



CAMPUS ELVERUM

AVDELING FOR FOLKEHELSEFAG

4BACH

**Bacheloroppgave i sykepleie**

**«Pasienter med Parkinsons sykdom og fysisk aktivitet»**

**«Patients with Parkinson's disease and physical activity»**

**Grace Kanjinga Muteba og**

**Josephine Nakure**

**Veileders navn: Liv Bekkeli**

**BASY2014**

**Antall ord: 12086**

**2017**

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA x  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA x  NEI

## Sammendrag:

**Tittel:** «Pasienter med Parkinsons sykdom og fysisk aktivitet»

«Patients with Parkinson's disease and physical activity»

**Hensikt:** Vi vil belyse hvordan sykepleiere i hjemmesykepleie kan bidra til fysisk aktivitet hos hjemmeboende pasienter med Parkinsons sykdom.

**Problemstilling:** «*Hvordan kan sykepleiere i hjemmebasert omsorg bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med Parkinsons sykdommen?*»

**Metode:** Den bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Vi har brukt pensumlitteratur, faglitteratur, forskningsartikler og praksiserfaringer for å svare på problemstillingen.

**Sammendrag:** Å styrke pasientens egenomsorg kan gjøre at pasienten mestrer å leve med Parkinsons sykdom. Forskninger viser at fysisk aktivitet virker positiv på helse, forbedrer daglig aktiviteter, balanses evner, fleksibilitet, gangfunksjon, muskelstyrke og livskvalitet hos pasienter med Parkinsons sykdommen. Vi har valgt fysisk aktiviteter som tiltak. Vi har tatt utgangspunktet i Orems egenomsorgsteori og hennes sykepleiemodellen for å kunne ivareta pasientens egenomsorgsbehov.

**Nøkkelord:** Parkinsons sykdom, pasienter med Parkinsonssykdom, fysisk aktivitet, Orems egenomsorgsteori, Orems sykepleieprosessen, hjemmesykepleie, livskvalitet,

*Tab for alt del ikke lysten til at gå.*

*Jeg går mig hver dag til det daglige velbefindede*

*og går fra enhver sygdom.*

*Jeg har gået mig mine bedste tanker til,*

*og jeg kender ingen tanke så tung, at jeg jo ikke kan gå fra den.*

*Når man således bliver ved med at gå, så går det nok!*

*av Søren Kierkegaard (Skaug, 2011, s. 272)*

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag:.....	2
1. Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Avgrensning.....	6
1.3 Oppgavens disposisjon.....	6
2. Metode.....	8
2.1 Metode beskrivelse.....	8
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
2.4 Presentasjon av forskningsartikler.....	11
2.5 Case om en pasient med Parkinson.....	16
3. Teori om Parkinsons sykdom og Orems egenomsorg.....	17
3.1 Parkinsons sykdom.....	17
3.1.1 Diagnostikk og symptomer.....	17
3.1.2 Behandling.....	18
3.2 Orems egenomsorgsteori.....	19
3.2.1 Egenomsorg.....	19
3.2.2 Egenomsorgskrav.....	19
3.2.3 Egenomsorgssvikt.....	20
3.3.1 Orems sykepleieprosessen.....	20
4. Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med Parkinsons sykdom?.....	21
4.1 Kartlegging.....	22
4.2 Planleggingsfasen.....	27
4.3 Intervensjon/tiltak.....	29
4.3.1 Informasjon.....	29
4.3.2 Mål.....	30
4.4 Evaluering.....	34
5. Konklusjon.....	36
5.1 Implikasjon for praksis.....	36
6. Litteraturliste.....	38
Vedlegg 1. Pico-skjema.....	1
Vedlegg 2. Selve valgt litteratursøk på BIBYS (i søkemotor Oria).....	2
Vedlegg 3. Litteratursøk.....	4

## 1. Innledning

Ifølge tall fra Norges Parkinsonforbund er det omtrent 8000 mennesker med parkinsonisme. Begrepet parkinsonisme er en felles betegnelse på en rekke kroniske nevrologiske sykdommer som har felles kjennetegnet ved at pasienter plages med problemer knyttet til bevegelighet (parkinson.no) og 1% av befolkning mellom 60-70 år for utviklet Parkinsons sykdom (Norsk helseinformatikk, 2017).

Rapport fra Statistisk sentralbyrå viser at det var totalt 5571 innlagte pasienter med Parkinsons på norsk sykehus i 2015, og disse pasientene var i alder mellom 60 til over 80, mens tallet fra i fjor 2016 var 5889 pasienter i samme gruppe alder (Statistisk Sentralbyrå, 2017). Disse tallene viser at denne pasientgruppen blir større.

De fleste pasienter med Parkinsons sykdom er hjemmeboende og de som er innlagt på sykehuset, er der på grunn av medisinsk oppfølging for forandring i medisiner, virkning av legemiddelbehandling, eller er der for kirurgisk behandling (Espeset et al., 2016, s. 279).

Tallet fra norsk Statistisk Sentralbyrå viser at det var 275 200 mennesker som var brukere av hjemmetjenester i Norge, og det er en prosent økning fra 2014 til 2015, samt 2,4 prosent økning fra 2011 til 2015. Samtidig er det rapportert nedgang i antall på sykehjemsplasser i nesten halvparten av norske kommuner. Det vil si at 195 kommuner hadde færre sykehjemsplasser enn 2014 (Statistisk Sentralbyrå, 2017).

Det er en sannsynlighet at en god del av personer med Parkinsons bor hjemme og har hjemmetjenester. Kombinasjon av nedlagt sykehjemsplasser og øking i antall av brukere av hjemmetjenester, stilles det stor krav til hjemmesykepleie om å ha en høy kompetanse som kan gjøre vurdering, tilby helsetjenester til brukerne i egne hjem for å styrke deres egenomsorg. Det er denne kompetanse som vi føler at det kan forbedres. Sykepleierne i hjemmetjeneste har behov for kunnskap til Parkinsons sykdom relatert til fysiske aktiviteter.

Det norske parkinsonforbundet anbefaler fysiske aktiviteter til mennesker med Parkinson sykdommen i tillegg til den medikamentelle behandlingen. Chung et al (2014, s. 21-22) har skrevet at muskelstyrke og kraft er redusert hos mennesker med Parkinsons sykdom når man sammenligner med mennesker på samme alder med en god helse. Nedgang i muskelstyrke og kraft i denne pasientgruppen har blitt rapportert å være assosiert med redusert funksjonell ytelse, ganghastighet, nevrologisk kontroll, balanse tillit og økt risiko for fall. De skrev videre

at mengde trening har vist seg å være gunstig for forbedre styrke, balanse og de funksjonelle evner hos friske eldre mennesker, derfor ønsket de å lage en vurdering av de eksklusive mengdetrening på fysisk funksjon og balanse hos Parkinson pasienter via en oppdatert litteratursøk av randomiserte kontrollert studier. De konkluderte med at mengdetreninger resulterte i gevinster i muskelstyrke, balanse og Parkinsons motoriske symptomer. Moderat intensitet mengdetrening 2-3 ganger per uke virker effektiv hos personer med tidlig til moderat Parkinsons sykdom.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Gjennom tre skoleår med sykepleiestudiet har vi kommet i kontakt med en del Parkinson pasienter som er hjemmeboende. Vi har fått innblikk i hvordan det er å leve med Parkinsons sykdom, og hvordan sykdommen påvirker pasientens egenomsorg ved at pasienten kan ha noen begrensning på hva pasientene kan klare å gjøre selv.

Parkinsons Sykdom har alltid vært en diagnose vi har hatt interesse for og vi har opplevd i praksis at flere av pasientene og sykepleierne ofte mangler det basis kunnskap og forståelse på hvorfor det er viktig med fysisk aktivitet. Forskning viser at fysisk aktivitet forbedrer muskelfunksjon og kan ha god effekt på den psykiske helse og den generelle allmenntilstanden (Dahm & Reinart, 2009, s. 9; Borg, Bekkelund & Henriksson, 2009, s. 487; Teichberg, 2000, s. 165).

Parkinsons sykdom er en kompleks sykdom som påvirker alle aspekter av livet til pasienter som lever med den, både på det fysiske og psykiske. Mange mister kontroll over sitt liv på grunn av kroppslige restriksjoner som fører til blant annet vanskeligheten med daglige gjøremål som for eksempel å utføre personlig hygiene eller å få i seg ernæring (Andreassen, 2013, s. 582).

For å kunne gi god sykepleie og omsorg til denne pasientgruppen må sykepleiere ha kunnskap om sykdommen, problemer og utfordring som disse pasientene har i hverdagen sin.

De fleste pasienter med Parkinson er redde til å falle og mange av dem har opplevd det. Forskning viser at det er betydelig forholdet mellom fall og frykt for å falle med ADL begrensninger og mindre fysisk aktivitet (Bryant, Rintala, Hou & Protas, 2015, s. 187).

Ifølge Helsedirektoratet (2014) viser undersøkelser at fysisk aktivitet hos pasienter med mild til moderat Parkinson sykdom har god effekt av jevn fysisk trening når det gjelder å forbedre motorisk, fleksibilitet, koordinasjon, balanse og muskelstyrke. I tillegg til å forebygge fall og

forbedre ADL funksjonene, kan fysisk trening til med forbedre humør og øke velvære (Borg, Bekkelund & Henriksson, 2009, s.484 –s 488). Ut fra disse forskningene, det å kunne støtte parkinsonpasienter til regelmessig fysisk aktivitet er en viktig sykepleiers funksjonsområdet i forebygging og helsefremming arbeid.

Hensikten med denne problemstilling som vi har valgt er at vi skal skaffe oss mer kunnskap om hvordan sykepleier kan styrke egenomsorg til pasienter med Parkinsons sykdom i hjemmetjeneste. Ved å skrive denne oppgaven, ønsker vi også at sykepleiere kan få ny oppdatert kunnskap, få inspirasjon og få mer forståelse for denne pasientgruppen i forbindelse med fysisk aktivitet og egenomsorg hos pasienter med Parkinsons sykdom.

En sykepleier kommer i kontakt med mennesker som trenger helsehjelp. Et av sykepleierens ansvar er å fremme helse og livskvalitet til pasienter. Det innebærer ikke bare pleie og omsorgsoppgaver, men også forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske aktiviteter. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er «helsefremmende arbeid den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet til å bedre og bevare sin helse» (Mittelmark et al., 2012, s. 26).

I sammenhengen med denne definisjonen vil helsefremmendearbeid handle om hvordan sykepleiere tilrettelegger for at den enkelte pasienten skal oppleve mestring over egen helse slik at vedkommende kan unngå eller redusere helseproblemer (Mittelmark et al., 2012, s. 24). Dette gjør at vår problemstilling vil da bli «*hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med Parkinsons sykdom?*»

## 1.2 Avgrensning

Vi velger å skrive denne oppgaven med fokus på pasienter som er diagnostisert med Parkinsons sykdom, mild til moderat, og er i aldersgruppe 60-80 år gammel. Vi avgrenser dette litteraturstudiet til pasienter i hjemmetjenesten. Vi vil ha fokus på begge kjønn fordi forskning viser at det ikke er en stor forskjell mellom menn og kvinner (Norsk helseinformatikk, 2017). Vi ekskluderer pasienter som er preget av psykiske lidelser, samt langt kommet pasientene i sykdoms forløp. Vi vil ha fokus på hvordan fysisk aktivitet påvirker parkinsonpasienter og hvordan sykepleiere kan bidra til dette. Vi velger å ikke ha med oss pasienter som er innlagt på helseinstitusjon som sykehus og sykehjem.

## 1.3 Oppgavens disposisjon

Denne bacheloroppgaven er delt i fem hovedkapitler (innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon). Første kapittel skriver vi innledning, vi presenterer bakgrunn for hvorfor vi har

valgt tema, avgrensning og oppgavens disposisjon følger etter. Andre hovedkapittel skriver vi om metode beskrivelse, fremgangsmåte på litteratursøk, kildekritikk, presentasjon av forskningsartikler og presentasjon av en case som vi kommer til å bruke for å svare på vår problemstilling. Tredje hovedkapittel er det om teori om Parkinsons sykdom, Orems egenomsorgsteori og Orems sykepleieprosess. Fjerde hovedkapittel er drøfting, og femte kapittel er konklusjon og tilslutt er det litteraturliste, og under litteraturlisten ligger vedleggene som er nevnt i metodekapittel.

