

BACHELOROPPGÅVE

| | |
|------------------------|--|
| Emne: | 9, Bacheloroppgave i sykepleie |
| Emnekode: | SK 152 |
| Tittel/ Title: | <i>”Hvilke tiltak kan sykepleier sette i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos underernærte pasienter med Parkinson Sykdom?”</i> - <i>“Which relief measures/actions can a nurse initiate in order to ensure adequate nutrition in malnourished patients with Parkinson’s disease?”</i> |
| Kandidatnummer: | Birthe Westgaard |
| Eksamensdato: | 23.04.10 |
| Kull: | 51 |
| Tal ord: | |
| Rettleiar: | Tove Sandvoll Vee |

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Innledning..... | 1 |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.3 Problemstilling og avgrensing av denne..... | 2 |
| 1.4 Begrepsavklaring..... | 3 |
| 1.5 Oppgavens oppbygging..... | 3 |
| | |
| 2.0 Fremgangsmåte..... | 3 |
| 2.1 Hvordan jeg fant fram, databaser og søkeord..... | 4 |
| 2.2 Valg av litteratur og hvorfor..... | 4 |
| 2.3 Kildekritikk..... | 5 |
| | |
| 3.0 Teori..... | 6 |
| 3.1 Parkinson Sykdom..... | 6 |
| 3.1.1 Symptomer på Parkinson Sykdom..... | 6 |
| 3.1.2 Behandling av Parkinson Sykdom..... | 7 |
| 3.2 Ernæringsvansker hos pasienter med Parkinson Sykdom..... | 8 |
| 3.2.1 Underernæring..... | 9 |
| 3.3 Dysfagi | 10 |
| 3.4 Kartlegging | 10 |
| 3.5 Tiltak | 12 |
| | |
| 4.0 Hvilke tiltak kan sykepleier sette i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos underernærte pasienter med Parkinson Sykdom? | 14 |
| 4.1 Kartlegging av underernæring..... | 14 |
| 4.2 Tiltak mot underernæring..... | 16 |
| 4.3 Tiltak mot dysfagi..... | 18 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 5.0 Styrke og svakhet | 19 |
| 6.0 Konklusjon | 20 |

Litteraturliste

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Sammendrag

Mangelfull ernæring kan være et problem for pasienter med Parkinson Sykdom, delvis grunnet tygg og svelgproblemer (dysfagi), som oppstår av muskelstivhet og den nedsatte bevegeligheten, men også det at flere pasienter har problemer med å spise selv, og trenger mer hjelp enn det de får. Mangelfull ernæring fører til underernæring, som kan gi pasientene alvorlige konsekvenser for allmenntilstanden og livskvaliteten.

Litteratur viser at underernæring er vanlig i norske sykehjem og at ernæring nedprioriteres ofte. Jeg har selv erfart at underernæring er vanlig hos pasienter med Parkinson Sykdom i sykehjem og synes dette er et viktig tema å kunne noe om. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling: *Hvilke tiltak kan sykepleier sette i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos underernærte pasienter med Parkinson Sykdom?*

For å svare på problemstillingen i oppgaven, har jeg brukt litteraturstudie. Jeg har også brukt litt av min egenerfaring. Av litteratur har jeg brukt pensumlitteratur, artikler og forskning som jeg har funnet på Bibsys og i de ulike databasene skolen har på sin nettside. Jeg har brukt bøker som omhandler Parkinson Sykdom, ernæring, geriatri, sykdomslære og klinisk sykepleie. Utav artikler og forskning har jeg valgt ut de som omhandler Parkinson Sykdom, ernæring og underernæring.

En sykepleiers mål er å sikre at alle pasienter får dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Forskning sier at norsk helsepersonell kan for lite om ernæring og hvilke tiltak som må settes i verk ved underernæring. Dette kan være en mulig medvirkende årsak til underernæring hos Parkinson's sykdom pasienter, og at ernæring nedprioriteres ofte i norske sykehjem.

Summary

Inadequate nutrition can be a problem for patients with Parkinson's disease, partly due to their chewing and swallowing problems (dysphagia), caused by the muscular stiffness and the reduced mobility, but also the fact that the patients may experience difficulties eating/ feeding themselves, and often need more help than they actually receive. Inadequate nutrition leads to malnutrition, which again may lead to a series of problems for the patients in terms of reduced quality of life.

Literature has shown that malnutrition is quite common in Norwegian nursing homes, and that nutrition is often downgraded. I have myself found that malnutrition is frequent in Parkinson's patients in nursing homes, and feel that knowledge about this topic is important, hence the choice of approach: *Which relief measures/actions can a nurse initiate in order to ensure adequate nutrition in malnourished patients with Parkinson's disease?*

In order to answer the question in the theses I have used literature study. I have also used some of my own experience. Of the literature I have used textbooks, articles and research that I have found on Bibsys and in the various databases on the school website. I have used books that deal with Parkinson's disease, nutrition, geriatrics, pathology and clinical nursing. Out of articles and research, I have chosen those that deal with Parkinson's disease, nutrition and malnutrition.

A nurse's goal is to ensure that all patient's basic need for food and drink is covered.

Research tells us that Norwegian health workers have inadequate knowledge about nutrition and measures needed to be implemented in cases of malnutrition. This could be a possible contributory cause of malnutrition in Parkinson's disease patients, and why malnutrition is being downgraded in Norwegian nursing homes.

1.0 Innledning

1.1 Innledning

I denne oppgaven skal jeg ta for meg ernæringsvansker hos pasienter med Parkinson Sykdom (PS). I tillegg til ernæringsvansker skal jeg også fokusere på underernæring hos denne pasientgruppen, og hvilke tiltak sykepleiere kan sette i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos en underernært pasient med Parkinson Sykdom. Mangelfull ernæring kan være et problem for pasienter med Parkinson, det skyldes delvis munntørrehet, tygge og svelg vansker (dysfagi), og delvis at pasienten mister motet og blir flau over sin senhet og lite delikate spisemåte. Med økende problemer med å få i seg mat og væske, kan pasientene lett bli underernærte om de ikke får hjelp (Karoliussen 2006, s. 478; Almås og Johansen 2007, s. 815).

