., 2012).

### ***3.2 Ernæring på sykehjem – Det gode måltidet***

Mat er mye mer enn ernæring. For de som bor på sykehjem er ofte maten dagens høydepunkt (Sortland, Eldre og ernæring, 2011). Sortland (2011) skriver at «måltidene er viktig med tanke på trygghet, glede, ensomhet, trøst, tilhørighet og kjærlighet» (Sortland, 2011, s.193). Måltidene kan derfor oppfylle både behandlingsfunksjonen- og omsorgsfunksjonen. I kosthold-håndboken fra Helsedirektoratet (2012) er det skrevet at det er viktig å finne ut hva maten betyr for den enkelte, og vise respekt og ydmykhet for dette. Karoliussen (2006) skriver at for de eldre er det dagens helse som er viktigst, ikke den langsiktige forebygging for framtiden og at maten derfor skal sikre helse og trivsel i hverdagen. I studien til Carrier et al. (2009) er det undersøkt hvordan måltidsopplevelsen, maten og matserveringen påvirker livskvaliteten til eldre på sykehjem. Studien konkluderer med at måltidsopplevelsen, matservering og helsepersonell spiller en stor rolle for å fremme og bedre livskvaliteten til sykehjemsbeboerne.

#### **3.2.1 Måltidets omgivelser**

På sykehjem er det vanlig at måltidene serveres i fellesarealet. Hvordan den enkelte avdelingen velger å plassere pasientene er individuelt. Det vi har opplevd er at noen har langbord, mens andre har flere småbord. Noen ønsker å få servert måltidene på rommet eller på senga, mens andre sitter for seg selv ved eget bord på fellesarealet. Helsedirektoratet (2009) viser til at viktige tiltak kan være å tilrettelegge for bedre forhold rundt spisesituasjonen, og at ved å tilpasse matens konsistens når det gjelder tygge-og svelgvasker, kan pasientene spise vesentlig mer. Det første tiltaket som anbefales, er tilpassing av spisesituasjonen. Dette støttes av Karoliussen (2006), som mener at det enkelte ganger kan være riktig å la den eldre spise alene, både av etiske- og ernæringsmessige hensyn (Karoliussen, Ernæring, 2006). Pasienter som hoster mye eller søler når de spiser, kan føle det som en belastning at de sjenerer sine medpasienter under måltidet. Dette kan være reelt og bli et problem for begge parter, noe som kan føre til at pasienten og/eller medpasientene ikke orker å spise. Det anbefales derfor at pasientene skjermes enten ved at de får sitte ved eget bord eller på rommet sitt, hvis de ønsker det (PPS, 2013). Karoliussen (2006) påpeker at en slik løsning ikke skal være permanent, men vurderes etter pasientens behov. Sortland (2011)

hevder at ikke alle eldre føler trygghet og hygge, ved å spise sammen med andre. For de pasientene som ønsker å være på rommet, vil det være godt å sitte i egen stol med pyntet spisebord på rommet for å skjerpe appetitten (Helsedirektoratet, 2012).

Selve spisemiljøet og atmosfæren rundt måltidet, kan påvirke matlysten. Duk på bordet, stearinlys, blomster og frisk luft virker fremmende. Flere små bord øker muligheten til kommunikasjon (Melheim, 2008). Mat som serveres på porselen istedenfor plastikk, påvirker livskvaliteten og næringsinntaket til sykehjemsbeboerne (Carrier et al., 2009). Sykepleieren kan hjelpe pasienten ved å tilrettelegge måltidet og gi hjelpemidler som gjør det enklere å spise. Ved å legge til rette for at pasienten selv kan komme med forslag til tiltak, og støtte oppunder det pasienten faktisk mestrer, kan bidra til økt selvfølelse hos pasienten. Hvis pasienten føler stress under måltidene, kan dette gå utover spisingen. Uoverstemmelser bør tas utenom måltidene. Ro, nok tid og positiv meningsutveksling bør derfor tilstrebes for at pasienten skal nyte måltidet (Karoliussen, Ernæring, 2006).

### ***3.3 Sykepleie til pasienter som har Parkinson sykdom***

I forhold til vår oppgave der vi søker etter svar på hvordan pasienter som har Parkinson sykdom kan få en god opplevelse av måltider og ernæring, mener vi at god omsorg må ligge til grunn, samt faglig kunnskap om de grunnleggende behov og hvordan vi skal få dette til. Vi har valgt å benytte oss av sykepleieteorien til Virginia Henderson ettersom hun fokuserer på pasientens grunnleggende behov og beskriver sykepleierens faglige oppgave i forhold til dette.

#### **3.3.1 Virginia Henderson**

Virginia Henderson (1896-1996) var en av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive sykepleierens spesielle fagområde og hva det er (Kirkevold, 2011). Henderson (1998) beskriver sykepleierens funksjon slik;

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. (s. 45)

Henderson poengterer at mennesket er et komplisert vesen med flere sider; en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon, der sjel og legeme er uatskillelig (Kirkevold, 2011).

Sykepleierens ansvar blir å se enkeltmennesket som et unikt individ, der det tas hensyn til den enkelte pasient i den situasjonen han er i. Hun beskriver i sin teori at mennesket har 14 grunnleggende behov og sier at «hvis en person mangler krefter, vilje eller kunnskap til å ivareta disse behovene, trenger man hjelp av en sykepleier» (Mathisen, 2011 s. 156). Vi har valgt å fokusere på behovet med å hjelpe pasienten til å spise og drikke tilstrekkelig.

Henderson påpeker at behovet arter seg forskjellig fra menneske til menneske ut i fra sosiokulturell bakgrunn, fysiske og psykiske krefter, alder, vilje og motstand. Dette er viktig å huske på, når man skal yte sykepleie, slik at pasienten opplever helse og velvære (Kirkevold, 2011).

### **3.3.2 Sykepleierens arbeid med veiledning, tiltak og tilrettelegging**

Ernæring er ofte et problem for pasienter med Parkinson sykdom. Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser (2012), skriver at mange går ned i vekt på grunn av høy motorisk aktivitet, vansker med å svelge, tretthet, samt forstyrrelser i mage- og tarmsystemet. I forhold til disse pasientene vil det derfor være et mål å opprettholde og eventuelt forbedre ernæringsstatus, samt minske symptomer og forbedre livskvaliteten (Karoliussen, Ernæring, 2006). Aagaard (2008) skriver at det kan være flere årsaker til hindringer i arbeidet med å forbedre ernæringsarbeidet. De viktigste hindringene som ble nevnt var dårlig økonomi, tidspress, lav bemanning, manglende kunnskap og holdninger, organisatoriske og fysiske begrensninger, samt lite samarbeid (Aagaard, 2008). I følge veilederen i ernæringsarbeid fra Helsedirektoratet (2012), skal fagpersonene som er knyttet til pasientene igjennom tverrfagligsamarbeid med andre profesjoner på sykehjemmet, sørge for helsefremmende mat og måltider. Samarbeidet må være basert på fagkunnskap. Sykepleierens oppgave er beskrevet som å tilby appetittvekkende, ernæringsrik mat som er tilpasset pasientens ønsker og behov. Sykepleieren skal også sørge for at pasienten er opplyst om ernæringsanbefalinger. Andreassen (2008) vektlegger at sykepleierens oppgave er å sørge for riktig og ernæringsrik kost, samt at det brukes god tid hos pasienten under måltidene (Andreassen, 2008). Ettersom eldre får svakere luktesans og færre smaksløker, kan smakssansen bli redusert og appetitten dårligere. Mat med utpreget smak og lukt kan bedre matinntaket. Kulturell bakgrunn og vaner bør tas hensyn til. Mat man er vant til og man vet smaker, kan friste mer enn ukjent mat (Sortland, Eldre og ernæring, 2011). Hovedfagsoppgaven « Å gå til duk og dekk bord » av

Melheim (2004) tar opp matkulturen til de eldre som tema. Eldre er ofte lært opp til at de «i hvert fall skal smake på maten», høflighet og ikke klage på maten er innlært fra barndommen. Aagaards (2008) rapport viser at det ikke er vanlig at sykehjemsbeboere deltar i planlegging av middagsmenyen. Kun 16 % av sykehjemmene gir pasientene muligheten til å velge mellom to eller flere retter til middag. Ved at personalet ikke tar seg tid til å finne ut hva pasienten vil ha servert, men gir «det de bruker å spise», kan det bli betraktet som maktmisbruk, enda det er aldri så ubevisst. Hanssen (2010) skriver at når pasienter får servert ukjent mat, kan de oppleve skuffelse, samt føle seg sviktet og uelsket. Hougaard (2011) skriver at sykepleieren har ansvaret for å tilse den enkelte pasienten og deres ulike behov, men at pasientens ønsker må være utgangspunktet i matserveringen.