## 2. Metode

I dette kapittelet skal vi beskrive metode og valg av metode. Videre skal vi vise framgangsmåte av vårt litteratursøk (ses også i vedlegg 1, 2 og 3) og presentasjon av forskningsartikler. Tilslutt skal vi presentere en case om en parkinsonspasient.

### 2.1 Metode beskrivelse

Vilhelm Aubert har definert en metode slik: «*En metode er en, 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*». En metode forstås som en prosess som brukes for å samle inn informasjon og kunnskap. Metoden er et redskap som vi kan benytte for å skaffe oss data om et eller annet vi ønsker å undersøke faglig (Dalland, 2012, s.111).

Kvantitativ metode er en metode som brukes når man ønsker å samle målbare data, data som telles og som gir resultat i form av tall. Denne metoden går i bredden og sikter på å formidle forklaringer. Kvalitativ studien går i dybden og vil få frem mening og opplevelser. Fordelen med kvalitativ studien er at den fremmer forståelse av et fenomen og sikter på å få frem sammenheng og helhet, gjennom jeg- du- forhold, altså forsker- deltaker forhold (Dalland, 2012, s. 112-113).

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Vi bygger opp denne litteraturstudie på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og vår erfaring fra praksis.

### 2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I denne oppgavedelen skal vi beskrive hvordan vi har jobbet for å finne fram litteratur som vi har valgt til å bruke i oppgaven.

Vi startet søkeprosessen ved å søke relevant teori som kan belyse problemstillingen i pensumlitteratur som er aktuelle på problemstillingen. Søkekriterier som vi ble enige om før å søke opp litteratur var: Relevans, pålitelighet og nyere vitenskapelige artikler: grense på artikler og de fleste selvvalgt litteratur er fra år 2007 opptil 2016 år. Vi har brukt gamle bøker fra 1999, 1992, og 2000 og grunnen er at vi har ikke funnet de nyere versjoner av bøkene.

Vi benyttet bibliotek databasen BIBSY for å søke etter pålitelige og relevant litteratur for denne oppgaven. Vi søkt først i Oria for å finne selve valgt litteratur bøker. Disse ordene har vi brukte for å finne bøker i Oria «Oremsteori», «Parkinsons and motor activity», «Individuell



Plan», se vedlegg. Deretter søkte vi i aktuelle databaser for å finne relevante forskningsartikler og fagartikler.

Vi har utført søk i forskjellige databaser blant annet Cinahl, PubMed, Medline, SveMed, og Idunn. Vi brukte både norsk og engelsk ord for å finne forskningsartikler. «Parkinsons sykdom», «Parkinson's disease», «Fysisk aktivitet», «Physical activity», «Home Care» og «Hjemmesykepleie» var blant de ordene. Men de fleste var ikke relevant til problemstillingen og vi fant ikke norsk forskningsartikler. Vi fant fire forskningsartikler gjennom Cinahl og to forskningsartikler gjennom PudMed som vi har lest. Til sammen er det seks engelsk forskningsartikler vi har valget å bruke og i tillegg til det bruker vi pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i oppgavebesvarelsen.

Vi har også søkt i noen nettsider blant annet helsebiblioteket, biblioteket, sykepleien og Statistikk Sentralbyrå for å samle inn relevant data.

Vi har benyttet PICO-skjema- se vedlegg 1- og det vil si Patient/Problem, Intervention, Comparison/Control and Outcome. Vi har brukt det som et hjelpemiddel og målet med dette skjemaet for oss var til å fange opp ord for å finne forskningsartikkel som er aktuell for vår problemstilling. PICO –skjema hjelper til å finne søkeord og søkebegreper som er mest aktuell på problemstillingen.

Vedlegg 1 viser PICO- skjema.

Vedlegg 2 viser søk på selve valgt litteratur.

Vedlegg 3 viser søk på forskningsartikler.

### 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes til å bekrefte om en kilde er sann og pålitelig, det vil si å vurdere kilder før vi kan eventuelt ta i bruk (Dalland, 2012, s. 67).

Videre sier Dalland (2012, s.72) at kildekritikk skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som brukes i en oppgave, samt hvilke kriterier som er valgt i litteratur utvelgelsen. Dette betyr ikke at man skal oppføre seg som dommeren over det forskningsarbeidet som er utført. Målet med kildekritikk er å gi leseren innblikk på de refleksjonene man har gjort på de utvalgte litteraturene og å vise om de er relevant og gyldig i forbindelsen med problemstillingen (Dalland 2012, s.72).

Vi har brukt følgende søkekriterier for å sørge at forskningsartikler som vi vil velge er kvalitetssikret gyldig, holdbarhet og relevant til problemstillingen og oppgavens avgrensning.

- Forskning må være utgitt innen de siste 9 år, det vil si fra 2007 til 2016.
- Forskningsartikler må fylle krav av IMRaD- modellen som står for Introduction - Method – Results – and – Discussion. Med IMRaD- modellen ønsker vi å finne forskningsartikler som er mer strukturerte slik at det blir lettere å analysere dem.
- Vi har prioritert artikler som er primærkilder, det vil si at artiklers forfatter er personer som har utført forskning (Dalland, 2012, s. 79).

For å vurdere om forskningsartiklene er pålitelig, har vi vært nøye med å finne ut når og hvor artikkelen var publisert, hvem og hvilke yrkeskompetanser forfatterens har på tema-området og vurdere dataene om de er relevante til problemstillingen.

Relevans sier noe om hvilke verdier kilden har i forhold til de spørsmål en ønsker å undersøke (Dalland, 2012, s.74).

Vi har valgt seks vitenskapelige artikler for å belyse problemstillingen. To av disse artiklene er skrevet av forfatter som er spesialist i fysioterapi. Vi har vurdert disse forskningsartiklene som relevante til problemstillingen fordi fysioterapeuter blant annet er spesialiserte på fysiske aktiviteter. Fire av artiklene som vi har brukt i denne oppgaven har benyttet kvantitativ metode og to andre har brukt kvalitativ metode.

I litteratursøket prosess har vi erfart at det er vanskelig å finne relevante norske forskningsartikler eller forskninger som er utført i Norden land som har nære kultur og helsesystem med Norge. Ved hjelp av bibliotekar har vi søkt i ulike databaser uten å finne relevante norske forskningsartikler.

I denne oppgaven har vi brukt mest primærkilde og nyere forskningsartikler. Grunnen er at vi ønsker å bruke mest mulig kvalitet sikret litteratur. Vi har brukt seks engelske artikler. Siden engelsk ikke er våre morsmål, er det rom for feiltolkning og feil oversettelse av opplysningene som presenteres. For å redusere feiltolkning har vi brukt bibliotekets ordbok og MeSh som ligger på biblioteket nettsiden.

## 2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Her presenterer vi de seks forskningsartikler om parkinsons sykdom og fysisk aktivitet.

***“Exercise for people in early- or mid-stage Parkinson disease: a 16-month randomized controlled trial»*** av Margaret Schenkman, Deborah A. Hall, Anna E. Barón, Robert S.

Schwartz, Pamela Mettler og Wendy M. Kohrt. Denne forskningsartikkelen er publisert i American physical therapy Association journal 19. 07. 2012. Den artikkelen har en kvantitativ som metode, og den er randomisert kontrollert forskning. Antall av deltakerne i denne artikkelen var 121 pasienter og hadde diagnosen Parkinson sykdom fra mild til moderat grad. Hensikten med studien var å sammenligne kortsiktige og langsiktige effektene av to veiledet treningsprogrammer og en hjemme- basert kontroll treningsprogram.

Intervensjon: I denne program ble det tre øvelse metode undersøkt: fleksibilitet, balanse og funksjonstrening (FBF); veiledet aerob trening (AE) og hjemmebasert trening (kontrollgruppe). Under veiledning av en fysioterapeut gjennomførte først gruppe FBF i øvelser i et treningsprogram som var rettet mot fleksibilitet øvelser, balanse og funksjonell trening. Andre gruppe AE i programmet brukte tredemølle, sykkel eller elliptiske. Treningen ble gjort under veiledning eller tilsyn av en trener i tre dager i uker i fire måneder, deretter månedlig i seksten måneder totalt. Den tredje gruppa var kontrollgruppen hvor deltakere trente hjemme med hjelp av National Parkinson Foundation Trening Counts program og hadde en veiledning hver måned fra en fysioterapeuts fra klinikk basert «clinic-based group» gruppesesjon.

Målinger i denne studien ble gjort ved 4, 10 og 16 måneder. Primært hovedresultat var samlet basert på generell fysisk funksjon (Continuous Scale-Physical Functional performance: CS-PFP), balanse (Functional Rech Test: FRT) og gangs funksjon (oksygenopptak [ml/kg/min]). Sekundær effekt var symptom alvorlighetsgrad (Unified Parkinson’s Disease Rating Scale: UPDRS), dagliglivets aktiviteter (ADL) og livskvalitet (39 element Parkinsons sykdom livskvaliteten Scala: PDQ- 39).

Resultater viste større forbedring hos fleksibilitet, balanse og funksjonstrening -gruppe i generell fysisk funksjon enn i kontrollgruppen med gjennomsnittlig forskjell på 4,1 og mer enn veiledet aerob trening - gruppe med gjennomsnittlig forskjell på 3,1. Når det gjaldt balanse var det rapportert ingen forskjell mellom de gruppene på alle tidspunktene, men vurdering basert på gåtrening ble oksygenmetning bedre i veiledet aerob trening (AE) enn i fleksibilitet, balanse og funksjonstrening (FBF)- gruppe både på kortsiktig og langsiktig. Den

eneste sekundært resultat som viste signifikante forskjeller ble UPDRS- ADL skala. Fleksibilitet, balanse og funksjonstrening (FBF)- gruppen ga bedre resultat enn kontrollgruppen i kortsiktig (4 måneder) og enda mer bedre resultat på langsiktig (16 måneder).

Funn i denne studien viser generelt funksjonelle fordeler ved 4 måneder i FBF- gruppen (de som gjorde fleksibilitet, balanse og funksjonelle treninger regelmessig) og forbedret oksygenopptaket opp til 16 måneder i veiledet aerob trening AE- gruppen (de som trener regelmessig med tredemølle og sykler).

Funnene viser ingen signifikant forbedring hos kontrollgruppen (de som gjør øvelser uten eller med sjelden tilsyn hjemmet). Vi har vurdert funnene i denne artikkelen som relevante siden den viser sammenhengen mellom regelmessige fysiske trening og generelle funksjonelle fordeler (Schenkman, Hall, Barón, Schwartz, Mettler & Kohrt, 2012).

***“Effects of Home Exercise on Physical Function and Activity in Home Care Patients with Parkinson’s Disease”*** av Hideyuki Nakae og Hitoshi Tsushima. Den ble publisert i Journal of Physical Therapy Science i mai 2014. Den forskningsstudien ble gjennomført i Japan.

Målet med denne studien var å avklare effekten av veiledning i forhold til bruk av fysisk aktivitet i hjemmet og mengden av aktivitet i hjemmet hos hjemmeboende pasienter med Parkinsons sykdom. Varighet på studien var to måneder hadde 10 hjemmeboende deltakere som hadde diagnosen Parkinsons. Det besto av ene gruppe med pasienter som gjorde selv hjemmeøvelser (selvøvelse) sammenlignet med andre pasientgruppe som hadde øvelser (hjemmebesøk øvelse) under veiledning av en fysioterapeut hjemmet. Selv-trening besto av strekning og å balanse selv seg uten hjelp og styrketrening for musklene. Og de som trente med fysioterapeut hadde 30 minutters fysisk aktivitet med hjelp av hjelpemidler og strekning

Vurdering skulle baseres på forandring i av fysisk funksjon, ADL og nevrologisk status mellom før og etter intervensjonen.

Utfall etter de to månedene vist at det var et redusert antall i klaging og lindring av frykt for fall etter intervensjonen. Det ble observert en signifikant økning i fleksibilitet og muskelstyrke, men det ble ingen signifikant endringer i ADL, gangfunksjon og balanse. Selv om det ikke var noen endring i den totale mengden i daglig fysisk aktivitet, viste analysen av daglig nevrologisk forandring en signifikant reduksjon i prosentandelen av tid som pasienter

tilbrakte liggende og en signifikant økning i prosentandelen av tiden som ble brukt sittende etter intervensjonen.