1.2 Bakgrunn for valg av tema:

Parkinson sykdom er en nevrodegenerativ kronisk sykdom som langsomt, rammer både menn og kvinner, ung og gammel. Men det er mest vanlig at den rammer de eldre, mellom 50 og 70år. Med ordet degenerativ menes det at det er en sykdom som opphører/nedsetter funksjonen i celler, vev og organer. Og i Parkinson sykdom skjer det da tap utav nerveceller. Dette fører til at pasienter med denne sykdommen utvikler tremor, som er skjelvninger, rigiditet, som er muskelstivhet og akinesi/hypokinesi, som er mangel på bevegelse. (Karoliussen og Smebye 2000, s 475).

Ikke alle med Parkinson Sykdom har ernæringsproblemer, men det er ikke uvanlig. Mange med denne sykdommen har tygg og svelgproblemer som kommer utav muskelstivheten og den nedsatte bevegeligheten. Dette gjør det slik at en har nedsatt bevegelse i tungen og ikke klarer fordele maten rundt i munnen, musklene i leppene er gjerne påvirket slik at en ikke klarer å holde spyttet inne i munnen (Werdelin 2006, s 54). Tygg og svelgproblemene kan også skyldes munntørrehet som kan komme utav medikamentbruk, og også det at pasienten mister motet til å spise blant folk, grunnet sin senhet og ristinger som kan føre til en lite delikat spisemåte (Karoliussen og Smebye 2000, s 478). Tremor er også veldig energiforbrukende, og når inntak av energi er mindre enn det en bruker fører det til vekttap.

Underernæring kan for alvorlige konsekvenser for pasienters allmenntilstand og livskvalitet. Det kan virke inn på organer, redusere muskelmengde og styrke, som igjen hos en Parkinson pasient øker risikoen for fall. Det kan også bryte ned immunforsvaret til pasienten, slik at en er lettere disponert for infeksjoner, pneumoni og dårlig sårtilheling (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Grunnen til at jeg vil velge Parkinson Sykdom med fokus på underernæring som tema på denne oppgaven, er at jeg etter å ha lest litteratur, har vært i flere praksiser og har tidligere yrkeserfaringer, så har jeg sett at dette er et problem hos denne pasientgruppen og synes derfor at dette er viktig for en sykepleier å ha kunnskap om. Jeg har også selv erfart at å sette i verk ernæringstiltak, har ført til at en underernært pasient med Parkinson Sykdom la på seg flere kilo. Og på bakgrunn av dette, har jeg valgt følgende problemstilling;

1.3 Problemstilling og avgrensing av denne:

Hvilke tiltak kan sykepleier sette i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos underernærte pasienter med Parkinson Sykdom?

Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til eldre pasienter, uavhengig av kjønn i alderen 70år og oppover, boende på sykehjem. Pasientene har langtkommet Parkinson Sykdom, men kan klare seg litt selv i forflytning, stell og måltidssituasjoner med litt tilrettelegging og hjelp.

Jeg har valgt å fokusere på kartlegging av underernæring og tiltak som er rettet mot ernæring og svelgvansker (dysfagi), slik at en kan forbedre ernæringsstatusen hos en underernært pasient.

1.4 Begrepsavklaring

Eldre er personer som er 67 år eller mer. Definisjonen faller sammen med den norske pensjonsalder (Smebye 2000, s 16).

Underernæring menes med mangel på energi (kalorier). Verdens helseorganisasjon (WHO) har fastsatt grenseverdier for kroppsmasseindeks (KMI) hos voksne. Ved å regne ut KMI

slik: vekt i forhold til høyde, er lik vekten delt på kvadratet av høyden. For eksempel vil en person som måler 1,70 m og som veier 60 kg få KMI på: $60 : (1,7 \times 1,7) = 60 : 2,89 = 20,8$ kg/m². I følge WHO er en person undervektig om en har en KMI under 18.5 (Folkehelseinstituttet 2008).

1.5 Oppgavens oppbygging:

I teoridelen beskriver jeg sykdommen PS, symptomene og litt om ernæringsvansker og underernæring hos denne pasientgruppen. Jeg presenterer så litt om kartlegging av ernæringsstatus, diverse sykepleiertiltak og sykepleiers rolle ved pasienter med PS og underernæring.

I drøftingsdelen vil jeg svare på problemstillingen min, ved å drøfte teorien som jeg har funnet.

2.0 Fremgangsmåte

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (referert i Dalland 2007:81).

Oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at jeg bruker litteratur og tilegner med kunnskap om temaet jeg har valgt, som allerede finnes (Dalland 2007, s 106). Litteraturen som jeg kommer til å bruke er pensumlitteratur, bøker, artikler og forskning. Jeg har valgt å skrive en litterær oppgave fordi jeg vet det finnes mye litteratur, forskning og artikler om akkurat det temaet som jeg har valgt.

2.1 Hvordan jeg fant fram, databaser og søkeord:

For at jeg skulle finne frem til mest mulig relevant litteratur og få svar på det jeg spør om i oppgaven, har jeg brukt flere forskjellige søkeord i databasene som jeg har valgt å søke i (se vedlegg 1). Jeg brukte både norske og engelske søkeord for å komme frem til mest mulig relevant litteratur og forskning. Noen utav databasene som jeg har brukt, har jeg funnet på skolens nettside, men jeg har også nyttet norske nettsider som har forskning og artikler.

Databasene og nettstedene som jeg har brukt er; BIBSYS, Cochrane, Helsebiblioteket (Johanna Briggs), SveMed +, Sykepleien.no og Tidsskriftet.no. I tillegg til dette har jeg tatt kontakt med Norges Parkinsonforbund for å spørre etter statistikk på ca. hvor mange som lever med Parkinson Sykdom i Norge i dag, da jeg selv ikke har funnet noen svar på det, verken i litteratur eller forskning. Parkinsonforbundet svarte meg og sendte ved flere linker på studier og forskning som er gjort om bl.a. ernæring, dysfagi og parkinson sykdom. Det var flere utav dem jeg fikk tilsendt som er relevant for min oppgave.