### ***Veiledning***

En av sykepleiernes oppgaver er å veilede pasienten. Hummelvoll (2012) skriver om sykepleier-pasient-felleskapet, der han beskriver et samspill og fellesskap mellom sykepleier og pasient. Felleskapet bruker man til å klarlegge problemer og funksjonsvansker, og måter man kan møte disse på. Sykepleiepraksis og sykepleieplan vil dermed bygge på pasientens perspektiv og ønskemål. Tveiten (2012) beskriver sykepleierens veiledende rolle til pasienten, der hensikten er å legge til rette for at pasientens mestringskompetanse styrkes. Det må tas hensyn til pasientens kompetanse, som innebærer kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Veiledning skal virke bevisstgjørende for pasienten, der samtalen er knyttet til pasientens behov, ressurser, mål og muligheter. Hva pasienten føler han mestrer vil være individuelt, men et mål er at pasienten selv kommer med forslag til tiltak, ved hjelp av råd, forslag og refleksjon. Hougaard (2011) viser til at individuell veiledning om kost og ernæring er mest effektiv hvis den gjennomføres av en person i samarbeid med den aktivt deltakende pasienten. Dette begrunnes med at hensyn til pasientens personlige forutsetninger blir bedre ivaretatt (Hougaard, 2011). Vår oppgave vil være å veilede pasienten, slik at han bevisstgjøres og forstår hvorfor de enkelte tiltak foreslås eller iverksettes.

### ***Tiltak og tilrettelegging***

Det finnes ingen behandling som kurerer parkinson sykdom. Sykdommen utvikler seg mer og mer jo lengre i sykdomsforløpet man er, men symptomenes hastighet er individuelle fra pasient til pasient. Den behandlingen som gis til pasientene kan være med på å bremse symptomene, slik at pasienten beholder sin egenomsorg og funksjon lengre (Herlofson &

Kirkevold, 2010). Etersom sykdommen utvikler seg, øker behovet for tiltak og tilrettelegging. Tiltak som er anbefalt for pasienter med Parkinson sykdom vil variere ut i fra hvilke plager og symptomer de har. Tilrettelegging i matsituasjoner som for eksempel: sittestilling, mat som er lett å svelge og ikke minst øvelser som styrker leppe, tunge og svelg er viktige tiltak som kan bidra for å unngå komplikasjoner. For mange pasienter kan det være nyttig å få trening, hjelp og tips til ulike øvelser som løser opp stiv ansiktsmuskulatur som kan føre til svakere og hes stemme, samt løse opp svelgmuskulaturen (Herlofson & Kirkevold, 2010). Mange pasienter opplever at de blir misforstått og at det fort kan oppstå kommunikasjonsproblemer, ettersom det kan være vanskelig å forstå, tolke og lese pasientens kroppsspråk. Den framoverbøyde kroppsholdningen kan føre til at pasientene lettere sikler. Dette kan ofte oppleves nedlatende for pasientens selvbilde og livskvalitet, spesielt i sosiale sammenhenger (Herlofson & Kirkevold, 2010).

Motoriske symptomer kan avhjelpest med at man tilrettelegger måltidsituasjonen. Tilrettelegging gjøres ut i fra pasientens funksjonsnivå og behov. Aktuelt kan være sklimatte under tallerken, bestikk med bedre gripetak, tallerkenkant, uknuselig asjett og glass med hank. I forhold til den maten som blir servert kan aktuelle tiltak være at man hjelper til å dele opp maten på tallerkenen og velger mat som holder seg på gaffelen slik at det blir lettere å få den i seg (Helsedirektoratet, 2012). Hvis man sitter framoverbøyd når man spiser, presses abdomen sammen, noe som kan gi tidlig metthetsfølelse. Tilrettelegging for god sittestilling, samt tilby flere og hyppigere måltider kan være tiltak som gjør at pasienten får i seg den ernæringen det er behov for i løpet av dagen (Karoliussen, Ernæring, 2006).

### ***Tiltak ved svelgeproblematikk***

Tiltak som kan gjøres i forhold til pasientens svelgeproblemer er å sørge for at det er ro og at det settes av god tid under måltidet, ettersom stress kan forverre pasientens symptomer med svelging og skjelving. Pasienten bør sitte oppreist og ha hodet lett framoverbøyd, samt ta små munnfuller med mat eller drikke. Det er viktig at de tygger maten godt og svelger flere ganger mellom hver munnfull slik at munnhulen er tom før neste bit tas. Mat og drikke bør tilpasses i forhold til svelgfunksjonen, drikke kan for eksempel tilsettes tykningsmiddel og maten skjæres i små biter eller moses (Helse sør-øst, 2014). Pasienter som trenger hjelp under måltidet, bør få sitte ved siden av pleieren eller rett ovenfor, uten at pasienten behøver å se opp på pleieren. Dette for å fremme kommunikasjon og unngå at pasienten sitter feil. Ved å tilby drikke før måltidet, får pasienten friske opp ganen og fukte munnen før måltidet. Maten

skal tilbys på en appetittlig og god måte, som er tilrettelagt etter pasientens ønske. Man skal la pasienten tygge og svelge før ny mat tilbys, samt tilby å tørke pasienten rundt munnen underveis. Pasienten skal føle seg ren og ha velvære under måltidet. Pasienten skal få tid, ro og behandles med respekt under hele måltidet og den som gir maten skal «være tilstede» for pasienten hele måltidet (PPS, 2013). Ved å ha personale tilstede under måltidene på sykehjemmet, kan dette fremme trygghet og være avgjørende for en positiv opplevelse av måltidet (Melheim, 2008). For mange eldre kan måltidene være en anledning til å ha sosial kontakt. Maten bærer med seg både minner og mening. Til tross for ulikheter hos beboerne kan måltidene være en fin mulighet til å utvikle relasjoner med de andre rundt bordet. For mange kan hvem de spiser med være av større betydning enn selve maten. En hyggelig atmosfære rundt måltidet kan føre til velvære og dermed øke appetitten (Karoliussen, Ernæring, 2006).

### ***Tiltak som fremmer økt livskvalitet og matlyst***

Tilrettelegging for fysisk aktivitet utenom måltidene virker også positivt i forhold til økt matlyst og kan virke forebyggende ved obstipasjon, samt at det har mange andre positive effekter som gir helsemessig gevinst, økt velvære og bedre livskvalitet for den eldre (Lerdal & Grov, 2011). Som sykepleier er det viktig å kunne hjelpe pasienten til aktivitet, slik at funksjonsnivået kan vedlikeholdes eller forbedres, samt redusere faren for komplikasjoner. Sykepleieren kan være behjelpelig med å henvise pasienten til fysioterapeut for hjelp med å sette opp et treningsopplegg (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010).