**“How do people live life successfully with Parkinson’s disease?”** av Mi-Young Kang og Caroline Ellis-Hill i Storbritannia. Den ble publisert i Journal of Clinical Nursing i februar 2015.

Målet og formålet med denne studien var å se nærmere på hvordan pasienter med Parkinsons sykdom kan leve et vellykket liv og hva som bidro til et vellykket liv. I denne kvalitative forskningsartikkelen har forfattere fokusert på egenomsorg «self-care» som en viktig del for å fremme generell trivsel, helse og livskvalitet hos pasienter med kroniske sykdommer blant annet Parkinsons sykdom.

Det var totalt åtte eldre mennesker med alder mellom 57 til 78 år som ble intervjuet i denne studien. De har hatt Parkinsons sykdom i 2 til 16 år. Fem av de deltagere var hjemmeboende, og de tre andre trengte helsehjelp til mobilisering.

I denne studien skrev forfatterne om deltakernes beskrivelser av hvordan en del symptomer som skjelving, balanse problemer og rigiditet hadde negativ innvirkning på det sosiale livet. De var preget av psykisk lidelse som depresjon og begrensning av sosialt samvær på grunn av stigmatisering. De hadde ønsket om ikke å bli sett på fordi de var redde for skjelving, og de ville late som de ikke hadde Parkinsons sykdom.

Resultatet i denne artikkelen viste et høyt nivå av å være tilfreds med livet når det gjaldt å leve med Parkinsons sykdom med en gjennomsnittlig personlig vurdering på 75/100 til tross for vanskeligheter. Den viste også hvor mye mennesker er opptatt av å holde sitt normal liv og evne til å gjennomføre personlige aktiviteter samtidig som de fortsatt kan bidra til andre til tross for alder og sykdom. Et vellykket liv ble oppfattet når folk enten kunne komme til sine vanlige helsetilstand eller ansett å være stabil i sin nye eller omstilte tilstand av helse. Aspekter som ble oppfattet som positivt støttende var psykososial tilpasning som inkludert et positivt tenkemåte, besluttsomhet, aksept av nye utfordringer og familiens støtte.

Svakhet med denne oppgaven er lite materiale, ikke mye forskning og små studier.

Denne artikkelen ser på pasienter med Parkinsons sykdom og hvordan de opplever sykdommen og hva de har gjort for å forbedre livssituasjonen.

**“Controlled pilot study of the effects of power yoga in Parkinson’s disease”** av Meng Nia, Kiersten Mooney og Joseph F. Signorile. Denne er publisert i Complementary Therapies in

Medicine den 22. januar 2016. Den artikkel har kvantitativ som metode og Antall av deltakerne i denne artikkelen var 26 pasienter med Parkinson fra mild til moderat grad av parkinsonble tilfeldig plassert i en YOGA eller kontrollgruppe(CON). Yoga program var i perioden av tre måneder, to ganger per uke. Hensikten med studien var å evaluere effekten av yoga program på bradykinesi, stivhet, muskelstyrke og livskvalitet hos eldre pasienter med Parkinson. Resultatet viste at den YOGA gruppen ga en signifikant forbedring i både øvre og nedre lemmer bradykinesia. Den viste også en betydelig forbedring av mobilitet og dagliglivets aktiviteter i PDQ- 39 samlet poengsum. Funnene i studien viser at 3 måneders YOGA program betydelig redusert bradykinesi og stivhet og økt -muskelstyrke og kraft hos eldre med Parkinson sykdom. Funnene i den forskning gir relevante kunnskap som er relevante på vår tema- området (Nia, Mooneyb & Signorile, 2016).

Svakhet med denne forskningen er at den ble utført i en annen kulturbakgrunn enn norden kultur. Forskningen har brukt YOGA- trening program som er ikke populær i Norge. Til tross av det har vi vurdert denne forskningen relevante siden den viser gode resultater i forbindelse med problemstillingen. Funn i denne artikkelen kan brukes blant annet til en pasientgruppe med andre etniske bakgrunn som bor i Norge. Sykepleier må ha kunnskap til å ivareta ulike pasientgrupper med ulike kulturbakgrunn.

***“Effect of a Nordic walking program on motor and nonmotor symptoms, functional performance and body composition in patients with Parkinson’s disease”*** av Lucia Cugusi, Paolo Solla, Roberto Serpe, Tatiana Carzedda, Luisa Piras, Marcello Oggianu, Silvia Gabba, Andrea Di Blasio, Marco Bergamin, Antonino Cannas, Francesco Marrosu og Giuseppe Mercurio. Artikkelen er publisert in NeuroRehabilitation i 2015. Den er en kvantitativ, randomisert og kontrollert studie med 20 deltakere (16 menn og 4 kvinner) med gjennomsnitt i alder på 67, 3. De 20 deltakerne ble tilfeldig tildelt til Nordic Walking-gruppe (NWg, 10 stikker) og kontrollgruppe (Cg, 10 stikker). Treningen besto av tre tilpasset fysisk aktivitet ledet av utdannet og kvalifiserte fagfolk i NW. Deltakerne hadde trim to ganger i uke i 12 uker. Hver sesjon varte i en time.

Målet med dette studiet var å undersøke effekten av nordisk gå trening på motor- og ikke-motoriske symptomer, funksjonell ytelse og kroppssammensetning hos pasienter med Parkinsons sykdom. Treningseffekter ble vurdert ved funksjonelle og instrumentelle tester, motor og ikke-motor symptomer

Resultatene fra studien viste at deltakelse i et Nordic Walking-program (NW-program) kunne ha en gunstig innvirkning på Parkinsons pasienter-motorens symptomer som ofte representerer hovedmål for terapeutisk inngrep for pasienter som er berørt av bevegelsesforstyrrelser. Det var spesielt bemerket etter 12 uker med NWprogram at treningen kunne gi en signifikant i autonomi og sikkerhet under gåingsaktivitet. Det ble observert forbedringene i NWg når gjaldt muskelstyrken på under lemen, en økt gangavstand med en forbedring av balanseevner og fleksibilitet i underkroppen.

Forfatterne i artikkelen 5 konkluderte etter studien med at nordisk gå trenings program var en effektiv trening som forbedrer daglige aktiviteter og både motoriske og ikke-motoriske symptomer hos pasienter med Parkinsons sykdom når det kunne brukes i kombinasjon med medisinsk behandling for å forbedre motorens ytelse, ikke-motorisk symptomer og parameter av kroppssammensetning.

**«Relationship of Falls and Fear of falling to activity Limitations and Physical Inactivity in Parkinson' Disease»** av Mon S. Bryant, Diana H. Rintala, Jyh-Gong Hou og Elizabet J. Protas. Den er publisert i Journal of Aging and Physical Activity i 2015. Den er kvantitativ studien av personer med mild til moderat Parkinsons sykdom i Amerika. Antall deltakere var 83 og hadde mye i felles blant annet falltendens, sykdom svikt, nedsatt funksjonsevne, evne til å utføre daglige aktiviteter (ADL), aktivitetsbalanse tillit skala, lav tretthet skala, komorbiditetsindeks og fysisk aktivitet skala for eldste ble sett på.

Artikkelen hadde som formål å undersøke forholdet mellom fall, frykt for fall og aktivitetsbegrensninger hos personer med Parkinsons sykdom.

Resultat viste hyppige fallere hadde mer avansert sykdom alvorlighetsgrad, mer alvorlig motorisk svekkelse, flere ADL begrensninger, lavere nivåer av fysisk aktivitet og høyere nivå av frykt for å falle enn sjeldne og ikke-fallere. Aktivitetsbegrensninger og fysisk funksjonsnedsettelse fra PS.

Hyppige fallere hadde flere ADL-begrensninger enn ikke-fallere og sjeldne fallere. Flere fallere rapporterte en lavere prosentandel av evne til å utføre ADL enn de som falt mindre. Hyppige fallere og sjeldne fallere rapporterte et høyere nivå av frykt for å falle enn ikke-fallere.

Artikkelen undersøkte omfanget av aktivitetsbegrensninger og fysisk inaktivitet hos personer med PS som hadde forskjellige fall frekvenser. Den kliniske implikasjonen er at kartlegging

av tidligere fall og vurdering av frykt for fallende skal evalueres rutinemessig på grunn av deres signifikant tilknytning til aktivitetsbegrensning og fysisk inaktivitet.

Faller og frykt for å falle var forbundet med flere ADL begrensninger og mindre fysisk aktivitet etter justering funksjonsnedsettelse.

## 2.5 Case om en pasient med Parkinson

Karl Johan er en 70 år gammel mann. Han har hatt god helse mesteparten av livet hans og har vært en fysisk aktiv person. Han har jobbet som snekker tidligere og han er nå pensjonist. Han er enke og har en sønn som bor i utlandet som ringer sjelden. Han bor alene og har alt på en plan i leiligheten sin. Han har en hund som heter Sonny som han pleide å gå tur sammen med før han ble diagnostisert med Parkinson sykdommen i 2012 og har moderat Parkinson sykdommen. Han har en søster som besøker ham på jevnlig.

Han har klart seg tidligere uten hjelp, men gjennom de siste årene har hans helsetilstand falt mye. Nå er han mer plaget av muskelstivhet og kronisk smerte i de siste som fører til at han ikke orker mer å ta vare på seg, ikke heller de daglige gjøremål fordi han er redd for å falle på grunn av dårlig balanse. Han vil gjerne sitte i ro. Han bruker Levodopa fire ganger i døgnet i tillegg til smertestillende Paralgin Forte.

Det kom en henvisning fra et lokalt sykehus hvor pasienten var innlagt på grunn av redusert allmenntilstand. I henvisningen står det at Karl Johan har behov for tilrettelegging fra hjemmetjeneste ved utskrivelse. Det er anbefalt at Karl Johan skal være aktivt med mulighet til å koble inn fysioterapi.

Vi ønsker å nevne at Karl Johan er et navn som vi har valgt selv på grunn av taushetsplikt.



## 3. Teori om Parkinsons sykdom og Orems egenomsorg

### 3.1 Parkinsons sykdom

Parkinsons sykdom er en kronisk og progressiv sykdom. Det er en nevrodegenerativ sykdom. Begrepet nevrodegenerativ betyr en gradvis tap av struktur eller funksjonene av neuroner og at neuroner dør. Tap av neuroners funksjon i et område i hjernen fører til at området dør og kommunikasjon mellom nerveceller i hjerneceller og muskelceller blir gradvis ødelagt. Basalgangliene er et område i hjernen som kontrollerer bevegelsesmønstre. Substantia nigra som er en del av basalgangliene, gradvis slutter eller lager ikke nok dopamin som er et viktig neurotransmitter som sender impulser mellom nerveceller og muskelceller. Mangel på dopamin medfører til forstyrrelser i bevegelsessystemet. Årsaken til gradvis tap av dopamin produksjon er uklart, men det er funnet som viser at gener, aldring og miljøfaktorer spiller en rolle (Bertelsen, 2016, s. 335).

#### 3.1.1 Diagnostikk og symptomer

Ingen blodprøver eller bildeundersøkelser viser til Parkinsons diagnose. Sykdommen kan være vanskelig å diagnostisere fordi symptomer kan overses eller mistolket for en annen sykdom. Sykdommen diagnostiseres ved klinisk undersøkelse, og pasienter og pårørende klarlegger symptomer. Parkinsonisme er en fellesbetegnelse på forstyrret bevegelsesmønster og symptomene varierer fra person til person. De første karakteristiske motoriske symptomer som oppstår ved Parkinsons sykdom er tremor, rigiditet, akinesi og balanseproblemer (Bertelsen, 2016, s. 335).

Tremor (skjelving) er ufrivillige skjelving som vises mest i armer, hender og føtter. Ufrivillige skjelvinger oppstår også når pasienten er i hvile, under søvn og når pasienten er i fysisk aktivitet. Skjelving er ofte på den ene siden av kroppen og er en av de første symptomer hos Parkinsons pasienten (Espeset et al., 2016, s. 278 - 279).

Rigiditet vil si muskelstivhet i hele kroppen som skjer på grunn av lavt dopamin produksjon. Det er når det oppstår en motstand mot passiv bevegelse i kroppen, og er ofte mer tydelig å se på armer og bein (Espeset et al., 2016, s. 278 - 279).