2.2 Valg av litteratur og hvorfor:

Jeg har brukt lærebøker om eldre, sykdomslære og klinisk sykepleie for å friske opp i kunnskap om sykdommen og ulike problemstillinger i forhold til denne diagnosen. I tillegg har jeg brukt litteratur om ernæring og sykepleierens ernæringsbok for å se sammenhengen med PS og ernæringsproblemer. Ellers har jeg valgt å finne forskning og artikler om PS, ernæring, underernæring og tiltak som går på ernæring og forbedring av ernæringsstatus. Jeg har også funnet ett hefte utgitt av sosial- og helsedirektoratet, som tar for seg tiltak for forebygging og behandling av underernærte, ett hefte fra helsedirektoratet som er retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Den mest relevante artikkelen jeg har funnet, fant jeg på Helsebiblioteket.no og heter ”Effectiveness of interventions for undernourished older inpatients in the hospital setting” (Best Practice 2007). Artikkelen gir informasjon om hvilke tiltak som er effektive mot underernæring, og hvilke tiltak som bør gis til underernærte pasienter. En annen veldig relevant artikkel for min oppgave er den som heter “Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition”, skrevet utav Milne, Potter, Vivanti og Avenell (2009), hvor jeg også her har funnet mye om tiltak mot underernæring. “Parkinson’s Disease: Implications for Nutritional Care” er en artikkel utav Cushing, Traviss og Calne (2002). Denne har relevanse for min oppgave i og med at den tar opp Parkinson Sykdom og pleie til denne pasientgruppen. Noen norske artikler som jeg har brukt er ”Ernæring nedprioriteres ofte”, skrevet utav Aagaard (2005) og ”Underernæring er vanlig i sykehjem”, skrevet utav Martinsen og Rugås (2003). I disse artiklene får en vite hvordan ernæringsstatusen er på norske sykehjem i dag, og hva som kan forbedres.

Coates og Bakheit (1997) har skrevet en artikkel som forteller om dysfagi hos Parkinson Pasienter. Dette gjør også artikkelen til Bravo og Thomson (2008). Artikkelen til Håglin og Selander (2000) inneholder en del teori om kost til pasienter med Parkinson Sykdom. Den siste artikkelen som jeg har valgt å bruke er en artikkel som er skrevet utav Aagaard (2010). Det er en undersøkelse utført på norske sykehjem om kartlegging av mat og måltider. Denne artikkelen har gitt meg mye god informasjon til drøftingen min blant annet. Alt i alt er jeg ganske fornøyd med litteraturvalg og de artiklene som jeg har funnet, jeg føler at de har gitt meg mye god teori som jeg har hatt god nytte utav.

2.3 Kildekritikk:

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland 2007, s.64). Når jeg har søkt etter litteratur til oppgaven min, har jeg ikke hatt vansker med å finne nok teori, da det finnes svært mye teori om PS og underernæring. I pensumlitteratur har jeg funnet mye om sykepleier sin rolle til denne pasientgruppen, og pleietiltak mot underernæring osv. De fleste bøkene og litteraturen som jeg har funnet, er av nyere dato. Men det finnes også noe eldre, spesielt forskning og artikler som jeg har funnet, kan være utav eldre dato. Men jeg har valgt å bruke dette allikevel, da jeg mener de fortsatt er relevant i dag.

3.0 Teori

3.1 Parkinson Sykdom:

Rundt 8000 personer lever med Parkinson sykdom (PS) i Norge i dag (Holmsen 2001 s.6). Lidelsen forekommer hos ca 1,5 prosent i aldersgruppen 70-84 år og ca 2,6 prosent hos eldre over 85år. Lidelsen kan være vanskelig å diagnostisere og den er derfor underdiagnostisert hos eldre. En undersøkelse i norske sykehjem viste at 5 prosent hadde PS, og at 18 prosent utav disse ikke hadde diagnosen på forhånd (Nygaard 2006, s. 219). Det er noe som heter Parkinsonisme, dette er en samlebetegnelse for bevegelsesforstyrrelser som gir helt karakteristiske symptomer. PS er den mest vanlige årsaken til parkinsonisme (Dietrichs 2002, s. 414). Årsaken til PS er delvis ukjent, men den rammer evnen til å bruke musklene raskt og hensiktsmessig. I basalgangliene som ligger dypt inne i hjernen, er det samlet nerveceller. Disse har bl.a. som oppgave å forberede hjernebarken til å utføre

viljestyrte bevegelser. En viktig nervebane som bruker dopamin som transmittersubstans, går ifra den svarte substans (substantia nigra) i hjernestammen og opp til basalgangliene (Dietrichs 2002, s. 414). Som skrevet i innledningen er PS en neurodegenerativ sykdom. Dette fører da til at nervecellene i den svarte substans går tapt, og nervebanen forsvinner. Noe som gjør at det blir så stor mangel på dopamin i basalgangliene, og pasienten får symptomer. PS er ansvarlig for 70-80% av tilfellene utav parkinsonisme, noen sjeldne ganger er det andre sjeldne neurodegenerative sykdommer som har parkinsonisme som ett av symptomene (Dietrichs 2002, s. 414).

3.1.1 Symptomer på Parkinson Sykdom:

Det finnes mange symptomer som kan kjennetegne PS, men det er spesielt 4 symptomer som skiller seg ut som ”mest vanlig”.

Akinesi betyr mangel på bevegelser. **Bradykinesi** betyr langsomme bevegelser (Karoliussen 2006, s.476).. Pasienter som har disse symptomene har gjerne vansker med å starte, utføre og øke tempo ved bevegelser. En kan også bl.a. se nedsatt mimikk i ansiktet, stirrende blick, sjelden blinking, sikling som mest sannsynlig kommer utav sjelden svelging og svelgvansker (dysfagi).

Rigiditet betyr muskelstivhet. En ser den som oftest i ekstremiteter, men den kan også være tilstede i overkroppen. Stivheten kan begynne med en muskelgruppe og starter ofte som halvsidig (Karoliussen 2006, s. 476). Etter hvert som sykdommen utvikler seg sprer muskelstivheten seg til alle muskler, og kan føles som en jevn eller hakket motstand mot passive bevegelser. Rigiditeten i overkroppen gjør det slik at pasientene får en fremoverlutende holdning, gjerne med bøy i albuer, hofter og knær. Og gangen deres blir veldig subbene (Skaget Hjellset 2005).