### ***Sykepleieren og medikamenter til pasienter med Parkinson sykdom***

For pasienter med Parkinson sykdom er den medikamentelle behandlingen individuell og følger symptomutviklingen hos den enkelte pasienten. Medisineringen er symptomlindrende og kan ikke stoppe sykdomsutviklingen. Medisinering starter ofte ikke før symptomene er invalidiserende eller går ut over livskvaliteten (Bertelsen, 2007). For at pasienten skal ha et best mulig funksjonsnivå er det viktig at medisineringen er optimal (Andreassen, 2008). Ved Parkinson sykdom er Levodopa førstevalget. Levodopa øker tilførselen av dopamin i hjernen. Medisinen kan ha en del bivirkninger som ufrivillige bevegelser, oppstemthet, synshallusinasjoner, vrangforestillinger, forvirring, søvnforstyrrelser kvalme, nedsatt luktesans og redusert appetitt. Etter 5-10 års behandling opplever mange svingninger i effekten som kan medføre at den motoriske ferdigheten går i bølger. Dette kalles også «on-off»-

fenomener. Svingningene kan dempes ved å holde dopamin-nivået i hjernen så jevnt som mulig (Bertelsen, 2007). Medisinen bør tas sammen med mat, for å redusere kvalme og brekninger (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Noen merker forverring i symptomer etter å ha spist proteinrike måltider. Grunnen til dette er at dopamin som er i medisinen konkurrerer med protein i kosten om opptak i hjernen. Man skal ikke kutte ut proteiner i kosten, men fordele det utover dagen. Det anbefales lite protein på morgenen (20 %) og mer utover dagen til middag og kveldsmat (80 %). Dette for best mulig virkning av medisinene (Helsedirektoratet, 2012). For vurdering og tilpassing av legemiddelbehandlingen, bør man kartlegge funksjonsnivå gjennom noen dager. Når man har tilpasset legemiddelbehandlingen sammen med lege og fått optimalisert den, er det viktig at medisinene gis til riktig tid (Andreassen, 2008). Hvis medikamentene ikke gis til rett tid eller som anbefalt kan dette føre til at pasientene ikke får i seg mat på grunn av et dårligere funksjonsnivå og førlighet. Nedsatt funksjon kan føre til økte problemer med skjelving og at den motoriske ferdigheten går i bølger, noe som kan føre til at pasienten ikke føler seg i stand til å sitte sammen med andre under måltidet og isoleres. Dette kan i så måte påvirke næringsinntaket og livskvaliteten til pasienten (Bertelsen, 2007).

## **4.0 Drøfting**

I denne delen av oppgaven vil diskutere og søke svar på problemstillingen vi har valgt;

*«Hvordan kan sykepleiere legge til rette for en god opplevelse av måltider og ernæring for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem?»*

Besvarelsen gjøres ut i fra det vi har lagt frem i teoridelen. For å drøfte de ulike problemstillingene og dilemmaene som kommer frem, vil vi benytte oss av faglitteratur, forskning og artikler om temaet. Vi vil også trekke frem egne praksiserfaringer som kan kaste lys over oppgaven.

### **4.1 Sørge for økt velvære og komfort**

Før måltidene er det viktig å kartlegge pasientens helsemessige tilstand slik at de får det best mulig før og under måltidene. Flere faktorer kan vi som sykepleiere være med på å redusere og anses av Henderson(1998) som grunnleggende behov, som pasienten kan trenge hjelp til å gjøre noe med. Mathisen (2011) beskriver Hendersons teori som er et verktøy som gir sykepleieren en mulighet til å utforme individuelt tilpasset sykepleie til pasienten og den situasjonen han er i. Smerter, depresjon, obstipasjon, samt dårlig medisinerings kan føre til at pasientens velvære ikke er bra og at det går utover matlysten og evne til å spise. En viktig sykepleieoppgave vil derfor være å forebygge ubehag for pasienten, slik at pasientens velvære er mest mulig optimalt gjennom hele dagen og over tid.

#### **4.1.1 Smerter og depresjon**

Smerter vil påvirke pasientens funksjonsnivå, samt ses på som en medvirkende årsak til depresjon hos pasienter som har Parkinson sykdom. Omtrent 80 % av pasientene har smerter og hos cirka halvparten av pasientene kan smertene avhjelpes med optimal medikamentellbehandling (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Tilfredsstillende smertelindring vil derfor kunne anses å redusere faren for depresjon, bedre funksjonsnivå og gi økt livskvalitet (Andreassen, 2008; Bertelsen, 2007). Depresjon er utbredt blant pasienter som har Parkinson sykdom og omtrent 40 % av alle pasientene rammes av dette før eller senere i sykdomsforløpet. Pasientene som får denne diagnosen har gjennomsnittlig lavere kognitiv funksjon, samt får alvorlige motoriske symptomer, som i seg



selv kan føre til nedsatt livskvalitet (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Det er viktig at vi som sykepleiere er oppmerksomme på dette, slik at man kan konferere med lege ved mistanke om depresjon og pasienten kan få den hjelpen som trengs. Hvis man ikke er oppmerksom og pasienten sliter med depresjon, kan det medføre senket stemningsleie, nedsatt interesse og glede for det rundt seg, samt nedsatt appetitt og vektnedgang (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). En utfordring kan være å oppdage depresjon eller smerter hos disse pasientene. Pasientene kan ha lært seg å leve med smerter og anse det som en del av sykdommen. De kan også se på det som normalt å være trist i den situasjonen de er i (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser, 2010). Sykepleietiltak vil derfor være å ha en god dialog med pasientene og eventuelt pårørende, slik at det gjennom samtaler og god dialog, kan fanges opp om pasienten føler seg motløse, triste eller har smerter. Utfordringer kan være å klare å opparbeide nødvendig tillit, slik at pasienten føler at han kan fortelle om sine plager. Uten tillit og en god dialog kan det føre til at pasientens plager ikke blir oppdaget og at han dermed lider. Ved å kartlegge om pasienten har smerter eller er deprimert, kan dette være med å forebygge unødvendige plager og bidra til at pasienten får en bedre måltidsopplevelse.

#### **4.1.2 Obstipasjon**

Å ivareta pasientens behov for eliminasjon er et av de grunnleggende behov i følge Henderson (1998). Øverlie (2011) skriver at regelmessig avføring er viktig med hensyn til alle menneskers velvære og komfort. Vi ser at de ulike behovene som er beskrevet av Henderson (1998) favner det helhetlige mennesket. Flere av de grunnleggende behovene hun beskriver, påvirker pasientens evne og mulighet til å få i seg ernæring på en tilfredsstillende måte ut i fra funksjonsnivået til pasienter som har Parkinson sykdom. En sykepleieoppgave vil være å finne tiltak som kan hjelpe pasienten til å unngå langvarig obstipasjon eller forebygge dette. Øverlie (2011) beskriver at kommunikasjonen mellom pasienter og sykepleiere kan bli vanskelig på grunn av tabuer om temaet. Avføring kan forbindes med noe avskyelig og er for mange skambelagt. Menneskers holdninger til avføring kan være komplekse og bunner ut i sosiale regler og normer. Forlegenhet kan true pasientens følelse av verdighet. Kunnskaper om temaet og hvordan man skal kunne hjelpe pasienten på en måte så han ikke føler seg krenket vil være viktig i arbeidet med å forebygge og behandle obstipasjon (Øverlie, 2011). Hvis man ikke har en god dialog med pasienten om dette, kan det føre til redusert matlyst og mindre velvære, noe som også påvirker livskvaliteten. Et redusert

matinntak kan føre til vektnedgang, og på sikt underernæring. Forebygging av obstipasjon er derfor en viktig oppgave som gjøres, for at pasienten skal få bedre matlyst og et større velvære under måltidene.