Akinesi er nedsatt bevegelsesevne, det er vanskeligheten med å begynne å gå eller å stoppe viljestyrte bevegelser. Pasienten får ikke til å gjøre det han tenker med kroppen, han får ikke til å utføre det på grunn av akinesi. Pasienten også er preget av «freezing» som er definert som «som naglet til golvet» som skjer når pasienten blir stående og frøsen i sine bevegelser. På grunn av akinesi kommer pasienten til å utføre det kan klarer sakte og det viser når

pasienten får ikke til utføre aktiviteter, å reise seg opp, kneppe knapper eller skrive (Espeset et al., 2016, s. 278 - 279).

Balanseproblemer eller postural instabilitet er unormal kroppsholdning eller falltendens hos pasienter med Parkinson (Espeset et al., 2016, s. 278 - 279). Pasienten har tendens for å falle fremover ved gange og pasienten ville gå raskere med korte og subbene skritter for å forsøke å få kontrollen igjen. Ved Parkinsons sykdom begynner mennesker taper kontroll over sine bevegelser, balansen blir svært redusert, og tilslutt blir det langsomme bevegelser som gjør det vanskelig å starte å bevege seg og å holde balanse (Norsk Helseinformatikk, 2017).

Pasienter med langkommet Parkinsons sykdom får alvorlige respirasjonsforstyrrelser på grunn av redusert muskelfunksjon og de får hyppige luftveisinfeksjoner (Espeset et al., 2016, s. 278).

Depresjon, svekket hukommelse og passivitet er vanlige hos pasienter med Parkinsons sykdom og mange har søvnevansker. Andre symptomer er obstipasjon, smerter i ledd, urinretensjon og svetting (Norsk Helseinformatikk, 2017).

For å stille diagnose på parkinsonisme må en ha minst to av de karakterisert symptomer, og det må undersøkes nøye av to nevrologer. Pasienter med Parkinson sykdom ofte har en slags maske ansikt med lite emosjon, sykdommen gir dårlig balanse og framover unormal kroppsholdning. Plager som utvikles ved Parkinsons sykdom har ofte stor innvirkning på pasientens utfoldelse og livskvalitet (Espeset et al., 2016, s. 278-279).

### 3.1.2 Behandling

Sykdommen er kronisk og utvikler seg gradvis. Den kan ikke helbredes, men det finnes behandlinger som er både medikamentelle, ikke medikamentelle og kirurgisk som kan bremse progresjon av Parkinsons sykdom. Ved Parkinsons sykdom er det viktig å starte med medikamentbehandling så fort som mulig. Det finnes også legemidler som er symptommodifiserende legemidler som bedrer symptomene og livskvaliteten (Bertelsen, 2016, s. 335; Simonsen, Aarbakke & Lysaa, 2010, s. 38-40). Levodopa er et antiparkinsonsmidler parkinsons pasienter bruker som førstevalg og som bør tas til faste måltider 30 minutter eller 1 time før. Levodopa orker dopamin og holde den jevnt. Bivirkninger ved levodopa blir oppkast og kvalme og det er anbefalt at Levodopa tas med litt kjeks (Nordeng & Spigset, 2013, s. 213; Simonsen, Aarbakke & Lysaa, 2010, s. 38-40).

Det er viktig å kombinere medikamentell behandling med Fysioterapi. Fysioterapi hjelper pasienten til å trene opp koordinasjonsevnen og balanse. Ergoterapi støtter pasienten med å finne tilpasset hjelpemidler og veilede vedkommende til å bruke dem (Espeset et al., 2016, s. 280).

### 3.2 Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orem er en sykepleieteoretiker som baserer sin teori på Virginia Hendersons sykepleieteori. Orem skrev «Nursing Concepts of Practice», 1991, der beskriver og utdyper hun seg inn i generelle teori om sykepleie og hva det innebære. Hun skriver om en grundig beskrivelse av utviklingen av egenomsorg og illustrerer hvorfor det er relevant for sykepleie i alle praktiske situasjoner (Kirkevold, 1992, s. 83-84).

Hennes overordnet mål er normal funksjon, utvikling, helse og velvære for personer. Orems teori handler om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer. Hun fokuserer på egenomsorg og hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter som ikke klarer å utføre sin egenomsorg uten hjelp. Orems teori ser på hva sykepleierens mål og fokus som kan hjelpe pasienten i ulike egenomsorgskrav som er påkrevet for å fremme helse og funksjon. Hun også presenterer sykepleiesystemet som hun mener at nøyaktig og hvor viktig det er til å identifisere problemer for å lage tiltakene som er nødvendig og aktuelt (Kirkevold, 1992, s. 83-84).

#### 3.2.1 Egenomsorg

Orem definerer begrepet egenomsorg som «*Self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own benefit in maintaining life, health and wellbeing*». Egenomsorg er Orem er egenomsorg å ha omsorg for seg selv for å opprettholde helsa, funksjonsevne og for å fremme velvære. Orem mener at man må ha innsikt i sin helsetilstand og kan bidra til beslutninger om tiltak for å ha egenomsorg. Med dette mener hun at det er svært viktig at personen inkluderer seg inn i å delta i behandlingsplaner i samarbeid med helsepersonell. Egenomsorg kan være påvirket av forskjellige faktorer for eksempel menneskes bakgrunn, kultur, aldring og modning (Cavanagh, 1999, s. 17-19).

#### 3.2.2 Egenomsorgskrav

Orem definerer egenomsorgskrav som «*generalisasjoner om hensiktene som individer har eller skulle ha når de er beskjeftiget med egenomsorg*», (Kirkevold, 1992, s. 84). Og hun deler egenomsorgskrav i tre kategorier: de universelle, de utviklingsmessige og de som er forbundet med helse avvik. Hun har nevnt åtte universelle egenomsorgskrav og to av de åtte

egenomsorgskravene handler om opprettholdelsen av balanse mellom aktivitet og hvile og opprettholdelsen av balanse mellom det å være alene og sosial interaksjon og vi mener de er aktuelt til vår oppgave om pasienter og fysisk aktivitet (Kirkevold, 1992, s. 84).

I følge Orem er de generelle hjelpemetoder profesjonelle hjelpere, inkludert sykepleiere, bør bruke:

- Handle for eller gjøre for en annen
- Rettlede en annen
- Støtte en annen (fysisk eller psykisk)
- Sørge for et utviklende miljø og
- Undervise en annen

En av de sykepleiesystemer som vi vil ha fokus på blir støttende/undervisende systemet fordi det er nødvendig å utføre for pasienten skal møte den terapeutiske egenomsorgskrav. Vi har valgt å se videre på støtte en annen og å undervise en annen. Fordi disse punktene er relevant, spesielt når sykepleie skal støtte/undervise Parkinsons pasienter om hvorfor det er viktig med fysisk aktivitet (Kirkevold, 1992, s. 88-89).

### 3.2.3 Egenomsorgssvikt

Egenomsorg er når personen ikke har evne til å gjennomføre sitt grunnleggende behov, og grunnen til egenomsorgssvikt kan ofte være når person mangler kunnskap om sin helsetilstand eller har opplevd følelsesmessig traumer som kan ha negativ innvirkning på evne til å ivareta sin egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 25).

### 3.3.1 Orems sykepleieprosessen

Dorothea Orems sykepleieprosessen består av fire faser:

- Kartlegging/diagnostisering
- Planlegging
- Intervensjon/tiltak
- Evaluering (Cavanagh, 1999, s. 25).

I denne litteraturstudie vil vi ta for oss alle punktene.

#### 4. Hvordan kan sykepleiere i hjemmetjenesten bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med Parkinsons sykdom?

I dette kapitlet ønsker vi å belyse vår problemstilling “*hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien bidra til fysisk aktivitet hos pasienter med Parkinson sykdom?*” ved å ta i bruk casen som er skrevet i kapittel 2.4 under metodekapittel. Vi skal drøfte denne problemstillingen ved at vi velger å trekke inn teori om Parkinsons sykdom, Orems egenomsorgsteori, å bruke resultater fra forskningsartikler, samt å bruke selv valgte litteraturer og våre praksiserfaringer noe som kan gi et bredt perspektiv om effekt av fysisk aktivitet og ulike barriere som kan hindre egenomsorg i forhold til Parkinsons pasienten i vår case.

Ut fra vår presentert case antar vi at Karl Johan som er Parkinsons pasient skal fortsette å bo i egen leilighet med hjelp fra hjemmesykepleie for å dekke sine egenomsorgsbehov i den kommunen han bor i. I følge «*Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomhet*» skulle «*hjemmesykepleien være et supplement og alternativ til institusjonsinnleggelse, når pasientens lege finner sted utenfor sykehus eller annen institusjon*» (Birkeland & Flovik, 2011, s. 15). Hjemmesykepleien er en kommunal lovpålagt tjeneste med forskjellig helsepersonell som sykepleiere, helsefagarbeidere og vernepleiere. Dette er et tilbud til hele befolkningen og er ikke sees på som et tilbud bare for de eldre syke mennesker som bor hjemme (Birkeland & Flovik, 2011, s. 19).

Hovedmålet med hjemmesykepleie er at hjemmeboende pasienter skal mestre hverdagen og, de pasientene som trenger hjelpe for eksempel til de grunnleggende behov, komplekst sårstell, måling av vitale, legemiddelhåndtering eller håndtering av medisinsk teknisk utstyr skal utføres av helsepersonell i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2011, s. 20). Den største gruppen med behov for hjemmesykepleie er mennesker som er blant annet psykisk syke, pasienter preget av ulike nevrologiske sykdommer, kreft, ryggmargsskader og hodeskader (Birkeland & Flovik, 2011, s. 20).

Videre skriver Birkeland og Flovik (2011, s. 21) at sykepleier eller annet helsepersonell skal utføre og tilby helsehjelp i pasientens sitt eget hjem og skal gi tilsyn, omsorg og nødvendig pleie av syke i hjemmet. Hjemmesykepleierne har ansvar for å vurdere brukernes behov for hjelp. Det er alltid planlagt et kartleggingsbesøk der hjemmesykepleierne reiser ute til bruker for å kartlegge det person trenger hjelp til for å få den nødvendige helsehjelp som passer.

Sykepleiere har spesiell kunnskap om «å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» samt omsorg og observasjon er viktig i hjemmesykepleien fordi sykepleiere bør ha oversikten og vurdere det som kan påvirke pasientens helhetlige helsetilstand for å delta i behandlingsplan og bør ha faglig kompetanse og kunnskap for å kunne utøve helsehjelp. Med kunnskap og kompetanse er det lettere for sykepleiere å identifisere problemer som kan oppstå eller som kan gjøre pasientens tilstand dårlig eller dårligere. Det er sykepleiere som har sannsynligvis mulighet til å veilede andre helsepersonell og sykepleien skal foretas gjennom omsorg, pleie, helsefremmede og forebyggende arbeid (Birkeland & Flovik, 2011, s. 21).

Samhandlingsreformen gir kommuner nye oppgaver blant annet forebyggendearbeid ved å sette i gang intervensjon så tidlig som mulig for å hindre utvikling eller videreutvikling av lidelser og problemer. I tillegg skal kommunene ha en helse overvåkingsarbeid av blant annet oppfølging av eldre mennesker for å unngå at deres funksjonelle nivå fallere rask (Samhandlingsreformen, 2008-2009, s. 68-72).

Vi har valgt å bruke Orems sykepleiemodell for å strukturere besvarelse av problemstillingen og, modellen retter oppmerksomheten mot målet vi ønsker å oppnå med vår problemstilling Orems sykepleiemodell består av fire faser: kartlegging, planlegging, intervensjon/tiltak og evaluering. Orems sykepleieprosess er en problemløsningsmodell. Hensikten med den modellen er å hjelpe sykepleiere til å arbeide systematisk og målrettet med fokus på tilpasset sykepleie med faglige verdier (Rotegård & Solhaug, 2011, s.190-192).

#### 4.1 Kartlegging

Orem sier at kartlegging av egenomsorg innebærer å samle data på en systematisk måte og å gjøre undersøkelser om pasientens egenomsorgskapasitet og egenomsorgsbehov samt balanse mellom kapasitet og behov for å vurdere sykepleiebehov (Cavanagh, 1999, s. 35). Dette innebærer å kartlegge pasientens grunnleggende behov og funksjonsstatus. I praktisk er det vanlig å bruke ulike hjelpemidler som for eksempel ernæringskartlegging skjema, Visuell analog skala (VAS) for smertekartlegging, og fallrisiko kartleggingsskjema.