Tremor betyr skjelving. Det er en hviletremor som blir bedre og kan opphøre kortvarig om pasienten utfører viljestyrte bevegelser. Hånd og fingerskjelvinger blir pilletrille lignende som et resultat av rytmiske bevegelser av tommel og første eller andre finger. Tremor er ikke tilstede under søvn, men forsterkes under psykisk påkjenning som ved tretthet og emosjonelt stress (Skaget Hjellset 2005).

Postural instabilitet er også ett av de mest vanlige symptomene til en PS pasient, dette betyr at de har svekket balanse (Skaget Hjellset 2005).

Det finnes mange flere symptomer, og det er vanlig at ikke alle symptomene er tilstede. Eldre pasienter med PS, får de samme fysiske symptomene som yngre pasienter, men de kan ha mer rigiditet og mindre tremor enn hva de yngre har. De kan også ha vanskeligere for å påbegynne bevegelser og ha større emosjonelle problemer enn de yngre. Men en viktig og stor forskjell ifra eldre og yngre PS pasienter er at den medisinske behandlingen tåles dårligere av de eldre. Medikamentdoseringene må derfor ofte være lavere, effekten blir mindre, men bivirkningene blir ofte større. En av bivirkningene er uklarhet hos pasientene som stiger til psykose, som i noen tilfeller kan bli forvekslet med aldersdemens (Karoliussen 2006, s.476).

3.1.2 Behandling av Parkinson Sykdom:

Det finnes i dag ingen effektiv behandling som kan hindre en person i å få PS, eller å stoppe sykdomsutviklingen hos en som allerede har fått diagnosen. Men det finnes en rekke behandlingsmuligheter som kan bedre symptomene (Dietrichs 2002, s. 415). Dopamin passerer ikke blod – hjerne -barrieren, derfor kan en ikke gi dopamin for å fylle opp manglene i basalgangliene. En bruker i stedet en levodopa, medikamentene Sinemet og Madopar, som blir omdannet til dopamin i nervecellene. Dette kan da føre til mindre symptomer hos pasienter med PS. Tidlig i sykdomsforløpet kan levodopa omtrent gjøre en pasient symptomfri, men etter hvert som sykdommen utvikler seg, blir behandlingen vanskeligere.

I tillegg til medikamentell behandling er også fysioterapi, ergoterapi og logopedi viktige behandlinger som kan hjelpe til å dempe symptomene og å opprettholde funksjonsnivået og egenomsorg hos pasienten så lenge som mulig (Almås & Johansen 2007, s.812).

3.2 Ernæringsvansker hos pasienter med Parkinson Sykdom:

Å ha en god ernæring og variert kost er viktig hos PS pasienter som alle andre. Det finnes ikke en spesiell diett for pasienter med PS. De trenger en velbalansert diett som består av tilstrekkelig energi og protein inntak for å forebygge vekt og muskeltap, tilstrekkelig mengde av fiber og væske for å forebygge obstipasjon og nok kalsium for å opprettholde den eksisterende beinoppbyggingen i kroppen (Cushing, Traviss og Calne 2002). Men

interessen for en diett med proteinreduksjon/restriksjon på dagtid har økt blant pasienter med PS. Siden visse aminosyrer konkurrerer med medisinen Levodopa i tarmen og i blod-hjerne barrieren, forbedres bevegelsene og den kognitive funksjonen hos en PS pasient ved å ha reduksjoner/restriksjoner på inntak av proteiner på dagtid. Men dette kostopplegget kan i midlertidig føre til vektnedgang, dårlig ernæringsstatus og gi kognitive forstyrrelser (Håglin og Selander 2000).

Mange PS pasienter har også tygg og svelg problemer (dysfagi), selv om de gjerne ikke selv opplever det slik. Muskelstivhet og nedsatt bevegelse kan føre til at svelgprosessen og bevegelse i tungen blir påvirket, og det blir dermed vanskelig for pasienten å få i seg mat skikkelig. Musklene i leppene kan også bli påvirket slik at pasienten ikke klarer å holde inne spytt og en slever. En kan også få nedsatt hosterefleks, som kan medføre at en svelger feil, og i verste fall kan det føre til at en utvikler pneumoni (lungebetennelse) (Werdelin 2006, s.54). Som skrevet i innledningen er det ikke alle PS pasienter som har problemer med ernæring, men det er ikke uvanlig. Sammensatt at de gjerne har tygg og svelgproblemer, skjelver i hendene, som gjør at det tar lang tid for pasienten å få i seg mat, gjør at de kan føle seg utilpass med å sitte i store forsamlinger å spise, grunnet deres kanskje lite appetittlige spisemåte, gjør at mange pasienter får nedsatt matlyst og da lett kan bli underernærte og dehydrerte (Werdelin 2006, s.55; Almås og Johansen 2007, s. 815).

3.2.1 Underernæring:

Underernæring og feilernæring er to begreper som ofte brukes om hverandre. Med underernæring menes mangel på energi (kalorier) (Sjøen og Thoresen 2003). I følge en undersøkelse utført av sykepleierstudenter ved Høgskolen i Buskerud høsten 2001, er underernæring vanlig på sykehjem (Martinsen og Rugås 2003). Tapet av muskel og knokkelmasse går fort hos pasienter med negativ energibalans som er inaktive/immobilisert. Det er derfor viktig å fokusere på det samlede energiinntaket hos småspisende og svekkede pasienter som gjerne har ernæringsvansker (Hansen 2008, s.92). For å øke energiinntaket bør en derfor gi energitett kost med lav metthetsfølelse, som samtidig er appetittvekkende (vedlegg 2). Høgskolestudentene i Buskerud startet et veieprosjekt våren 2002, der hensikten var å etablere systemiske rutiner som kan styrke kartleggingen og vurderingen av pasientenes ernæringsstilstand i sykehjem. Resultatet av den første veiingen ved et sykehjem viste at rundt 30 % utav 102 pasienter, var

normalvektig med en KMI på 24-28,9. 10 % var overvektig, 24 % var undervektig, og den laveste KMI verdien var 15,4, noe som viser underernæring. Risiko for underernæring ble registrert hos 34 % av alle pasientene (Martinsen og Rugås 2003). Årsaken til underernæring er som oftest sykdom, men i følge Guttormsen m.fl. (2009) er også manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet iblant helsepersonell i forhold til ernæringsstatus og behov for hjelp under måltider, en betydelig medvirkende faktor til negative forandringer i ernæringsstatus hos pasienter i institusjon. I artikkelen som Martinsen og Rugås (2003) har skrevet, kommer det frem at å innføre faste rutiner på å veie pasienter på sykehjem er svært viktig for å ha oversikt over ernæringsstatusen til pasientene, og for å unngå underernæring. Også i artikkelen til Aagaard (2005), kan en lese om at vekten til pasienter i sykehjem ikke blir kontrollert så ofte som den burde, og at underernæring derfor forekommer ofte. Det står også her at sykepleiere må bli flinkere til å kartlegge ernæringsstatusen til pasientene når de kommer til institusjon, ved å veie og måle pasienten, og følge opp jevnlig ved å bruke for eksempel ernæringsjournal.