### **4.1.3 Medikamenthåndtering**

I følge Bertelsen (2007) kan medikamentene som gis ved Parkinson sykdom, gi en del bivirkninger. Funksjonsnivået til pasienten påvirkes av når de gis, samt av fordelingen av proteiner i løpet av dagen. Vi har opplevd at medikamentutdelingen til pasienter med Parkinsons sykdom, ikke alltid gjøres som anbefalt. Om dette er på grunn av travelhet eller mangel på fagkunnskap, vet vi ikke. Det ønskelige er å gi en så optimal medisinerings som mulig slik at pasienter som har Parkinson sykdom har et så jevnt dopaminnivå som mulig i løpet av dagen og kan delta i de måltidene de selv ønsker, uten at funksjonsnedsettelsen er til hinder for dette. Hvis medisinerne ikke gis som anbefalt kan dette medføre til at pasienten får et dårligere funksjonsnivå og velvære, og ikke orker eller klarer å spise sammen med andre eller sliter med å få i seg maten, noe som kan medføre vektnedgang.

Medisinutdelingen sammenfaller som oftest med måltidene slik vi erfarer. Her blir det derfor et spørsmål om personell og prioriteringer. Sortland (2011) mener at det er stort fokus på sykepleierens oppgave i å administrere medikamenter, observere og dokumentere virkning og bivirkninger. Hun mener at kostholdets betydning blir videreført til andre omsorgsledd og at kostholdets betydning har fått for lite oppmerksomhet av sykepleiere (Sortland, Ernæring -et kunnskapsområde for sykepleieren, 2011). Dette er ofte en realitet på sykehjem, ut i fra våre erfaringer. Det er sykepleiere som har ansvar for medisinerne og utdelingen av disse. Sykepleiere har også ansvar for å dokumentere ernæringsstatus ettersom det er en klar sammenheng mellom det pasientene spiser og sykdomsutvikling (Sortland, Ernæring -et kunnskapsområde for sykepleieren, 2011). Hun beskriver videre at vurderinger av dette bør være like selvfølgelig som vurderingen av medisiner og annen behandling (Sortland, Ernæring -et kunnskapsområde for sykepleieren, 2011). Vil det være riktig å sette andre yrkesgrupper (med medikamentgodkjenning) til å dele ut medisiner, for at man som sykepleier skal ta del i måltidene? I noen tilfeller kan det være fornuftig, der det for eksempel er behov for sykepleietiltak til pasienter med spesielle behov og annet personell ikke har tilstrekkelig kompetanse, for eksempel parenteral ernæring eller for pasienter med nyttilkommet svelgeproblematikk. Vi har erfart at sykepleiere som regel tar ansvaret for medisinerne og at annet helsepersonell helst vil slippe dette hvis sykepleier er tilstede. Ved ny-

oppstått problematikk ønsker de ofte at en sykepleier bistår eller overtar. Pasienter som trenger hjelp under måltidet, har som regel noen som allerede hjelper seg når medisintidningen er ferdig. Det blir unaturlig å ta over denne oppgaven når andre allerede er i gang. Det blir heller så at man starter opp med andre ting som venter. Ved å overlate medisintidningen til andre, kan dette medføre at viktige observasjoner og kommunikasjon med den enkelte blir dårligere. En av oppgavene man har som sykepleier er å være pasientens «talsmann» der pasienten selv ikke klarer å formidle sine plager, slik at lege kan forordne og iverksette tiltak som vi videre kan følge opp. En utfordring slik vi ser det, kan være å få optimalisert behandlingen, ettersom lege ikke alltid er tilgjengelig på et sykehjem. Medikamentjusteringer og optimalisering kan være en tidkrevende prosess og krever at man har tett kontakt med pasienten og dokumenterer effekt og eventuelle bivirkninger. Hvordan man skal vurdere hvorvidt man skal dele ut medisiner eller være tilstede for én pasient under måltidene vil derfor kunne bli et dilemma. Slik vi opplever det og som Sortland (2011) påpeker, vil sykepleierne ofte prioritere å ta hånd om medikamentene og det arbeidet som gjøres i forbindelse med dette. I forhold til å veilede de man jobber sammen med, kan man rette fokuset mot dokumentasjon og god opplæring i ernæringsarbeidet. Hvis de man jobber sammen med er flinke til å dokumentere, kan man kanskje lettere oppdage avvik under rapport. Slik vi ser det, er en optimal medikamentellbehandling avgjørende for pasientens funksjonsnivå og er derfor viktig for at pasienten skal få en god måltidsopplevelse.

#### ***4.2 Mestring av måltidet***

Hendersons teori viser til at man skal hjelpe pasientene med det de ellers ville ha gjort selv hvis de hadde tilstrekkelig styrke til det, dette er nært knyttet til «Den gyldne regel» som går igjen i stort sett alle religioner og livssyn; «*Gjør mot andre det du vil at andre skal gjøre mot deg*» (Wikipedia, 2014). Vi mener at måltidet bør være basert på omsorg, og hvordan man hjelper pasienten, er ikke likegyldig. For pasienter som trenger hjelp under måltidene, enten ved oppdeling av mat eller å få i seg maten, vil måten man gjør dette på, være avgjørende for om pasienten får en god opplevelse. Den enkelte pasient skal få muligheten til å bruke sine evner og ressurser, samt føle mestring igjennom det de selv klarer. Funksjonsevnen til pasienter som har Parkinson sykdom kan være ulik ut i fra dagsform og påvirkes av medisineren. Behovet for hjelp kan derfor være ulikt fra dag til dag. Dette er viktig å ta hensyn til slik at pasienten får den hjelpen han trenger og får mulighet til å mestre situasjonen han er i, uten at han føler seg som en belastning. God dialog, fagkunnskap og respekt for den

enkelte, vil kunne gjøre opplevelsen av måltidet bedre for pasienten, samt føre til økt velvære og livskvalitet.

#### **4.2.1 Brukermedvirkning**

Henderson (1998) mener at sykepleie skal bestå i å hjelpe de som ikke har evner eller ressurser til å ivareta seg selv. Hun hevder at sykepleiere med sin omsorg kan erstatte den enkeltes sviktende evner og krefter (Karoliussen & Smebye, 2006 s.222). Hvor vidt man som sykepleier kan erstatte den enkeltes sviktende evner og krefter, synes vi blir et definisjonsspørsmål. Slik vi ser det, kan man ikke erstatte dette, men heller hjelpe og støtte der disse evnene og kreftene mangler, slik at pasientene kan oppleve mestring. Kirkevold (2011) poengterer at Hendersons (1998) teori kan tolkes som at den utelukker pasienter som lever med kroniske tilstander og som ikke kommer til å bli selvstendige. Samt at Hendersons mål for selvstendighet ikke alltid er realistisk. Kirkevold (2011) mener at Hendersons beskrivelse av sykepleiens oppgaver allikevel favner denne pasientgruppen. Slik vi oppfatter teorien til Henderson vil en sykepleiers oppgave ikke bare handle om å tilfredstille de grunnleggende behov, men at det bakenfor dette også ligger omsorg bak handlingene. Noe vi mener at hun også favner når hun beskriver mennesket som en helhet med fysisk, psykisk, sosial og åndelig sider, der sjel og legeme er uatskillelig. For mange pasienter vil det være umulig å få tilbake tidligere funksjonsnivå, noe vi mener at Henderson også var innforstått med i sin teori. Ved å tilrettelegge for at pasienten opplever mestring og får ta egne valg, kan dette gi økt livskvalitet. Carrier et al. (2009) påpeker i sin studie at flere av pasientene ser på måltidene og valgfrihet rundt disse som et av de viktigste aspektene for god livskvalitet i hverdagen. Hougaard (2011) understreker at en aktiv medvirkning fra pasienten i forbindelse med måltidene kan føre til at deres personlige identitet, integritet og utvikling styrkes, samt at tilværelsen føles mer meningsfylt (Hougaard, 2011). Tiltak som er anbefalt er at pasientene har tilgang på ukemenyen og hva som blir servert eller har flere retter å velge mellom til middag. På denne måten kan de få et annet alternativ hvis det er noe de ikke liker. For mange vil det være lettere å finne noe som frister, hvis de får anledning til og selv velge pålegg og smøre på brødsnivene selv (Aagaard, 2008). Vi har erfart at pasienter med nedsatt evne til å mestre dette, kan få nedsatt mestringsfølelse. På sykehjemmene vi har vært på, blir pasientene tilbudt ferdig påsmurte brødsiver fra fat. Pasienter som kan smøre på maten sin selv, vil på denne måten bli fratatt muligheten til å oppleve mestring, og de ressursene de har kan bli svekket. På en annen side er denne måten å servere på tidsbesparende, slik at personalet har

bedre tid til å hjelpe de som trenger bistand. Melheim (2008) viser til at det for pasientene er viktig med personalets tilstedeværelse og at måltidet føles mer meningsfullt da.