I kartleggingsfase skal sykepleieren samle inn og tolke data for å identifisere pasientens behov. Sykepleier skal finne informasjoner fra sekundære kilder blant annet helsepersonell rapport, pårørende og dokumentasjoner som ligger i pasientjournal. Sykepleieren må ha kunnskap om hva som må kartlegges og hva slags data som er nødvendig (Fjørtoft, 2012, s. 187). I det tilfellet skal være aktuell for sykepleier å lese blant annet

sykepleiesammenfatnings rapport fra sykehuset hvor Karl Johan har vært innlagt for å få aktuelle opplysninger om hans helsetilstand.

Kartlegging og observasjoner av pasientbehov skal gjennomføres i en prosess. Først må søknaden om hjemmesykepleie sendes inn, deretter skal enkeltvedtak fattes og så gjennomføre vurderingsbesøk. Vurderingsbesøk innebærer å besøke pasienten hjemme for å ha samtale med pasienten og observere hjemmesituasjonen for å kunne vurdere hva pasienten trenger støtte til i forholdet til egenomsorgsbehov (Fjørtoft, 2012, s. 186).

I hjemmesykepleien får vi unik innblikk i hvordan personen lever sitt liv hjemmet noe som gir bedre grunnlag for å vurdere egenomsorgsbehov ut fra hver enkeltes situasjonen. I dette tilfellet må sykepleier jevnlig observere indikasjon på hvordan pasienten mestre daglige funksjons aktiviteter hjemme for å se om det er behov å oppdatere hjelpebehov (Fjørtoft, 2012, s. 187). Videre må sykepleier dokumentere alle opplysninger i pasientjournal. Pasientjournal omfattes alle dokumentasjon som inneholder nødvendige pasientens opplysninger. Disse opplysninger skal brukes videre for å gi behandlinger med kvaliteten og kontinuiteten som pasienten har behov for (Fjørtoft, 2012, s. 202).

Sykepleier har ansvar for å opprette og oppdatere pasientjournalen (Molven, 2011, s.338-339). Her skal sykepleier samle alle nødvendige informasjoner om pasientens ressurser og omsorgsbehov under funksjonsområdene som går ut på status av pasientens grunnleggende behov, samt å dokumentere det.

Ut fra casen, vil det være aktuelt å dra til vurderingsbesøk hos Karl Johan og å ha en samtale med han hvor skal vi informere om hjemmesykepleies tilbud og hans rettigheter i forbindelse med dette. Videre gjennom samtalen skal vi prøve å få innsikt i pasientens situasjon og hvor mye kunnskap han har om sin helsetilstand. Å kartlegge pasientens kunnskap om sin helsesituasjonen er viktig for videre planlegging om sykepleie veiledning.

Vi skal også observere med hensikt for å ha innblikk om hvordan Karl Johan klarer seg hjemme. Observasjonen kan gå ut på for eksempel å observere bo- situasjon. Det kan være aktuelt å samarbeide med ergoterapeut for å vurdere hvordan bo- situasjonen kan tilrettelegges etter pasientens behov. I samarbeid med ergoterapeut vil også være viktig å kartlegge fallrisiko hos pasienten Vi skal for eksempel å observere hvordan er trapper innvendige og utvendige, uteområder, møbler, løse ledninger og tepper, soverommet, senga, badet, kjøkkenet. Tilrettelegging av disse punktene er viktig for at pasienten skal klare mest mulig hjemme. Videre kan sykepleier kartlegge ernæringsstatus, søvnløshet, smerte,

utmattelse og fallrisiko. Selv om disse er ikke vår direkte fokus området ifølge problemstillingen, mener vi at disse er grunnleggende behov som må ivaretas hvis vi ønsker at pasienten skal klare å trene regelmessig (Fjørtoft, 2012, s. 198- 199).

I hjemmesykepleie er det viktig at vi har helhetlig tilnærming for å kunne å forstå pasienten. Vi må se hele personen- sitt liv, sin historie, sine ressurser ikke bare sin sykdomssituasjon (Fjørtoft, 2012, s. 198). Sykepleier kan rette oppmerksom på det som har vært interesseområdet i fritidsaktivitet for pasienten. Disse informasjoner om interesse kan brukes til å oppmuntre vedkommende og aktivisere han. Ifølge casen var Karl Johan tidligere aktiv snekker og han var glad i å gå på tur med sin hund. Sykepleier kan bruke disse opplysning til å planlegge aktiviteter for eksempel gåtur med sin hund og andre meningsfulle aktiviteter.

Fra casen ser vi at Karl Johan er preget av smerter og muskelsvakhet i kroppen. De fleste pasient med Parkinson er smertepreget og det er relatert til sykdommen. Rigiditet i nakken og skuldrene gir ofte smerter (Andreassen, 2013, s. 582). Sykepleiere må kartlegge hvor ofte Karl Johan har smerter med bruk av for eksempel VAS. Hvis han får smerter i ro eller i bevegelser, skal sykepleiere kartlegge smerteområde og spørre om Karl Johan tar sine smertestillende som han må. Sykepleierne må finne ut ved å spørre pasienten om smertene er grunnen til at han ikke ønsker å være i aktivitet. Sykepleierne bør kartlegge Karl Johan egenomsorg i forbindelse med fysisk aktivitet. Sykepleieren skal vurdere om det er smerter som hindrer at Karl Johan er i mosjon.

I en bloggpost publisert av Olsen (2016) beskriver pasienter med Parkinson sine opplevelser av å leve med Parkinsons Sykdom. Olsen sammenligner sykdommen med «å leve med *on/off*», det vil si å leve et uforutsigbart liv hvor plutselig oppstår svikt i motorisk kontroll som gjør det vanskelig å forflytte seg (Thingstad, 2007, s. 266-267). Livet med svikt i motorisk funksjoner, smerter og dårlig balanse øker risiko for egenomsorgssvikt. For Parkinsons pasienter er det vanskelig med å begynne å gå eller å stoppe, noen også gradvis mister balanse, kroppsholdning blir unormalt, og det er slik at pasienten ikke greier å bevege kroppen slik han har tenkt (Espeset et al., 2016, s. 278).

Fra våre praksiserfaringer har vi observert at forstyrrelser i bevegelsesmønster fører til frustrasjon, og det gjør at de fleste pasienter som vi har møtt, ikke orker å gjøre ting selv fordi de er redd for å falle ned og at de ikke kommer til å klare å bevege seg på den måten de ønsker og noen vil gjerne være inaktiv fordi muskelstivhet medfører smerter (Andreassen,



2013, s. 583). Her sykepleier skal kartlegge om pasienten er redd til å falle under trening eller har smerte, dårlig balanse og er plaget med svimmelhet.

For at samarbeid mellom pasienten og sykepleier skal lykkes er det viktig at sykepleier viser gode holdninger som skaper tillit hos pasienten. Et møte med en pasient som er plaget av stivhet og smerter, kreves det å ha innlevelsessevne og sanselig forståelse ved å prøve å forestille seg hvordan det er å leve med Parkinson (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 23).

I denne kartleggingsfasen er det viktig at sykepleier får med seg hvordan pasienten opplever Parkinson Sykdommen i dagliglivet, sykepleier kan se hvordan pasienten opplever sykdommen ved å snakke med pasienten og å spørre om hvordan pasienten har det. I denne sårbare pasienten finnes seg i, er det viktig å møte pasienten med respekt og empati for å skape god relasjon med vedkommende. Å vise respekt til hver menneskets liv er grunnlaget for all sykepleie (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 17).

For at sykepleier skal gjøre gode observasjoner og vurderinger må sykepleieren ha faglig kunnskap om sykdommen og om behandlinger, samt god kommunikasjon for å skape god relasjonen med Karl Johan. Kommunikasjon handler om å dele vår tanker med pasienten som medmennesker og å lytte aktivt på det Karl Johan vil dele med oss. Det er viktig at sykepleiere viser empati og gi oppmerksomhet til pasienten. Denne holdningen skaper trygghet og åpenhet som gir sykepleiere mulighet til å samarbeide godt videre med pasienten (Kirkevold, 1992, s. 106).

Parkinsons sykdom er en nevrodegenerativ kronisk sykdom som fører til forstyrrelser i bevegelsesmønster på grunn av gradvis tap av lav produksjon av dopamin. Parkinsons sykdom har symptomer som er karakterisert av frivillige skjelving, ufrivillige bevegelser, muskelstivhet og falltendens noe som kan føre til en omsorgssvikt på et tidspunkt senere i pasienten sitt liv (Norsk helseinformatikk, 2017). Med denne kunnskapen skal sykepleier kartlegge aktuelle symptomer og andre helseplager som pasienten har for å vurdere sykepleiebehov for å forebygge forverring av disse plagene og å fremme pasientens helse og livskvalitet.

Andreassen (2013, s. 583-384) mener at de fleste pasienter med Parkinson har gode og dårlig perioder i løpet av døgnet så det er viktig at sykepleierne kartlegger parkinsonspasienter funksjonsnivået og døgnvariasjonene så ofte som mulig slik at sykepleien kan tilpasses pasientens behov. Det er viktig å observere virkninger av legemidler pasienten bruker. Legemidlene hjelper også at pasienten klarer å gjøre daglig gjøremål og bruke sine ressurser

(Andreassen, 2013, s. 582). Sykepleierne trenger å vurdere om pasienten har evne til å ivareta sitt egenomsorgsbehov. Egenomsorg som for eksempel å utføre aktiviteter i daglig gjøremål blant annet husarbeid, hagearbeid, gåtur med hund. Det er sykepleiers ansvarsområdet å fremme helse og styrke pasientens selvtillit.

For å styrke pasientens egenomsorg må sykepleiere finne ut hvordan pasientens helsetilstand er, dermed kan sykepleieren sette tiltak i samarbeid med pasienten. Sykepleierne har ansvar for å kartlegge hva pasienten kjenner og kan, og hvilke behov pasienten har slik at sykepleieren kan hjelpe å styrke pasientens ressurser og egenomsorg (Cavanagh, 1999, s. 31).

Sykepleieren må ta hensyn til flere faktorer som for eksempel de ikke-motoriske problemene for eksempel depresjon, kognitiv funksjoner og søvnevansker, underernæring, utmattelse og fallrisiko som kan ha en rolle eller innvirkning i forhold med pasientens fysiske aktiviteter. Selv om uforutsigbarhet hos den pasientgruppe kan være en utfordring, må sykepleieren anstrenge seg til å øke forutsigbarhet og regelmessighet av fysisk aktivitet ved å forebygge faktorer som redusere kapasitet og motivasjon til regelmessig gå-trening og dermed forebygge risiko for inaktivitet.

En annen viktig ansvarsområdet sykepleier skal jobbe med hele tiden er å observere virkning og bivirkning av medisiner som pasienten bruker. Parkinson er en sykdom som rammer ofte eldre mennesker. Denne aldersgruppen bruker ofte flere legemidler samtidig fordi noen av eldre kan ha mer enn en livsvarig sykdom. Disse legemidlene har bivirkninger som kan påvirke kroppen. Eldre har ofte treg metabolisme som følger av biologiske endringer i kroppen. Dette kan øke risiko for overdosering av medisiner ved at de medisinene forsterkes effekten av en eller annen medisin som pasienten bruker fast. Antiparkinsonmidler – Levodopa som brukes over lengre perioden, kan gi noen bivirkning som gjør at pasienter ikke klare å gjennomføre regelmessig trening, for eksempel ufrivillige bevegelser (Simonsen, Aarbakke & Lysaa, 2010, s. 38-40).

Karl Johan bruker Levodopa og smertestillende-Paralgin forte. Paralgin forte kan gi obstipasjon som bivirkning (felleskatalogen, 2017). Obstipasjon kan forverres ved Parkinsons symptomer som gjør at peristaltikken i tarmen blir redusert, i tillegg sitter Karl Johan mye i ro (Espeset et al., 2016, s. 278 - 279). Det er viktig å observere om Karl Johan har treg mage jevnlig slik at dette forebygges ved å oppmuntre han til å spise fiberrik kosthold, og eventuelt behandles med avføringsmidler.