3.3 Dysfagi:

Dysfagi er svelgproblemer som ofte er et alvorlig tegn på sykdom. Det forårsakes av flere årsaker, men ofte av lidelser i munn og svelg eller i spiserøret. Vanligvis opptrer dysfagi sent i sykdomsforløpet til PS pasienter, men det forekommer også tidlig, og kan være et tegn på begynnende sykdom (Coates og Bakheit 1997). I følge Coates og Bakheit's (1997) studie er det vanlig med dysfagi hos PS pasienter, med mer enn 80 % av pasientene han har undersøkt i studien. De fleste i undersøkelsen hadde mild dysfagi, som ikke hadde noe å si for ernæringsstatusen. Men Coates og Bakheit mener at en blanding av kronisk sykdom og hvor hardt en er rammet av dysfagi spiller en stor rolle for ernæringsstatusen hos disse pasientene. Dysfagi oppleves som at maten stopper opp i munnen og blir vanskelig å svelge. Om årsaken til svelgproblemene er nevrologisk, grunnet for eksempel PS, kan det være like vanskelig å svelge både flytende og fast føde. Hos eldre med dysfagi kreves det spesielt oppmerksomhet under måltider, så en kan forhindre at mat svelges feil og en kan utvikle aspirasjonspneumoni, som er en lungebetennelse forårsaket av mat eller mageinnhold som kommer i luftveiene (Karoliussen 2006, s.275; Karoliussen 2006, s. 334). Det som er hovedmålet med behandling av dysfagi er å opprettholde tilstrekkelig ernæring hos den pasienten som er belastet med svelgproblemer, og å prøve å unngå aspirasjonspneumoni (Bravo og Thomson 2008 s. 244)

3.4 Kartlegging:

For at en sykepleier skal kunne identifisere underernæring og vurdere om væske og ernæringsinntak er tilfredsstillende eller ikke, er det viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap og engasjement om temaet (Bjerkreim 2005, s. 148). En trenger å kartlegge ernæringsstatusen til pasienten, en må vite litt om pasientens sykdomshistorie, gjøre kliniske observasjoner, undersøke og snakke med pasienten selv, om måltidsvaner og kosthold. Og en bør bruke ett kartleggingsverktøy (Bjerkreim 2005, s 121). Det finnes flere typer kartleggingsverktøy, som datasamlingsguider, ernæringsjournaler, matkort og registreringskjema for mat og drikke. Mini Nutritional Assessment (MNA) er et kartleggingskjema som anbefales å bruke til eldre over 65år, og Ernæringsjournal er et kartleggingskjema som er publisert utav Helsedirektoratet og anbefales til bruk for å kartlegge ernæringsstatus i sykehjem (se vedlegg 3) (Guttormsen m.fl. 2009).

I Guttormsen m.fl. (2009, s 8) kan en lese at ”alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg”. Det henvises også til helsepersonelloven § 4 om plikt til forsvarlighet. At helsepersonell som yter helsehjelp har et helhetlig ansvar for pasienten, dette inkluderer ansvar for å gi pasienten ernæringsmessige tiltak og god omsorg (ibid). Dette menes da med at en skal bl.a. veie pasientene minst en gang i mnd og benytte kartleggingsverktøy for vurdering.

MNA kartleggingskjemaet vurderer matinntaket og pasientens fysiske funksjon opp mot vekt og høyde. Ut ifra dette blir det vurdert om pasienten er i fare for underernæring, eller er underernært ved å se på totalsummen av poeng fra skjemaet. Ernæringsjournalen ser på helheten av høyde, tidligere vekt, vekt ved innleggelse og registreringsdato og andre ernæringsrelaterte data som kan spille inn for at pasienten er underernært, som funksjonsnivå, nedsatt matlyst, tygg og svelgproblemer og trenger hjelp med å spise. Det blir også regnet ut KMI, og ut ifra denne blir det vurdert hvor underernært pasienten er (ibid). Når det gjelder personer over 65 år har en ikke noen referanseverdi i Norge som sier hvilke grenser som gjelder for undervektighet, men i følge Mowé, M 2002, Beck A. M og Ovesen L, (1998) i (Helsedirektoratet.no 2010) er det ønskelig at eldre mennesker har KMI

mellom 24 og 29, og at KMI under 22 er tegn på undervekt. Dersom en pasient er undervektig eller i risiko for å bli det, er det viktig at pasienten blir fulgt opp og at det blir satt i verk tiltak og en ernæringsplan som skal følges. Ernæringsstatus appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeevne, svelgvansker og evne til å spise selv, er viktige faktorer som må vurderes før en setter i verk en ernæringsplan og tiltak. En ernæringsplan skal inneholde pasientens energi og væskebehov, energi og væskeinntak, samt tiltak (Guttormsen m.fl. 2009). Det finnes flere metoder å regne ut en pasients behov for energi og væske. Men en tommelfingerregel som en kan bruke er 30kcal/kg kroppsvekt/dag for energibehov, 1 gram per kg kroppsvekt/dag for proteinbehov og 30ml/kg kroppsvekt/dag for væskebehov (Smedshaug 2009, s. 7).