#### **4.2.2 Vanskeligheter med å spise**

Nedsatt evne til å tygge på grunn av dårlig tannstatus, samt nedsatt evne til å tygge eller svelge kan virke hemmende og kan være en årsak til mindre matinntak. Tilpasset konsistens i forhold til tygge- og svelgeevne er derfor viktig. Mange får farse eller purékost, noe som en del pasienter synes kan være lite appetittvekkende (Brodkorb, 2010). Dersom de ikke får tilpasset kost, kan dette medføre at pasienten setter maten i halsen eller svelger feil, noe som igjen kan medføre redsel for å spise og på sikt underernæring. Studien til Carrier et al. (2009) viser til at måltidene kan gi pasientene trygghet, samhørighet, struktur og kontinuitet i hverdagen. Pasienter som hadde problemer med næringsinntak på grunn av blant annet funksjonssvikt eller svelgeproblemer mente at det påvirket livskvaliteten. Aagaards (2008) rapport viser at kun 36 % av de spurte i undersøkelsen mener at det er tilstrekkelig med personale under måltidene, til de som trenger spisehjelp og 25 % oppgir at flere beboere som trenger spisehjelp, mates samtidig av samme pleier. Mangel på tid kan føre til at enkelte områder blir nedprioritert. Hougaard (2011) skriver at pasientens ønsker og behov, ikke alltid er sammenfallende med sykepleierens anbefalinger. Dette kan føre til at pasienten ikke får i seg den ernæringen som er anbefalt. Hvis for eksempel porsjonen man serverer er for stor, kan dette føre til at pasienten mister motet og appetitten. Melheims studie (2008) viser at individuelle tiltak er nødvendig og støtter oppunder at måltidene må være tilpasset den enkelte pasient. Karoliussen (2006) påpeker som nevnt tidligere, at det er viktig å respektere den enkeltes ønsker, men at en løsning ikke nødvendigvis behøver å være permanent. Carrier et al. (2009) viser til at dietter eller spesialmat påvirket matlysten til pasientene og førte til en signifikant redusert glede av å spise. Vi har selv erfart at purékost eller mat som deles opp for pasienten, blir rørt sammen til en grøt av pleiere, uten at pasienten blir spurt om hvordan de vil bli servert eller gitt maten. Maten oppleves av oss som lite appetittlig og vi ser at dette ut ifra studiene og litteraturen at dette må tas hensyn til. Når pasienten har behov for most mat og trenger bistand til å spise, kan man la være å røre all maten sammen til en grøt. Ved å la maten ligge som den er anrettet på tallerkenen, kan man ta litt av den ulike maten på gaffelen og tilby pasienten. Dette kan bidra til at måltidsopplevelsen blir bedre for pasienten, uten at det bærer preg av at personalet har dårlig tid og mangler omtanke i sine handlinger.

### ***4.3 Skape et helsefremmende miljø***

Sortland (2011) beskriver sykepleierens rolle i forhold til ernæring, at ansvaret blant annet innebærer å veilede, informere og undervise pasientene, slik at de aktivt kan delta i å påvirke egen helse. Hun vektlegger også at det er sykepleieren som har det daglige ansvaret for pasientene, og at det innebærer at ernæringsrelaterte oppgaver blir ivaretatt (Sortland, Ernæring -et kunnskapsområde for sykepleieren, 2011).

#### **4.3.1 Kommunikasjon og veiledning**

Å veilede pasienten i hvordan han lettere kan få i seg maten er en viktig oppgave for sykepleiere. Svelgeteknikker, sittestilling, forslag til kost og hjelpemidler er noen av områdene som pasienten kan trenge hjelp til, og som må tilpasses pasientens funksjonsnivå.

Hougaard (2011) skriver at måltidet og aktiviteter som er knyttet til dette, danner et bindeledd til andre mennesker, slik at det kan skape og opprettholde sosiale relasjoner og et kulturelt felleskap (Hougaard, 2011). En sykepleieroppgave vil være å gi pasienten informasjon om tiltak som blir gjort på en måte at pasienten ikke føler seg støtt. Flere tilstander kan påvirke pasientens evne til å motta informasjon, slik som angst, depresjon, smerter og kognitiv svikt. Man må tilstrebe og fremme håpet hos pasienten, samt formidle realistisk og ærlig informasjon (Slettebø, 2009). Etske prinsipper vil bli satt opp mot hverandre og man må balansere fordeler og ulemper opp mot hverandre. Utfordringen kan bli i de tilfellene der man må velge mellom hensynet til en enkelt pasient og den resterende gruppen pasienter ved spisebordet (Slettebø, 2009). Slik vi ser det vil det ikke alltid bli en god løsning for alle parter. Vi mener at en god dialog der man tar hensyn til pasientens autonomi og selvbestemmelse, kan gjøre så at måltidet blir en hyggelig og god opplevelse. Sykepleierens hovedoppgave vil være å behandle pasienten med respekt, verdighet og på en måte så han ikke føler seg krenket, slik at man kan komme fram til en felles løsning som alle kan leve med.

Vi har opplevd at pasienter har blitt satt ved eget bord i spisestuen på grunn av at de søler fælt, samt sikler, slik at det kan virke støtende på andre. Hougaard (2011) skriver at pasienter med Parkinson sykdom kan ha behov for assistanse eller spisehjelp i slike situasjoner. Det å få hjelp til å spise kan oppleves som intimt og sårbart. Forholdet mellom pasienten og den som gir maten kan bli satt på prøve ettersom pasienten bør føle tillit til den som skal hjelpe. Det vises til at den som gir maten bør ha tid, tålmodighet og empati for at opplevelsen til

pasienten skal bli så god som mulig (Hougaard, 2011). Hvis sykepleieren viser tegn til å ha dårlig tid eller ikke har fokus på pasienten, kan dette medføre at pasienten spiser mindre, fordi han føler at han må skynde seg for å bli ferdig. Etske dilemmaer kan oppstå, der vi må handle til pasientenes beste, men motstridende verdier står på spill (Slettebø, 2010). I tilfeller der pasienten selv ønsker å sitte sammen med andre å spise, samtidig som andre pasienter finner det ubehagelig å sitte ved samme bord som pasienten, vil det bli en etisk utfordring i vårt arbeid som sykepleiere. Vi skal ta hensyn til alle pasientene, samtidig som vi skal ivareta den enkelte pasientens autonomi (Slettebø, 2009). I noen tilfeller vil ikke pasienten selv se at dens adferd fører til at andre reagerer eller mister matlysten, og kan bli såret eller sint på grunn av at han ikke får sitte sammen med de andre. Ved å sette pasienten ved eget bord mot pasientens vilje, vil dette gå utover pasientens mulighet til å ta autonome avgjørelser. En følge av dette kan bli at pasienten føler mistillit til personalet og medpasienter, isolerer seg på eget rom og mister en del av det sosiale fellesskapet. En slik avgjørelse kan også føre til at pasienten får et dårligere selvbilde og dermed dårligere livskvalitet. Hvis man ikke tar hensyn til de andre pasientene, kan dette gå utover deres måltidsopplevelse og livskvalitet. I noen tilfeller er pasienten kanskje ikke klar over hvordan han oppfattes av andre, det kan derfor være nødvendig å være direkte i sin kommunikasjon. En direkte tilbakemelding kan oppleves som vondt, men kan være med på å skape en refleksjonsprosess som kan føre til endringer og forståelse hos pasienten (Eide & Eide, 2007). Pasienter må få mulighet til å uttale seg om tanker og følelser som de har ovenfor sykepleieren. For å være direkte, bør man ha et godt tillitsforhold som et utgangspunkt. Hvis ikke kan en slik måte å kommunisere på, føre til at videre samarbeid og tillit blir ødelagt (Eide & Eide, 2007).