## 4.2 Planleggingsfasen

Ifølge lov om pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har pasienter rett til å medvirke sin behandlingsmetode og rett til informasjon. Herunder skal tjenestetilbudet så langt som mulig utarbeides i samarbeid med pasienten og pårørende. I forbindelse med å støtte Karl Johan til å ivareta sine egenomsorgsbehov sykepleier har plikt til å gi han mer kontroll over beslutninger som tas og mulighet til å velge selv mellom alternativer (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 99). For at Karl Johan skal være i stand til å velge selv det best alternativ for hans situasjon, må han få tilstrekkelig informasjon fra sykepleier. Disse informasjonene må være forståelig og tilpasset på pasientens forståelsesnivå (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 99).

I samhandling med Karl Johan skal sykepleier vurdere praktiske handlinger ut fra det som er identifisert som behov hos den pasienten. Orem fremhever at planleggingsfasen må fokusere på pasientens helhet og ta hensyn på pasientens ressurser og utfordringer (Cavanagh, 1999, s. 22). Her kan sykepleier planlegge sammen med pasienten hvordan kan hans meningsfull aktiviteter gjennomføres, for eksempel gå på tur. Fra det som er identifisert som pasientens behov eller problem, skal sykepleieren i samarbeid med Karl Johan komme fram til det som er målet med behandlingen. Målet skal bygges på det som er ønskelig for pasienten, og det skal være individuelt og realistisk å oppnå ut fra pasientens ressurser og behov (Cavanagh, 1999, s. 23).

Sykepleier må også sikre at Karl Johan får regelmessig oppfølging av personell med riktig kompetanse. Man vet jo det at det fysioterapeuter som har riktig kompetanse når det gjelder trening, samtidig vet man at sykepleier er mer i kontakt med pasienten enn fysioterapeuten. Dette gir mulighet til sykepleiere i hjemmesykepleie å ta ansvar for behandlingsoppfølging som trening. Fysioterapeut gir effektiv treningsteknikk, sykepleier med spesialutdanning innen Parkinson på nevrologisk poliklinikk følger opp parkinsonpasienter til kontroll, ergoterapeuter er der for tilrettelegging av miljø. Fysioterapi har en viktig rolle i behandling av Parkinsons sykdom. Fysioterapi og trening har en positiv effekt på pasientens balanse, livskvalitet og muligens en positiv effekt på kroppsholdning og stillingskontroll og fysisk funksjon, og det kan bedre mestring av de symptomene (Dahm & Reinart, 2009, 8-12).

Mål skal beskrive pasientens tilstanden når målet er oppnådd. I samarbeid med Karl Johan og sykepleier må kortsiktige og langsiktige mål formuleres. Eksempel på kortsiktig mål kan være

Gå-trening med hund 15 min sammen med en personal på formiddagsbesøk hver dag eller sykle på ergometersykkel 15 minutter på ettermiddagsbesøk hver dag. Mål er å opprettholde gangfunksjonen i løpet av 3 uker. Langsiktig mål kan være for eksempel å opprettholde god balanse i løpet av 10 uker. Det er nødvendig at sykepleier sammen med pasienten gjør vurdering underveis om målene er oppnåst eller om det trenges justeringer.

Gjennom hele sykepleieprosessen må sykepleiere observere pasientens helhet bildet for å fange opp alt som kan oppstå som hindring, her er viktig at sykepleier planlegger hvordan noe plager blant annet smerter, treg mage, stress, utmattelse kan forebygges og behandles tidlig.

Sykepleier skal også hjelpe Karl Johan i forbindelse med individuell plan. I følge pasient- og brukerrettigheter, (1999, § 2-5) om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har Karl Johan rett til en individuell plan. Den individuelle plan utarbeides for pasienter og brukere som har langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan har sammen komponenter som sykepleieprosess som innebærer kartlegging, planlegging, intervensjoner og evaluering av intervensjonen. I denne casen skal sykepleier informere pasienten om sine rettigheter i forbindelse med individuell plan. Med individuelle plan får Karl Johan individuelt forsvarlig oppfølging fra ulike yrkesgrupper etter hans ønsker. For at denne planen skal fungere må helsepersonell jobbe tett med pasienten for å planlegge tjeneste (Thommesen, Norman & Scandvin, 2008, s. 38-49, 63).

Hvis vi skal hjelpe Karl Johan med en individuell plan, er det viktig at han deltar aktivt. Da er brukermedvirkning og Empowerment svært viktig. De to begrepene ofte glir over hverandre fordi betydning er nesten lik, begge to har sykepleieren som en samarbeidspartner.

Brukermedvirkning er lovfestet, og pasienten har en rett til medbestemmelse på hva han eller hun og pårørende ønsker i forhold til forsvarlig helsesituasjonen. Empowerment er en prosess og strategi som pasientene får muligheten for å bli styrket og aktiveres av sykepleier til å tilfredsstill egne behov, og for at pasientene kan bestemme og å kunne ta kontroll over eget liv (Tveiten, 2008, s. 26).

Videre skal sykepleier gjennom hele sykepleieprosessen informere og veilede Karl Johan i forhold til viktigheten av gjennomføring av regulært fysisk aktivitet for å forebygge forverring og senere komplikasjoner. Her må sykepleier tilpasse informasjonen i forhold til pasientens nivå og gi informasjon på en forståelig måte til Karl Johan.

Sykepleier kan bruke kunnskap fra aktuelle forskninger på enkelt måte for å forklare til Johan hvorfor det er gunstig for egen helse å mosjonere regelmessig. Forskningen av Margaret Schenkman et al. kan brukes til inspirer Karl Johan. Funn i denne studien viser at å sykle regelmessig på tredemøller gir god effekt på balanse og muskelstyrke i bein hos pasienter med mild til moderat Parkinson. Dette er jo nyttig for Johan siden han var tidligere aktiv og likte å gå på tur.

### 4.3 Intervensjon/tiltak

Tiltak er det som brukeren, personalet og eventuelt pårørende gjør redde for hvordan målene skal oppnås. Vi kan lage tiltakene ut fra en tverrfaglig vurdering. Her er det flere hensyn å ta, for eksempel hvilke ressurser brukeren har, hva brukeren kan gjøre selv og hvordan vi kan legge det ytre miljøet til rette på best mulig måte. Vi, sykepleiere, må bestemme hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, hvem som skal gjøre det og når vi skal gjennomføre det. Det viktigste er hva brukeren selv mener. Derfor er det viktig at brukeren deltar i beslutningene om mulig. Vi skal informere, veilede og støtte slik at brukeren kan gjøre aktivitetene selv, eller gi praktisk hjelp så brukeren kan utføre deler av aktivitetene selv (Cavanagh, 1999, s. 43-45).

Fra casen har vi fått med oss at Karl Johan er orientert for tid og sted. Vi har klart å kartlegge Karl Johan sine sykepleieproblemer og mål. Med utgangspunkt fra sykepleiediagnosen er det flere områder man kan tenke seg å ha fokus på. Disse områdene er blant annet smerteproblematikk, ernæring, fallforebygging, veiledning/undervisning og fysisk aktivitet. Vi har valgt å legge fokus på den fysiske aktivitetene.

Når vi skal utarbeide intervensjoner som skal sette i gang de planlagte tiltakene, da er det viktig at vi ser på resultater fra vår forskningsartiklene. Vi har jo samlet opp viktige opplysninger i teoridel om hva som finnes teoretisk, hva som har fungert og ikke fungert, er det noe vi kan bruke på Karl Johan?

#### 4.3.1 Informasjon

Vi skal gi informasjon til Karl Johan for at han skal være å bestemme over sitt eget liv. Vi skal snakke om Parkinsons sykdom, viktigheten av å ta riktig dose at riktig tid, hva som finnes av forskning om fysiske aktiviteter som kan være egnet til ham.

Etter å ha analyserte alle forskningsartiklene har vi lagt merk til at alle forfatterne fra de seks funnet forskningsartikler konkluderte at fysiske aktiviteter som trening har hatt god effekt hos deltakerne med Parkinsons sykdom. Effekter ble målt ved å bruke forskjellige

tester og spørreskjema som gikk på balanse, gangfunksjon, livskvalitet, daglige aktiviteter (ADL).

Sykepleierne må gi og forklare informasjon til sine pasienter på en måte som gjøre det lettere for at pasienter kan forstå det som er sagt. For at sykepleier skal gi pasienten informasjon om sykdommen eller om fysisk aktivitet må sykepleier ha kunnskap. Sykepleieren kan skaffe kunnskap gjennom å lese litteratur som finnes blant annet teoribøker, prosedyrer, retningslinjer eller fagartikler. Sykepleiere er lovpålagt å utføre et arbeid på en faglig forsvarlig måte § 4 (1999).

Sykepleier skal formidle egenomsorgskrav for pasienten, og forklare hvilke metoder, handlinger eller behandlinger som er nødvendig for å stryke pasientens egenomsorgskrav (Birkeland & Flovik, 2011, s. 21).

#### 4.3.2 Mål

Vårt hovedmål blir å styrke Karl Johan egenomsorg ved å hjelpe ham med fysisk trening.

Vi forventer en viss økning i muskelstyrke, bedre med balanse, bedre velvære, å være i stand til å beherske symptomer?

Vi har vurderte funnet i denne artikkelen skrevet a Schenkman et al (2012) som relevante siden den viser sammenhengen mellom regelmessige fysiske trening og generelle funksjonelle fordeler hos pasienter med Parkinsons sykdom i intervensjonsgruppe. I intervensjonsprogrammet hadde øvelser som var relatert til fleksibilitet balanse og funksjonstrening. Det ble tatt i bruk tredemølle, sykkel eller elliptiske. Treningen ble gjort under veiledning eller tilsyn av en trener i tre dager i uker i fire måneder. Vi ser dette kan være aktuell for Karl Johan. Det går an å finne en trimsykel og plassere den hjem i et rom hos ham som hjemmesykepleie kan bidra med å minne på ham. Det kan ære vanskelig for ham å trene fordi han ikke har noen å oppmuntre eller å motivere ham. Det har vist i denne studien at det ble observert ingen forbedring hos i kontrollgruppe som trente alene hjemme. I følge studie gjort av Nakae og Tsushima (2014) var fysisk aktiviteter med veiledning i hjemmet hos hjemmeboende Parkinsons pasienter effektiv for å gjøre seløvølsen til en vane, å forbedre bevegelsesområde og muskelstyrken, og redusere tiden som en bruker ved å sitte stille i en stol. Effekten viste godt i forhold til fysisk aktiviteter, ADL og neurologisk status.

Vi har fått inntrykk av at Karl Johan sitter stille kanskje stor del a dagen når han ikke ørsker å gjøre noe ting. Vi har sett at fysisk aktiviteter kan virke positivt på nevrologisk status noen vi tolker som bedring på stivhet, gangs funksjon, balanse og skjeling som symptomer.

Annen interessant forskningsartikkel er den skrevet forfatterne Kang og Ellis-Hill (2015) der de ville få fram hvordan pasienter med Parkinsons sykdom opplever sykdommen og hva de har gjort for å forbedre og mestre livssituasjonen. Opprettholdt av vanlig liv og fysisk evne var den største bekymringer bland blant de pasienten. Dette er nyttig for oss helsepersonell som er i kontakt med denne pasientgruppen for å identifisere hva som utgjør et vanlig liv for den personen og å støtte dem til å utvikle en positiv tankegang og aksept av nye utfordring, og trekke på bestemmelsen av personen, samt mulighet for familiestøtte. Denne studien hjelper oss med å få kunnskap om pasientens verden og lage en realistisk omsorgsplan for individuelle pasienter. Helsepersonell i hjemmesykepleie bør undersøke eventuelle endringer i Karl Johan rutiner og helse. Karl Johan ønskende mål og praktiske valg bør diskuteres sammen med han i henhold til hans evne. Viktigste av alt, bør pasienter bli påminnet om sine egne verdier, følelsesmessig og fysisk styrke for å fortsette et meningsfylt liv. Denne studien foreslår ulike ideer for helsepersonell om hvordan å nærme seg personer med kronisksykdom. Disse idene kan inne bære:

- Å måle individets oppfattede suksessnivå ved å leve med for eksempel Parkinsons sykdom på den tiden, for å identifisere hva som førte til den suksessen for den personen.
- Å undersøke pasientens fysiske og psykososiale endringer ved å sammenligne mellom deres tidligere liv før sykdommen og dagens liv.
- Identifisere hva som er de viktige aspektene av individets liv, og hva er mulige muligheter for å beholde dem eller erstatte dem. Dette bør oppdateres i tiden.
- Samarbeidsforhold med pasienter og deres familie for å finne passende løsningsferdigheter og gi ulike sosial og fysiske mulighet med oppmuntring.