I en landsomfattende tverrsnittsundersøkelse som ble utført i juni- august 2007 på landets sykehjem, deltok 570 utav 886 sykehjem i Norge. Bakgrunnen til denne undersøkelsen er at Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) vektlegger betydningen av mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet. Hensikten var å beskrive hvordan lederen av sykehjemmet vurderer maten som blir servert beboerne, antall måltider og tidspunkt for måltidene, og rutiner for å kvalitetssikre ernæringsarbeidet i sykehjemmet (Aagaard 2010). I undersøkelsen kan en lese om kartlegging av ernæringsstatus i norske sykehjem. Kun 15 prosent av sykehjemmene hadde skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus, 43 prosent svarte at de ikke var en standard prosedyre å veie beboerne ved innskrivning, og 30 prosent svarte at de heller ikke hadde rutiner for veiing. I undersøkelsen kom det også frem at 68 prosent registrerer vekten til pasientene om det er mistanke om at det er dårlig ernæring og matinntaket er lite. Bare 4 prosent utav sykehjemmene i undersøkelsen regnet ut beboernes KMI, og på 76 prosent av sykehjemmene hadde hver avdeling sin egen vekt (ibid).

3.5 Tiltak:

En sykepleiers mål er å sikre at alle pasienter får dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Ved underernæring er en sykepleiers handling å sette i verk tiltak som stimulerer appetitten hos pasienter som har nedsatt matlyst, tiltak som hjelper pasienten å få i seg mat, enten ved tilrettelegging av måltider eller hjelp under måltidene. Eller sette i verk tiltak som gjør slik at væske og næringstilførsel blir tilstrekkelig (Bjerkreim 2005, s.141). For at en

skal sette i verk gode tiltak er det et viktig grunnlag at en har gjort en god kartlegging utav pasientens ernæringsstatus og behov. Når en har fått disse opplysningene og en ser at pasienten er underernært og trenger oppfølging, lager sykepleier en ernæringsplan sammen med en ernæringsfysiolog, lege og pasienten selv om det er mulig. Sammen setter de et mål for behandlingen, for eksempel vektøkning. I planen skal det også komme frem når en starter opp behandlingen, opptrapping, oppfølging og avslutning av behandlingen (Guttormsen m.fl.2009, s. 19).

Tiltak mot underernæring må vurderes etter hvilke behov pasienten har. Noen ganger er det enkle tiltak som skal til for at pasienten øker i vekt. Spisesituasjon og matomsorg er viktig for trivsel og god matlyst, et hyggelig rom med pent dekket bord, frisk luft og at pasienten selv kan være med å bestemme en meny som tilfredsstillter pasientens behov og ønsker, kan bidra til å øke nedsatt appetitt (Bjerkreim 2005, s. 148). Pasienter med PS som har mye tremor og rigiditet klarer gjerne ikke alltid seg selv i måltidssituasjoner, og trenger derfor hjelp ifra pleiepersonell. Under mating må sykepleier ha som mål at pasienten skal bevare mest mulig utav sin selvstendighet i måltidssituasjon som mulig, og det er derfor viktig at pasienten får gjøre det hun/han selv kan, og sykepleier hjelper til med å for eksempel tilrettelegge måltidet, eller sitter ved pasientens side og hjelper ved behov. Også stillingen pasienten sitter eller ligger i er viktig når en skal spise, med tanke på dysfagi og svelgproblemer, og lett for å svelge feil.(Bjerkreim 2005, s. 151).

Ernæringstiltak som kan hjelpe en PS pasient med svelgvansker, er å få spesialtilpasset kost. En kan da for eksempel få maten som findelt/finmost eller som geleringskost. Findelt/finmost kost er helst vanlig når pasienten ikke klarer å tygge maten selv. Om pasienten har svelgproblemer er det vanlig å tilby geleringskost, som er lettere å svelge, uten at det skal sette seg i halsen eller luftveiene (Bjerkreim 2005, s. 142).

PS pasienter som er underernærte bør få energi og næringstett kost, slik som andre underernærte. Dette er en kost som har høyere innhold av fett enn vanlig kost. I tillegg til energi og næringstett kost bør de også få servert tette måltid, 5-6 små måltider for dagen. For å finne ut om kosten en tilbyr pasienten er næringstett, må en registrere hvert måltid, og regne ut innhold av fett og proteiner. Det er også mulig ved enkelte sykehjem å samarbeide med kjøkkenet på sykehjemmet om at de lager spesialkost til hvert behov. Statens ernæringsråd (1995) (i Bjerkreim 2005) anbefaler at energi og næringstett kost skal bestå

utav 15-20 prosent proteiner, 35 prosent eller mer, fett og 53-55 prosent karbohydrater. I tillegg til dette bør det også suppleres med ernæringstilskudd ved behov, for eksempel pulver som kan blandes ut i melk eller matretter, industriframstilte næringsdrikker, som finnes i flere ulike typer og smaker. I noen tilfeller er sondenæring også et godt supplement for de som ikke kan svelge mat. Sondenæring er flytende næring som føres direkte ned i magen eller tynntarmen gjennom en sonde (Bjerkreim 2005, s. 148).

I Best Practice (2007) sin artikkel kan en lese om underernærte eldre pasienter, som er innlagt på sykehus. I artikkelen blir det skrevet om sykepleiers rolle ved underernærte pasienter, og hvilke effektive tiltak som kan være nyttig å sette i verk. Resultatet i artikkelen viser at tiltak som ernæringstilskudd i form av for eksempel næringsdrikke eller næringsdessert, har god effekt på vekten til underernærte eldre pasienter. Videre har sondeernæring, i form av nasalsonde, i tillegg til vanlig kost, god effekt. Forandring i menyen som blir tilbudt, mer helsepersonell som kan hjelpe til under måltider og følge opp at retningslinjer for god ernæring blir overholdt, er også tiltak som kan settes i verk for å bedre ernæringsstatusen hos underernærte. Milne, Potter, Vivanti og Avenell (2009) forteller i sin artikkel om forsøk på tillegg av protein og energi kost har innvirkning på eldre som er i risikozonen for å bli underernært. En kan også her lese at orale næringstilskudd er bedre enn for eksempel nasalsonde i form av sikkerhet og administrasjon ved behandling hos eldre.

4.0 Hvilke tiltak kan sykepleier sette i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos underernærte pasienter med Parkinson Sykdom?