Symptomene pasientene har, kan gjøre det vanskelig å spise, slik de ønsker. Skjelving kan føre til at det er vanskelig å dele opp maten i passende biter, det kan være vanskelig å føre maten til munnen uten å søle, matens konsistens kan gjøre det vanskelig å svelge (Herlofson & Kirkevold, 2010). Veiledning om spiseteknikk for pasienter med Parkinson trengs ikke å gjøres hver dag, ei heller det å bli kjent med den enkeltes behov. Melheim (2008) beskriver i sin innledning at «Hvilke forhold pasientene vektlegger som sentrale, vil kunne få konsekvenser for organiseringen og utøvelsen av sykepleie i ulike måltidsituasjoner» (Melheim, 2008, s. 213). Studien gir ingen svar på dette, slik vi ser det. Studien viser til personalets rolle, noe vi tolker som den gruppen av personell som jobber på sykehjemmet og ikke sykepleiere spesielt. Melheim (2008) viser til at pasientene har stor forståelse for

personalets travelhet, men flere opplevde det som positivt hvis personalet tok seg tid til å sette seg ned ved bordet. Personalet ble oppfattet som mer selskapelig og ga mer mulighet for samtaler. Carrier et al. (2009) hevder at antall personell ikke er avgjørende for hvor fornøyd pasienten er, men at sykepleiepersonell spiller en viktig rolle for å fremme og bedre livskvaliteten til pasientene på sykehjem i arbeidet med måltidene og ernæringsarbeid. Ingen av studiene vi har funnet sier noe om hvordan man som sykepleier skal favne alle ansvarsområder og hvordan man skal prioritere. Vi ser at arbeidet rundt kosthold på sykehjem blir beskrevet, men at undersøkelsene som har blitt utført, favner hele personalgruppen på sykehjemmet. Carrier et al. (2009) hevder at ulike tiltak kan gjøres, samt at ivaretagelse av den enkeltes autonomi er viktig for å forbedre matopplevelsen og livskvaliteten. Hougaard (2006) skriver at et tverrfaglig ernæringsarbeid er lurt. Samtidig påpeker hun at måltidet og matinntaket er best hos de pasientene som opplever at den som veileder og samarbeider med pasienten om ernæring og kjenner ens behov, er den som hjelper til under måltidet. Vi ser at det kan være vanskelig å basere måltidene på at det alltid er den samme som skal hjelpe, men at det for eksempel kan løses ved at avdelingen har primærkontakter til sine pasienter. Som vi har skrevet tidligere er en av sykepleiernes oppgaver å veilede, organisere og lede. I så måte vil dette kanskje være en av hovedoppgavene vi som sykepleiere har, der det er få sykepleiere. Studien Aagaard (2010) legger frem konkluderer blant annet med at «helsevesenet bør unngå sparetiltak som går utover maten og ernæringsarbeidet ved sykehjemmene» (Aagaard, 2010, s.40). Hun mener at dette vil være både samfunnsøkonomisk og sikre den enkeltes livskvalitet, ettersom dårlig ernæringstilstand kan føre til komplikasjoner. Melheim (2008) skriver at pasientene viser stor forståelse for at pleiepersonalet har dårlig tid, men setter stor pris på samtaler med personalet. Ved å veilede medarbeidere i hvordan man oppfører seg og framtre under måltidet, vil kunne være en vanskelig oppgave ettersom den enkelte medarbeider har sin væremåte og mange kanskje har «inngrodde» vaner. Den fagkunnskapen man har som sykepleier og det helhetlige bildet, kan også være vanskelig å formidle. Ved å delegerer oppgaver som er sykepleierrelaterte, kan viktig informasjon bli oversett eller utelatt. Noe som kan føre til at den sykepleien som ytes ikke blir forsvarlig eller god nok. Henderson (1998) sier at «hun håper at det er tilstrekkelig å karakterisere det som effektive sykepleiere gjør, og å skjelne deres arbeid fra andre helsearbeideres arbeid» (Henderson, 1998, s.16). Med dette tror vi Henderson understreker at sykepleierens utdanning, fagkunnskap og yrkesetiske retningslinjer, som så innarbeidet at den hjelpen som ytes gir god og forsvarlig sykepleie, slik at dette ikke kan sammenlignes med



andre helsefaglige utdanninger. Vi tror allikevel at man som sykepleier kan sørge for at det blir utført faglig, forsvarlig sykepleie og god omsorg for pasientene. Gjennom god ledelse og ved å sørge for fagutvikling i pleieteamet, kan dette være med på å bidra til at matopplevelsen blir bedre for den enkelte.

#### **4.3.2 Forebyggende tiltak og tilrettelegging**

Regelmessig kontroll og oppfølging av den enkelte pasient vil kunne bidra til videre arbeid og målsetninger ved ønsket vektoppgang, stabilisering av vekt eller forebygging av vektnedgang. Studien til Walker et al. (2012) påpeker også viktigheten i dette arbeidet ettersom undersøkelsene de gjorde, viste at spesielt menn som har Parkinson sykdom og et vekttap over 10 %, døde 3 år tidligere enn menn som ikke hadde vekttap (Walker, Davidson, & Gray, 2012). For å følge opp den enkelte pasienten bedre kan man som sykepleier for eksempel ta for seg den enkelte pasients journal, og se på ernæringsdokumentasjonen som er gjort den siste uka. Sammen med utregninger av pasientens BMI og anbefalinger, den enkeltes kostholds anbefalinger og inntak, vil dette være et godt forebyggende tiltak i forhold til å kartlegge om pasienten står i fare for vektnedgang (Hougaard, 2011). Dersom man ikke følger rådene om daglig kaloriinntak kan dette føre til at pasienten får i seg for lite mat, noe som på sikt kan føre til underernæring. Ved å gi for mye mat, kan dette bidra til at pasienten føler at sykepleieren maser om mat, når han i utgangspunktet har problemer med å få i seg det han trenger, og mister matlysten. Ved god dokumentasjon og oppfølging kan man tidligere oppdage eventuelle problemer eller mangler. Dette arbeidet vil være en viktig del av forarbeidet som gjøres i forbindelse med måltidet og tilrettelegging. Kunnskapen sykepleiere har om pasienter som har Parkinson sykdom, måltidets kontekst og ernæringsarbeid vil være viktig å viderefremme til medarbeidere som ikke har den samme kompetansen. Slik vi ser det vil det være nødvendig å delegerer oppgaver til andre, for at man skal rekke alt man skal gjøre i løpet av en dag. Noen av oppgavene vi beskriver er rutiner som kan innarbeides og som vil gå automatisk ettersom de blir innført, slik som endringer i spisemiljøets omgivelser.