Ni, Mooneyb og Signorile (2016) konkluderte i sitt yogaprogram med at yoga kan være godt for denne pasientgruppe og det bør betraktes som levedyktig tiltak for å øke funksjon hos pasienter med Parkinsons pasienter enten alene, konsert eller komponenter i et planlagt treningsprogram laget for å omdanne forbedring i fysisk funksjon til forbedring i daglig ytelse, økning i livskvalitet og selvtillit. Vi ser at de anbefaler yoga kombinert med andre fysisk aktiviteter. Det kan være utfordrende for sykepleie med yoga. Yoga kan sannsynligvis

kreves ei spesiell utdanning eller opplæring som i ikke kan kreve at sykepleier må ha. Andre mulighet kan være at Karl Johan kan få et tilbud om treningsprogram der yoga er en del av i sin individuelle plan.

Cugusi et al (2015) undersøkte effekten av gå-treningsprogram med trim to ganger i uke ledet av kvalifiserte fagfolk. Effekten var observert etter studien med at nordisk gå-treningsprogram var en effektiv trening som forbedrer daglige aktiviteter og både motoriske og ikke-motoriske symptomer hos pasienter med Parkinsons sykdom når det kunne brukes i kombinasjon med medisinsk behandling for å forbedre motorens ytelse, ikke-motorisk symptomer og parameter av kroppssammensetning. Når det gjelder Karl Johan kan dette være aktuelt for hvis vi kan hjelpe ham med søknad om kontakt person som han kan gå tur sammen med. som vi har skrevet tidligere at Parkinsons pasienter plages med gangfunksjon. I følge denne studien har vist forbedring i gangavstand.

Bryant et al (2015) hevder at redsel for å klare egenomsorg var relatert til fall hos Parkinsons pasienter. I sin studie hadde de undersøkt omfanget av aktivitetsbegrensninger og fysisk inaktivitet hos personer med Parkinsons sykdom som hadde forskjellige fallfrekvenser. De fant ut at hyppige fallere hadde flere ADL-begrensninger enn ikke-fallere og sjeldne fallere. Flere fallere rapporterte en lavere prosentandel av evne til å utføre ADL enn de som falt mindre. Hyppige fallere og sjeldne fallere rapporterte et høyere nivå av frykt for å falle enn ikke-fallere. Dette har noe å si i sykepleien fordi det blir viktig ved kartlegging av tidligere fall hos Karl Johan og vurdering av frykt for fall. Når vi kartlegger hos Karl Johan, må vi ta de vurdering som kan være grunner til Karl Johan ikke orker å gjøre noe som helst.

Alle funnene fra forskningsartikler har vist forbedringseffekter på daglig aktiviteter, balanses evner, fleksibilitet, muskelstyrke, livskvalitet etter fysisk trener. Dette stemmer med det som er anbefalt i retningslinje for diagnostisering og behandling av Parkinson sykdom.

Før vi lager intervensjon, er det viktig å involvere spesialister i fysioterapi som kan lage fysisk øvelser som kan bli tilpasset Karl Johan (Nasjonale kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelse, 2010, s. 36). Forskerne anbefalt trening eller hjemmeøvelse minste en time tre ganger i uke, før eventuelt pasienter kunne gjøre selv. Tre forskningsartikler gikk ut på trening av muskler. Dette er støttet norsk parkinsonforbundet som mener at fysisk aktiviteter er å trene store muskelgrupper i stedet for små muskelgrupper med øvelser hvor man jobber over flere ledd og høy intensitet fremfor lav intensitet. Det er aktuelt hos eldre mennesker med funksjonell trening som kan være for eksempel bevegelsesøvelser,



gangtrening og øvelser for å kunne gjøredaglige gjøremål fremfor generell styrketrening med vekter (parkinson.no; nhi.no)

Etter planlegging og forberedelse av alle tiltak som trengs til å gjennomføres, skal Karl Johan med støtte av sykepleier komme i gang med det som står i tiltaket. Her skal sykepleieren veilede og motivere pasienten til å fortsette med fysiske aktiviteter. Videre Med samtykk fra pasienten skal sykepleieren ta ansvar for tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut for få tilpasset praktiske veiledning i forhold med trening teknikk. I følge Nasjonal Kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelse (2010) er det viktig å gi god informasjon til pasienten og pårørende som kan være en god støttespiller som kan motivere pasienten videre til regelmessig fysisk aktivitet i hjemmet.

Sykepleieren må også være der for å motivere pasienten til å være aktiv. Pasienter må ha grundig informasjon sykdommen og fysiske aktiviteter som å følge treningsprogram. Den informasjonen kan hjelpe pasienten å få litt motivasjon, etter han eller hun vet hvorfor det er massiv viktig med å forsetter å holde seg i aktivitet (Andreassen, 2013, s. 585). Pasientens kjennskap til viktigheten av fysisk aktivitet om følge opp et planlagt treningsprogram kan resultere til at pasienten blir mer og mer mulig selvstendig. Selv om fysisk aktivitet ikke kan helbrede sykdommen er det svært viktig at parkinsonspasienter er fysisk aktivt. Dette er fordi fysisk aktivitet gjør det lettere for pasienter til å mestre de plagene som medfører av sykdommen som for eksempel balanseproblemer, gangvansker, muskelsvakhet og stivhet og taleproblemer (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016).

Vi, sykepleierne må også kunne legge frem klare gjøremål som Karl Johan kan utføre selv. Dette kan føre til at pasienten ikke kan føle seg så hjelpeløst. Activity of Daily Living «ADL» går inn i fysisk aktivitet, og dette er lett å gjøre i hjemmet. ADL aktiviteter kan være så enkelt som å for eksempel gjøre husarbeid eller å ivareta sin egen personlig hygiene. Denne partiske handlingen kan tydes på å ha egenomsorg for seg selv. Samtidig må sykepleieren ta hensyn til at pasienten, selv om de har samme sykdommen, er individet forskjellige og kan ha ulike behov, og sykepleieren må være oppmerksom på hvilken innvirkning helsetilstanden har på pasienten. Sykepleier skal være der for å støtte pasienten, men sykepleieren må ikke overstyre eller overta fordi pasienten gjøre de meste langsomt (Espeset et al., 2016, s. 278).

Forslag på intervensjoner som kan være aktuelt for Karl Johan, kan være for eksempel hvert helsepersonell som skal gi sykepleie til Karl Johan må veilede eller lære pasienten små øvelser for å redusere muskelstivhet. Fysiske øvelser som er laget i samråd med en

fysioterapeut, kan følges opp av sykepleiere. Kanskje det blir nok med 30 minutter tre ganger i uke. Øvelser skal gå ut på balanse, fleksibilitet. Som vi har sett i forskningsartiklene at deltakerne trente flere ganger i uke for å oppnå gode effekter.

I praksis har vi opplevd at denne pasientgruppen måtte ha sine medisiner mot Parkinsons på faste tidspunkt. Vi tror hensikten med dette er for å holde medisinsk konsentrasjon i blodet stabilt. Her trekker vi Orem's teori som sier at sykepleier skal ha fokus på helhetlig sykepleie i hele sykepleieprosessen. Skal sykepleier skal styrke Karl Johan egenomsorg, er det viktig å sørge for at pasienten får sine medikamenter til rett tid for å redusere noen grad av symptomer blant annet stivhet og ufrivillig skjelving og smerter som gjøre at Karl Johan orker ikke å gjøre noen. Når medisinerne har begynt å gi effekt, er det sannsynligvis lettere for sykepleieren eller fysioterapeut å hjelpe Karl Johan med sin trening eller daglig gjøremål.

Hvert enkelt helsepersonell som skal til Karl Johan, skal gi Karl Johan anledning og tid til å gjøre mest mulig selv. Det kan være morgenstell, påkledning og avkledning, laget eller ordne seg mat. Dette kan være i forbindelse med administrering av medisiner. Ikke gi ham medisiner, men helsepersonellet må minne ham å ta dem i stedet.

En sykepleier kan være en pasientansvarlig sykepleier for Karl Johan som følger opp prosessen eventuelt endringer. Når vi tenker om fysisk aktivitet som intervensjon, må vi også klare over at det blir nye utfordringer for sykepleiere i hjemmetjeneste fordi fysisk aktivitet kan være en ekstra oppgave å utføre for hjemmesykepleiere. Nydal et al (2016) hevder at sykepleiere i kommuner opplever tidspress og har stadige krav om effektivitet noe som gjør at sykepleierne utsetter arbeidsoppgaver og mister helhetlig sykepleie, samt dokumentasjon og utarbeidelse av pleieplan blir ikke fulgt opp.

#### 4.4 Evaluering

Orem sier at den evaluering i sykepleieprosessen dreier seg om evaluere, kontrollere, overvåke hver tiltak som var satt i gang i forhold til diagnostisk sykepleieproblem, skal deretter tiltakene vurderes. Sykepleier, brukeren og eventuelt familien skal vurdere om målene er nådd og hvordan vi vil komme videre i prosessen. Vi må vurdere om tiltakene vi har utført, har gitt det ønskede resultatet. Det er viktig at vi gjør dette fortløpende i samarbeid med brukeren og personalgruppe. Arbeidet forsetter som planlagt så lenge problemene er aktuelle, og så lenge tiltakene er effektive. Hvis ikke tiltakene lenger er effektive må vi finne ut hva som hinder oss i å nå målet. Vi må dokumentere fortløpende effekten av tiltak for at de kan være lett å vurdere om tiltakene fungerer som det skal (Cavanagh, 1999, s. 45-46).

Frykt for å falle og oppnåelse av ADL skal evalueres rutinemessig på grunn av deres signifikante tilknytning til aktivitetsbegrensning og fysisk inaktivitet. Bryant et al (2015) hevder at fall og frykt for å falle var forbundet med flere ADL begrensninger og mindre fysisk aktivitet etter justering funksjonsnedsettelse.

Det er en sammenheng mellom egenomsorgsteori og sykepleieprosessen, Orem (Cavanagh, 1999, s. 47), og i sykepleiereprosessen legges det godt til rette for å muliggjøre en omfattende kartlegging av pasientens egenomsorgsevne. Sykepleieren skal har tid for pasienter og parkinsonspasienter har en tendens til å gjøre de daglig gjøremål langsomt på grunn av sykdommen, og de må få så mye tid de trenger og i en perfekt verden er dette umulig. Når man jobber i hjemmetjeneste, vet man at i hjemmetjeneste har en sykepleier flere pasienter eller brukere, og disse pasienter må ha hjelp på korttid. Fra praksiserfaring ser vi at sykepleiere ikke hadde nok tid hos pasienten til å hjelpe med fysisk aktivitet. Dette kommer an selvfølgelig på hvordan de fleste bruker sin tid hos pasienter og noen vil gjøre alt ferdig på en viss tid og veldig fort uten å tenke over for det pasienten klarer å gjøre selv.

Evalueringer som vi skal gjøre skal være basert på observasjoner gjort om det har vært forbedring eller vedlikeholdt av fysisk funksjon (muskelstyrke, utholdenhet, koordinasjon og bevegelighet), gangfunksjon, forflytning, aktiviteter i dagliglivet (ADL), balanse, smerte og respirasjon. Vi skal også observere effekten av medikamenter som Karl Johan står på. Dette er fordi Cugusi et al (2015) hevder at fysisk aktiviteter kombinere med medikament behandling hadde bra resultat.

## 5. Konklusjon

Å styrke pasientens egenomsorg kan gjøre at pasienten klarer å leve med kronisk Parkinsons sykdom. Denne oppgaven har som hensikt å belyse hvordan sykepleiere i hjemmesykepleie kan bidra til fysisk aktivitet hos hjemmeboende pasienter med Parkinsons sykdom. Gjennom fagbøker, fagartikler, retningslinje og forskningsartikler har vi samlet opp kunnskapen om fysiske aktiviteter som intervensjon. Vi har tatt utgangspunktet i Orems egenomsorgsteori og hennes sykepleieprosess for å svare på vår problemsstilling.