4.1 Kartlegging av underernæring:

En sykepleiers mål er bl.a. å sikre at alle pasienter får dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke (Bjerkreim 2005 s. 141). For å sikre seg dette, er det som skrevet før, viktig at sykepleier har god nok informasjon om pasientenes ernæringsbehov, ønsker og vaner. Det er derfor svært viktig at det finnes gode rutiner og prosedyrer for kartlegging utav

pasienter, både ved innkomst til institusjon og under oppholdet. Å kartlegge pasientens ernæringsstatus ved å for eksempel observere pasienten i måltidssituasjoner, for å se hva pasienten spiser, hvor mye, og hvordan pasienten selv klarer seg i måltidssituasjon, før matliste/drikkeliste for å ha kontroll på inntaket til pasienten eller ved å ha en samtale med pasienten selv, kan en få utfyllende svar på ernæringsstatusen. Ufordringene som kan oppstå under en samtale med en pasient om ens kostvaner, er at pasienten sier noe helt annet enn det som er fakta. Av egen erfaring har jeg merket at flere eldre føler de er til bry, og vil ikke hefte pleiere mer enn nødvendig i en hektisk hverdag. Derfor kan gjerne en eldre som trenger hjelp med ernæring og har vansker med å klare seg selv i måltidssituasjoner, si at hun klarer seg helt fint, og ikke trenger noe hjelp. Derfor vil jeg tro at om det er mistanke om underernæring, eller fare for underernæring hos en pasient, at det er bedre å gjøre gode observasjoner utav pasienten under måltid og selv se hvilke behov pasienten har for hjelp, og iverksette tiltak ut ifra dette i samråd med pasienten selv.

For at en skal få et helhetlig syn på ernæringsstatusen til pasientene, må en i tillegg til det som er nevnt over også veie og måle høyde til pasienten, slik at en kan regne ut KMI. I artikkelen til Aagaard (2010) kan en lese at nesten halvparten utav de som deltok i undersøkelsen ikke har det som prosedyre å veie pasientene ved innleggelse i sykehjem. Og 30 prosent svarte at det heller ikke var rutine for regelmessig veiing, men at vekt ble registrert om det var mistanke for underernæring hos beboerne. Jeg har selv erfart i både praksis og på egen arbeidsplass at veiing av pasienter i sykehjem er noe som ikke blir prioritert. I en praksis jeg var i, hadde jeg en pasient som var svært tynn og spiste svært lite. Jeg spurte pleierne om de visste hvor mye denne pasienten veide, hvor jeg fikk til svar at; ”det vet vi faktisk ikke, det er vel en stund siden hun er blitt veid nå”. Dette underbygger artikkelen til Aagaard (2005), at ernæring nedprioriteres ofte i institusjoner. Årsakene til at ernæring nedprioriteres tror jeg kan være at det mangler prosedyrer på dette, og at pleiepersonell kanskje ikke kan nok om ernæring og konsekvensene av underernæring. Aagaard (2005) mener at også uklarheter angående fordeling av arbeidsoppgaver som angår ernæring, og at gjerne sykepleiere, leger og for eksempel ernæringsfysiolog samarbeider for dårlig.

4.2 Tiltak mot underernæring:

Pasienter med PS, som ikke er vant med å bo i institusjon synes gjerne det er ubehagelig å spise i fellesskap med de andre pasientene, grunnet for eksempel sleving og grising når de spiser. Det kan derfor føre til at pasienten ikke tør å spise, eller spiser mindre enn ønsket. Et enkelt tiltak som pasienten da gjerne setter pris på, er å la pasienten sitte på sitt eget rom under måltidene, der føler de seg gjerne mer vel og kan spise i fred, uten å føle at de får blikk ifra andre. Pleierne bør se inn til pasienten å tilby hjelp om de ser at pasienten strever. PS pasienter har det gjerne litt vanskelig med å spise selv, fordi de rister og har muskelstivheter. Ved at sykepleier eller annet pleiepersonale hjelper til med å mate pasienten, eller tilrettelegge måltidet for at pasienten kan klare å spise selv vil det lette måltidssituasjonen for pasienten, og hun vil kunne få i seg mer næring enn om hun skulle spist selv. Visst sykepleier samarbeider mer en ergoterapeut om måltidssituasjoner, så kan ergoterapeut se hvilke hjelpemidler en PS pasient kan trenge. Dette kan være tyngre bestikk som kan minske skjelvinger under måltidet, og tyngre kopper som ikke bør skjenkes mer enn halvfulle, slik at varm drikke ikke svulpes over grunnet skjelvingene, og tallerken ring, som blir en ekstra forhøyet kant på tallerken, slik at maten ikke faller ut forbi tallerkenen (Almås og Johansen 2007, s.815).

Nærings supplement i form av drikke, pulver eller juice er noe Bjerkreim (2005) mener underernærte pasienter bør få ved behov. Dette kan en også lese i Best Practice (2007) sin artikkel, at nærings supplement i form av drikker, pulver og desserter er med på å fremme vektøkning hos underernærte eldre pasienter. Det en må tenke på når en skal servere nærings supplement, er at en må gi smaker som pasienten liker, at drikken er i rett konsistens for pasienten, og være flink å tilby å motivere til å drikke. I min yrkeserfaring har jeg flere ganger oppdaget at næringsdrikker er blitt satt frem pasienten for at de selv skal drikke det. Men i de fleste tilfeller blir det kun drukket der og da, så blir det glemt. Det er derfor viktig å kanskje servere litt og litt, slik at pasienten ikke føler det blir for mye, noen pasienter mister matlyst og mot til innta næring om det blir for mye som blir satt fremfor dem, og PS pasienter har gjerne vansker med å selv få i seg drikken. Dette er også noe Best Practice (2007) poengterer i sin artikkel, og også det at temperaturen på drikkene som blir satt frem må være riktig, da noen drikker skal serveres kalde, og gjerne smaker dårlig rom temperert. Av egen erfaring har jeg også sett at å lage en ”paraply-drink” utav

næringsdrikk og pynte med friske frukter kan hjelpe veldig på motivasjonen til å innta drikken.