Et av Hendersons grunnleggende behov går ut på å få i pasienten tilfredsstillende mat og drikke, for å få til dette vektlegger hun sykepleierens oppgave med å opprettholde et helsefremmende miljø rundt pasienten (Kirkevold, Virginia Henderson definisjon av sykepleiens natur, 2011). På sykehjem vil noen pasienter falle bort og andre komme til, slik at fellesskapet og konteksten rundt måltidene stadig er i endring. For pasientene kan dette by på utfordringer med stadig endringer i hvem de sitter sammen med, trivs med eller føler seg

trygge på. Melheim (2008) viser til at det ikke alltid er behovene eller ønskene til pasientene som styrer om de sitter sammen, men at det er personalets ønske om å samle pasientene til et felles måltid (Melheim, 2008). Dette kan være gjort på bakgrunn i at personalet er redde for at pasientene skal føle seg ensomme og at det er tidsbesparende. Hauge (2010) skriver at en del pasienter på sykehjem sliter med ensomhet. Hun mener at personalet kan bidra til at eldre som ønsker det, kan få nye venner på sykehjemmet. Ved å plassere personer med like livserfaringer og interesser sammen ved måltidene, kan dette føre til at nye relasjoner og vennskap bygges. Forutsetningene er at pasienten selv ønsker det og at de hører bra og kan uttrykke seg godt språklig. Vi har opplevd at personalet på sykehjemmet gjerne vil at alle skal spise måltidene i fellesskap, dette for å lette arbeidet i matserveringen og at man forsøker å sosialisere beboerne for å forebygge ensomhet. I følge studien Melheim (2008) har utført, viste den at flere eldre setter pris på å sitte sammen med andre når de spiser og føle seg som en del av fellesskapet. Mange syntes at de følte mer på ensomheten når de ble sittende alene. For de som ønsket å sitte alene på rommet var det nettopp mangelen på fellesskap som gjorde at valget ble å sitte for seg selv. Følelsen av manglende tilhørighet førte til at det gikk utover eget velvære under måltidet. Studien konkluderer med at alt i alt er det få som foretrekker å spise alene. Hauge (2010) skriver derimot at grunnen til at noen eldre velger å trekke seg tilbake kan være at de ikke ønsker å «speile» seg i skrøpelig alderdom. Eide og Eide (2007) skriver at symptomene med stive og spastiske bevegelser hos pasienter som har Parkinson sykdom, kan føre til at de opplever at andre oppfatter dem som mindre intelligente. Dette kan vanskeliggjøre kommunikasjonen og føre til at de trekker seg unna. Pasienter med Parkinson sykdom vi har truffet, har ønsket å sitte alene på rommet å spise enkelte dager, når funksjonsnivået er dårligere og funksjonsnedsettelsen fører til at de opplever at de spiser på en måte som virker støtende på andre. I disse tilfellene hvor pasientene ønsker å sitte på eget rom, får de servert maten på rommet, men ingen bistand. Dette på grunn av at personalet som er på jobb, er opptatt med de pasientene som sitter i fellesskap og trenger bistand. Pasientene blir i så måte, «straffet» for at de velger å sitte på eget rom. Ved å ha personale som kan bistå under måltidene på pasientenes rom, vil man kanskje klare å forebygge ensomhet, samt kunne bidra til at pasienten til tross for sin funksjonsnedsettelse får en god opplevelse under måltidene.

## 5.0 Konklusjon

Vi har ved hjelp av forskning, teori og egne erfaringer, kommet frem til flere tiltak som kan gjøres for at pasienter som har Parkinson sykdom og bor på sykehjem, kan få en god opplevelse av måltider og ernæring. For sykepleiere på sykehjem vil det kunne være store utfordringer å få tid til alle pasientene og dekke alle behov. Det vil derfor være viktig at man leder, organiserer og deler sin fagkunnskap til andre pleiemedhjelpere for at sykepleien som ytes blir best mulig. Det er lite forskning som går direkte på sykepleierens funksjon og hvordan man skal favne alle ansvarsområdene man har der det er få sykepleiere som arbeider samtidig. Forskning og teori beskriver godt hva som bør gjøres og hvilke fokus det bør være, men det virker som alle har sine «kjepphester» og glemmer helheten. For å styrke sykepleien til pasienter på sykehjem, vil det kanskje være viktig å sette fokuset på å styrke den faglige kompetansen og ha bedre sykepleietetthet på sykehjem.

Ut i fra de forutsetningene man har som sykepleier på sykehjem, må man som sykepleier sørge for at pasienten har en best mulig hverdag. Med dette kan man bedre legge til rette for at måltidsopplevelsen blir god. Kartlegging og kunnskap om hva pasienter med Parkinson sykdom kan være spesielt utsatt for, slik som obstipasjon, ensomhet, depresjon og underernæring er viktig for å kunne sette i gang tiltak som kan styrke pasientens velvære og livskvalitet. Pasientens autonomi og mulighet til å selv velge hvordan de vil ha måltidet er viktig for at måltidet skal bli en god opplevelse for dem. At både sykepleiere og annet pleiepersonale er kjent med helsefremmende tiltak og den enkelte pasients behov er svært viktig for at pasienten ikke skal føle seg som en belastning, bli glemt eller servert «av gammel vane». For pasientene er dagsformen varierende og tiltakene vil i noen grad kunne variere ut i fra funksjonsnivået fra dag til dag. Vi har forsøkt å legge til rette for en helhetlig tenkning innen sykepleiefaget. Både teori og forskning støtter oppunder at velvære og komfort, mestring og et helsefremmende miljø påvirker pasientenes opplevelse av måltidet. Ved å veilede, lindre plager, medisinere og se pasienten gjennom hele dagen, mener vi at dette vil gi en god opplevelse av måltider og ernæring for pasienter med Parkinson sykdom på sykehjem.

## 6.0 Litteraturliste

- \*Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Rapport 2008:3*. Høgskolen i Østfold.
- \*Aagard, H. (2010, Mai). *www.mat og måltider i sykehjem*". Hentet Januar/februar 2014 fra [www.sykepleien.no/forskning](http://www.sykepleien.no/forskning):  
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/343773/mat-og-maltider-i-sykehjem.-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>
- Andreassen, H. M. (2008). Sykepleie til pasienter med sykdommer i sentralnervesystemet. I U. (. Knutstad, *Sykepleieboken 3 -Klinisk sykepleie* (s. 399-444). Oslo: Akribe.
- Bergland, Å. (2011). Trivsel og mistrivsel hos eldre mennesker. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2* (s. 56-73). Oslo: Akribe.
- Bertelsen, A. K. (2007). Legemidler ved nevrologiske sykdommer. I H. Nordeng, & O. Spigset, *Legemidler og bruken av dem* (s. 249-252). Oslo: Gyldendal.
- Brodtkorb, K. (2010). Enæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 254-266). Oslo: Gyldendal.
- \*Carrier, N., West, G., & Ouellet, D. (2009). Dining experience, foodservice and staffing are associated with quality of life in elderly nursing home residents. *The Journal of Nutrition, Helth & Aging Wolume 13, Nummer 6*, s. 565-570.
- \*Cushing, M. L., Traviss, K. A., & Calne, S. M. (2002). Parkinson`s Disease: Implications for Nutritional Care. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research-Vol 63 No 2* , s. 81-87.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Hanssen, I. (2010). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten* (s. 38-56). Oslo: Gyldendal.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie -God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal.
- \*Helse- og omsorgsdepartementet. (2006, September 22). *webområde for Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet Februar 13, 2014 fra St.meld. nr. 25 (2005-2006) :

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

\*Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, juni). *www.lovdata.no*. Hentet Januar/februar 2014 fra Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) : [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4)

\*Helse sør-øst. (2014). *www. Helse sør-øst-læringsportalen*. Hentet Januar/februar 2014 fra *www.dysfagi* (spise- og svelgvansker): <https://laeringsportalen.helse-sorost.no/mohiverepository/content/04fc71d1-06d3-41cb-baf4-4922e0d54e20/course/asset/main.html>

\*Helsedirektoratet. (2009, Juni). *www.Helsedirektoratet.no*. Hentet Januar/februar 2014 fra Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring IS-1580: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>

\*Helsedirektoratet. (2011, Desember 13). *webområde for Helsedirektoratet*. Hentet Februar 13, 2014 fra Eldre og depresjon: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/eldre/eldre-og-depresjon/Sider/default.aspx>

\*Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken-veileder i ernæringsarbeid i helse-og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

\*Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur- Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Herlofson, K., & Kirkevold, M. (2010). Parkinson sykdom. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 418-432). Oslo: Gyldendal.