Vi kan ta inspirasjon fra Orems teori om egenomsorg og hennes sykepleieprosess til å bruke den som en håndbok i møte med hjemmeboende parkinsonspasienter som har egenomsorgssvikt. Individuell plan og sykepleieprosessen er viktige verktøy som kan hjelpe oss med å finne problemer, å planlegge, sette opp mål, finne ut hva som er best å gjøre og ta en evaluering av tiltak.

Sykepleiere må sørge for at pasienten får god informasjon om sin helsetilstand, hvis pasienten skal delta aktivt i beslutning som angår ham/henne. Som sagt i alle faser av Orems sykepleieprosessen skal sykepleier samarbeide med pasienten. Vi har sett på hvor viktig det er for pasienter å få regelmessig oppfølging med fysiske aktiviteter på det nivået de klarer å utføre.

Forskninger har vist at fysiske aktiviteter som sykling, hjemmeøvelser, daglig gjøremål, nordisk gå-trening virker positiv på helse, daglige aktiviteter, balanse evner, fleksibilitet, gangfunksjon, muskelstyrke og livskvalitet. Pasienter med kronisk sykdom som Parkinsons trenger en individuell plan som utarbeidet tverrfaglig, motivasjon og veiledning, støtte og undervisning for at pasientene skal ivareta sin egenomsorg.

Tilslutt vil vi nevne at det har vært utfordret å skrive denne oppgaven fordi det var vanskelig å finne artikler som har sykepleier som forfatter. Alle forskningsartikler som er brukt i denne oppgaven er ledet eller skrevet av fysioterapeuter og finnes lite forskningsartikkel skrevet på norsk eller på det skandinaviske språket om pasienter med parkinsonssykdom. Vi har brukt en artikkel som er en studie fra Japan. Det er litt usikkerhet i det det kan være andre kultur i Japan enn i Norge. Ellers gjenværende av artiklene er fra Amerika, Storbritannia, Brazil, og Sverige.

### 5.1 Implikasjon for praksis

Vår oppgave er viktig for sykepleiere som jobber i hjemmesykepleie med parkinsonspasienter. Den kan hjelpe sykepleiere med å ha mer forståelse for hvordan det er

viktig med at parkinsonspasienter er i mosjon, tar sine medisiner, og at de bruker sine ressurser de fortsatt har. Vår oppgave viser hvordan sykepleiere kan bidra til fysisk aktivitet og hvordan fysisk aktivitet kan motvirke utvikling av sykdommen. Det er viktig at sykepleiere forstår at begrensning til egenomsorg kan være relatert til frykt for å falle. Sykepleier i hjemmesykepleiere må bruke god tid for å styrke pasienten egenomsorg. Det er mye rom for læring i forhold til fysisk aktivitet. Det er viktig at sykepleiere skaffe seg kunnskap om hvordan kan støtte den pasientgruppen til å ivareta aktivitetsbehov.

## 6. Litteraturliste

Egnevalgt litteratur er merket med stjerne (\*).

\*Andreassen, M.H. (2013). Sykepleie til pasienter med sykdommer i sentralnervesystemet.

Knutstad, U. (red.) (2013). *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*. (2.utg. s.581-590). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bertelsen, K.A. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn., J. Mjell & E. Bac-Gansmo (Red.), (2016). *Sykdoms og behandling* (2. utg., s. 335-335).

\*Borg, K., Bekkelund, S.I & Henriksson, M. (2009) *Aktivitetshåndboken – 36. Parkinsons sykdom Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (s. 484-488). Helsedirektoratet. 15 april 17, fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-36-parkinsons-sykdom.pdf>

\*Birkeland, A. & Flovik, M.F. (2011) *Sykepleie i hjemmet*. (1. utg.). Cappelen damm akademisk.

\*Bryant, S.M., Rintala, D.H., Hou, G.G & Protas, J.E. (2015) *Relationship of Falls and Fear of falling to activity Limitations and Physical Inactivity in Parkinson' Disease*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23, 187-193. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24700259>

Cavanagh, S.J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Chung, C.L.H., Thilarajah, S. & Tan, D. (2016). *Effectiveness of resistance training on muscle strength and physical function in people with Parkinson's disease: a systemic review and meta-analysis*. *Clinical Rehabilitation*, 30(1): (13), 11-23. 23 mai 17, fra <http://dx.doi.org/10.1177/0269215515570381>

\*Cugusi, L., Solla, P., Serpe, R., Carzedda, T., Piras, L., Oggianu, M., Gabba, S., Blasio, A.D., Bergamin, M., Cannas, A., Marrosu, F. & Mercurio, G. (2015). *Effekt of a Nordic walking program on motor and non- motor symptoms, functional performance and body composition in pasients with Parkinson's disease*. *Neuro Rehabilitation*, 245-254. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-151257>

\*Dahm, K. & Reinar, L.M. (2009). *Effekten av fysioterapi for pasienter med Parkinsons sykdom*. (s. 1-13). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekten-av-fysioterapi-for-pasienter-med-parkinsons-sykdom>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Felleskatalogen (2017). Hentet 22. mai 17, fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-paralgin-forte-paralgin-major-weifa-562630>

Espeset, K., Rektorli, L., Kristiansen, G.A., Solli, ME., Mastad, V. & Almås, H. Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & A. Almås (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie: Bind 2*. (5. utg. s. 278-284). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Helsedirektoratet (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. (Rapport IS- 2167)

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/292/Kunnskapsgrunnlag-for-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementet-IS-2167.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2017). Hentet 20 mai 17, fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

\*Kang, M.Y. & Ellis-Hill, C. (2015). *How do people live life successfully with Parkinson's disease*. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2314-2322. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12819>

\*Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N.J. Kristoffersen, P. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Meng N., Mooney K. & Signorile, J.F. (2016). *Controlled pilot study of the effects of power yoga in Parkinson's disease*. *Complementary Therapies in Medicine*. (25) 126-131.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2016.01.007>

Mittelmark M.B., Kickbusch I., Rootman I., Scriven A. & Tones K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), (2012).

*Helsefremmende sykepleie – i teori og i praksis*. (s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Molven, O. (2011). Helsepersonells rettigheter og plikter. I I.M Holter & T.E. Mekki (Red.), (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (4. utg. s. 338-339).

Oslo: Akribe.

\*Nakae, H. & Tsushima, H. (2014). *Effects of Home Exercise on Physical Function and Activity in Home Care Patients with Parkinson's Disease*. *Journal of Physical Therapy Science*, 26, 1701-1706. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25435681>

Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25435681>

\*Nasjonal Kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelse. (2010). *Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom*. (s. 14-39). 24 mai 17, fra

<https://helse-stavanger.no/seksjon/NKB/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20-%20Retningslinjer%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20ved%20Parkinsons%20sykdom.pdf>

Nordeng, H. & Spigset, O. (red.) (2013). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forslag AS.

\*Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2016) *Praktiske råd ved Parkinsons sykdom*.

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/nevrologi/pasientinformasjon/parkinson/parkinson-rad/>

\*Norsk helseinformatikk. (2016). Hentet fra

<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/parkinson/parkinsons-sykdom-oversikt/>

\*Norges Parkinsons Forbundet. (2017). Hentet fra <http://www.parkinson.no/parkinsons1/hva-er-par1/>

\*Norges Parkinsons Forbundet. (2017). Hentet fra <http://www.parkinson.no/parkinsons1/ikke-motor/>



\*Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere I kommunene. (s. 68-0). Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/stressa\\_sykepleiere\\_i\\_kommunene.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/stressa_sykepleiere_i_kommunene.pdf)

\*Olsen, T. (2016, 03. juni). *Min Parkinsons – å leve med on/off. HA-bloggen, tips og inspirasjon*. [Bloggpost]. Hentet fra <http://habloggen.h-a.no/sport/tommys-batteriblogg/parkinson-a-leve-onoff/>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

\*Rotegård K.A. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I.M. Holter & T.E Mekki (Red.), (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (4. utg. s. 190-192). Oslo: Akribe.

\*Schenkman, M., Hall, D. A, Baron A. E., Schwartz R. S, Mettler, P. & Kohrt, W. M. (2012). *Exercise for people in early- or mid-stage Parkinson disease: A 16- Month randomized controlled trial. Physical therapy, (92) (11)*, 1395- 1410. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20110472>

\*Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47, 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

\*Simonsen T., Aarbakke & Lysaa, R. (2010). *Illustrert farmakologi*: Bind 2. Bergen: Fagebokforlaget.

\*Statistikk Sentralbyrå. (2017). Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveelections.asp>

\*Statistikk Sentralbyrå. (2017). Hentet fra <https://ssb.no/helse/statistikker/pleie>

\*Teichberg, A. (2000). The Parkinsonian's Wellness Map. I R. Elliot, L. Cote & L.L. Sprinzeles (2000). *Parkinson's Disease and Quality of life*. (s. 161-168). USA: Haworth Press, Inc.

\*Thingstad, P. (2007). Fysioterapi ved Parkinsonisme. I J.L. Helbostad, R. Granbo & H. Ørterås (2007). *Aldring og bevegelse* (s. 259-284). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Thommesen, H., Norman, T. & Scandvin, J.T. (2008). *Individuell Plan: Et sesam, sesam.* (s. 37-52). Oslo: Kommuneforlaget.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleie.* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1. Pico-skjema

<b>Patient/Problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison/Control</b>	<b>Outcome.</b>
Hvilken type pasient dreier det seg om?	Hvilken tiltak eller eksponering som er iverksatt?	Skal vi sammenligne to ulike tiltak? er det aktuelt å gjøre det?	Hvilke resultater eller endepunkter er du opptatt av?
Hjemmeboende pasienter med Parkinson sykdom	Regelmessig fysisk aktivitet		Bedre egenomsorg Selvstendig Bedre motorisk funksjoner i hverdags gjøremål

## Vedlegg 2. Selve valgt litteratursøk på BIBYS (i søkemotor Oria)

Database/ Søkemotor	Søkeord	Begrensning	Tr eff	Leste innhold	Bøker inkluder t	Boktittel
Bøker som vi har fra før		Trykte Bøker				(1) «Sykepleieteorier : analyse og evaluering.» (2) «Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken» (3) «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1» (4) “Parkinson’s disease and Quality of Life”
Oria	Orems teori	Trykte bøker	4	2	1	«Orems sykepleiemodell i praksis»
Oria	Individuell Plan		20	3	1	«Individuell Plan: Et sesam, sesam»
Oria	Parkinson and motor activity	Trykte bøker fra år 2007- 2016	2	1	1	«Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre»

		Materiale fra bibliotekkat -allogen				

### Vedlegg 3. Litteratursøk

Database	Søk Dato	Søke ord/ MeSh	Avgrensning	Treff	Antall valgte	Navn på valgte artikler
CINAHL	29.03.2017	“Parkinson’s disease AND physical activity AND successful life”	Academic journals  År 2007- 2016  Full text	2	1	“ <i>How do people live life successfully with parkinson’s disease?</i> ”
CINAHL		“Parkinson’s AND home exercise AND quality of life”	2007 – 2016. Topic area: Medicine/He alth, profesjonal.	6	1	“ <i>Exercise for people in early- or mid- stage parkinson disease: a 16- month randomized controlled trial</i> ”
CINAHL	25.04.2017	«Parkinson’s AND walking Activity»	År 2007- 2016 Full tekst Academic journals	26	1	“ <i>Effects of a Nordic Walking program on motor and non-motor symptoms, functional performance and body composition in patients with Parkinson's disease</i> ”
CINAHL		“Parkinson AND physical activity AND quality of life”	2007- 2016  Full text  Academic journals	24	1	“ <i>Controlled pilot study of the effects of power yoga in parkinson’s disease</i> ”

PubMed		<p>“Parkinson’s disease AND physical function AND home care AND Activity”</p> <p>“Parkinson’s disease AND Physical inactivity”</p>	<p>Siste 5 år Full text</p> <p>Siste 5 år Full text Humans</p>	<p>14</p> <p>6</p>	<p>2</p>	<p><i>“Effects of home exercise on physical function and activity in home care pasients with parkinson’s disease”</i></p> <p><i>“Relationship of falls and fear of falling to activity limitations and phsycial inactivity in Parkinson’s disease”</i></p>
--------	--	--	--	--------------------	----------	--