Hougaard, L. (2011). Ernæring. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleieboken 1* (s. 532-550). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J. K. (2012). Sykepleier-pasient-fellesskapet. I J. K. Hummelvoll, *Helt-ikke stykkevis og delt* (s. 38-39). Oslo: Gyldendal.

\*Karoliussen, M. (2006). Ernæring. I M. Karoliussen, & K. L. Smebye, *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 303-362). Oslo: Gyldendal.

\*Karoliussen, M., & Smebye, K. L. (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

- \*Kirkevold, M. (2011). Virginia Henderson definisjon av sykepleiens natur. I M. Kirkevold, *Sykepleieteorier-analyse og evaluering* (s. 100-112). Oslo: Gyldendal.
- Lerdal, A., & Grov, E. K. (2011). Aktivitet. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1* (s. 641-656). Oslo: Gyldendal.
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (s. 149-168). Oslo: Akribe.
- \*McDowell, A. (2013, April). Smaller. *Parkinson Posten - Norges Parkinsonforbund*.
- \*Melheim, B. G. (2004). *Å gå til duk og dekke bord. Eldre og matkultur i sjukeheimen*. Hovudfagsoppgåve i sykepleievitenskap Universitetet i Bergen.
- \*Melheim, B. G. (2008, April). *www.sykepleien.no*. Hentet Januar/februar 2014 fra "Pasientopplevelser av måltidsfellesskap i sykehjem": <http://www.sykepleien.no/Content/117389/212-219.pdf>
- \*Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser. (2010, April). *www.sus.no/nkb*. Hentet Januar/februar 2014 fra Veiledene retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinson sykdom: <http://www.helsestavanger.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-bevegelsesforstyrrelser/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20-%20Retningslinjer%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20ved%20Parkinsons%20sykdom.pdf>
- \*Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser. (2012, juli). *www.sus.no/nkb*. Hentet januar/februar 2014 fra Handlingsplan for Parkinsonsykdom: [.helsestavanger.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-bevegelsesforstyrrelser/Documents/Behandlingsplaner/PSK - Handlingsplan for Parkinsons sykdom i Norge.pdf](http://www.helsestavanger.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-bevegelsesforstyrrelser/Documents/Behandlingsplaner/PSK - Handlingsplan for Parkinsons sykdom i Norge.pdf)
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- PPS. (2013, November 5). *Webområde for praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten*. Hentet Februar 13, 2014 fra Ernæring: <https://ppsnnett.no/pps/prosedyrer/prosedyre/innhold?emne=69916>
- Rustøen, T. (2011). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2* (s. 29-55). Oslo: Akribe.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal.

- Slettebø, Å. (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 169-179). Oslo: Gyldendal.
- Sortland, K. (2011). Eldre og ernæring. I K. Sortland, *Ernæring- mer enn mat og drikke* (s. 185-198). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland, K. (2011). Ernæring -et kunnskapsområde for sykepleieren. I K. Sortland, *Ernæring- mer enn mat og drikke* (s. 17-23). Bergen: Fagbokforlaget.
- \*Sosial- og helsedirektoratet. (2004, juli). *Webområde for Helsedirektoratet.no*. Hentet januar 2014 fra Webområde for Lov om pasientrettigheter:  
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter/Publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter.pdf>
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning-sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. Larsen, *Helsefremmende sykepleie-i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.
- \*Walker, R., Davidson, M., & Gray, W. (2012). Gender differences in 1-year survival rates after weight loss in people with idiopathic Parkinson`s disease. *International Journal of Palliative Nursing Vol 18, No 1*, s. 35-39.
- \*Wikipedia. (2014, Februar 9). *webområde for Wikipedia*. Hentet Februar 13, 2014 fra Den gyldne regel: [http://no.wikipedia.org/wiki/Den\\_gyldne\\_regel](http://no.wikipedia.org/wiki/Den_gyldne_regel)
- Øverlie, A. (2011). Avføring. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1* (s. 588-613). Oslo: Akribe.

## Vedlegg 1: PICO-skjema

Hva er det vi ønsker å vite noe (mer) om?

### Spørsmål:

1. Parkinson sykdom og ernæring. Utsatt gruppe?
2. Måltider på sykehjem, utfordringer og tiltak for økt velvære og livskvalitet.
3. Pasientens opplevelse av måltider på sykehjem.

<b><u>P</u></b> Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker	<b><u>I</u></b> Hvilke tiltak, intervensjon, behandling, ønsker vi å vite noe om?	<b><u>C</u></b> Skal det tiltaket vi satte opp under «I» sammenlignes med et annet tiltak?	<b><u>O</u></b> Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?
Parkinson Parkinson`s disease	Ernæring, måltid, mat, underernæring,  Nutrition, meal, mealtime, malnutrition, dishes		Velvære, livskvalitet, mestring  Coping, well-being, komfort, self-determination  (underernæring, malnutrition)
Sykehjem Nursing home*	Ernæring, måltid, mat, underernæring,  Nutrition, meal, mealtime, malnutrition, dishes		Velvære, livskvalitet, mestring  Coping, well-being, komfort, self-determination  (underernæring, malnutrition)
Pasient Patient	Ernæring, måltid, mat, underernæring,  Nutrition, meal, mealtime, malnutrition, dishes		Velvære, livskvalitet, mestring  Coping, well-being, komfort, self-determination (underernæring, malnutrition)



## Vedlegg 2: Søkeskjema for litteratur i databaser:

Database:	Dato:	Søkeord:	Begrensinger:	Type søk:	Antal l treff:	Motiv til ekskluderte artikler:	Utvalgte artikler:
Oria	30/1-2014	Mealtime* dishes* «nursing home*»	Fagfellevurderte artikler, ikke alzheimer disease eller dementia, årstall etter 2003		16	Ikke relevant	1
SveMed+	3/2-2014	Sykehjem* AND Parkinson*	Peer reviewed tidsskrifter		4	Ikke relevant	0
SveMed+	3/2-2014	Sykehjem* AND ernæring*	Peer reviewed tidsskrifter		1	Ikke relevant	0
SveMed+	3/2-2014	Sykehjem* AND mat*	Peer reviewed tidsskrifter		2	Ikke relevant	1 (allerede funnet ved tidligere søk og inkludert)
SveMed+	3/2-2014	Parkinson* AND ernæring*	Peer reviewed tidsskrifter		0	Ingen funnet	0
SveMed+	3/2-2014	Underernæring*	Peer reviewed tidsskrifter		15	Ingen relevans	0
Oria	30/1-2014	Mealtime* dishes* «nursing home*»	Fagfellevurderte artikler, ikke alzheimer disease eller		16	Ikke relevant	1

			dementia, årstall etter 2003				
CINAHL	10/2- 2014	Parkinson* AND weight loss	Fagfelleverdert, Årstall etter 2004	Fullteks t	19	Ikke relevant eller tilgjengeli g i pdf.	1
CINAHL	10/2	Parkinson* AND nutrition	Fagfelleverdert, Årstall etter 2004	Fullteks t	21	Ikke relevant	1 (allerede funnet ved tidligere søk og inkluder)
CINAHL	10/2	Parkinson* AND meal	Fagfelleverdert, Årstall etter 2004	Fullteks t	47	Ikke relevant	