Som nevnt tidligere er energi- og næringstett kost noe som er viktig for underernærte pasienter. Men også det å få tilbudt tette og små måltider fordelt utover dagen er veldig lønnsomt. Utfordringene her kommer på bemanningen ved institusjonen. En hører stadig vekk at sykehjem og institusjoner er så dårlig bemannet, at det alltid er behov for mer personale. Av erfaring kan jeg si meg enig med dette, og spesielt at sykepleiere har mye ansvar, særlig i helgene, da det gjerne er bare en sykepleier som har ansvar for et helt sykehjem. Løsningen på at pasienter som trenger hyppige måltider og næringssupplement, utover det som er fastsatt i sykehjemmet, tror jeg må være at det blir laget skikkelige prosedyrer for hvert enkelt tilfelle, og at pleiepersonalet på sykehjemmet får god nok informasjon og tilegner seg god nok kunnskap om viktigheten med å utføre ernæringstiltak hos underernærte pasienter. I Aagaard (2010) sin undersøkelse kommer det frem at 80 prosent av de som svarte, mener at personalet ved sykehjemmet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid, fortrinnsvis i kunnskap om kosthold, beregninger av ernæringsbehov til eldre og syke og hvilke tiltak som må settes i verk mot underernæring og pasienter i risiko for underernæring. Nasjonalt råd for ernæring (2006) mener i sine tiltak for å forebygge underernæring, at rammeplaner og fagplaner i sykepleierutdanningen og annet relevant helsepersonell, bør styrkes og vektlegge ernæringsproblematikken bedre.

At flere PS pasienter velger å redusere protein inntaket i kosten på dagtid, slik at medisinen deres virker optimalt, og de gjerne får mindre symptomer er blitt omtalt i Håglin og Selander (2000). Protein er kroppens byggestein, og er nødvendig for normal cellevekst og andre viktige kroppsfunksjoner (Bjerkreim 2005, s. 119). Når en pasient velger å kutte ned på en av kroppens viktigste næringsstoffer, og i tillegg er underernært bør en ha samtale med pasienten, og gjerne samarbeide med en ernæringsfysiolog eller kostholdsveileder som kan veilede pasienten til hva som er best for vedkommende.

4.3 Tiltak mot dysfagi:

I følge Coates og Bakheit (1997) er det flere PS pasienter som ikke kategoriserer seg selv som en som har svelgproblemer, og flere er ikke klar over at de har svelgproblemer. Disse

pasientene bør få informasjon om hva konsekvensene av dysfagi kan føre til, bl.a. aspirasjonspneumoni, dårlig ernæringsstilstand, som igjen kan føre til dårlig immunforsvar og dårlig sårtilheling osv (Bjerkreim 2005, s. 137). For en sykepleier som jobber med PS pasienter som er rammet av dysfagi er det viktig at sykepleieren også har kunnskap om dysfagi, og gjerne samarbeider med en logoped om hvordan lette måltidssituasjoner for pasientene. Dette kan være å sitte i riktig stilling å spise, for at maten skal synke riktig, bruke tykningsmiddel i tyntflytende væsker, da disse lett fører til at pasienter med svelgproblemer svelger feil, ta små slurker av drikke og små biter/mengder med mat om gangen, og legge måltidet til rette slik at pasienten ikke blir stresset, da det gjerne er lett for å svelge vrangt (Bravo og Thomson 2008, s. 246-248). I følge Cushing m.fl. (2002) er dysfagi relatert aspirasjon en kjent årsak til død hos PS pasienter (Cushing m.fl. 2002, s. 84). Jeg mener derfor at det er svært viktig at sykepleiere og annet helsepersonell forstår viktigheten med å utføre tiltakene som er satt i verk hos en PS pasient med dysfagi, da det lett kan føre til døden om de svelger skikkelig vrangt. Det er derfor også en fordel om pleiepersonalet kan Heimlich manøver, som er en metode for å fjerne fremmedlegeme i luftveiene. Metoden går ut på at en holder personen som har satt noe fast i luftveiene bakfra, presser hardt i mellomgulvet som et hostestøt, for å få ut det som sitter fast (Cushing m.fl. 2002, s 84).

PS pasienter som er underernærte og i tillegg har dysfagi, må få tilbudt spesialkost som er tilrettelagt for deres behov. Finmost mat eller geleringskost er det beste, da det blir lettest å svelge. Det som er et minus som jeg har erfart med for eksempel finmost mat, er at pasientene synes at det ikke ser appetittlig ut, og mister derfor matlyst. Jeg har selv sett at pleiere har blandet poteter, grønnsaker, kjøttkaker og saus i en og samme bolle, most det og servert pasientene, for ”det skal jo samme veien, det blandes i munnen”. Hvem vil ha servert noe som ser helt uappetittlig ut? I følge Bjerkreim (2005) har sykepleieren ansvar for å servere pasienter mat og drikke på en delikat og appetittlig måte. Om en moser maten hver for seg og danderer det fint på tallerken, slik at for eksempel gulrot har sin fine friske farge, og de andre matvarene likeså, så ser maten mye mer appetittlig ut, og pasienten klarer gjerne å spise dette uten å miste matlyst.

5.0 Styrke og svakhet:

En sterk side ved min oppgave er at jeg har valgt en problemstilling og tema som er veldig viktig for en sykepleier å ha kunnskap om. Temaet i min problemstilling er et veldig vanlig problem rundt på norske sykehjem, som ikke alltid blir oppdaget, før det er gått for langt.

Dette førte til at jeg valgte min problemstilling som jeg gjorde, da jeg vil få frem viktigheten med å ha tilstrekkelig kunnskap om ernæring.

En annen sterk side er at jeg selv har erfart at temaet i oppgaven er et stort problem, og derfor kan jeg knytte teori og praksis sammen.

En svakhet med oppgaven min kan være at det finnes så utrolig mange tiltak som kan settes i verk for å få svar på problemstillingen min, men grunnet plass har jeg valgt å fokusere på de tiltakene som jeg synes er viktigst å ta med og som jeg har funnet forskning og litteratur på at er effektive.

En annen styrke i oppgaven er at jeg i søkeprosessen har funnet mye forskjellig litteratur, artikler og forskning om mitt tema. Dette gjør at jeg får god og relevant kunnskap fra flere hold, og har fått sett hva de forskjellige forfatterne mener om samme tema.

En annen svakhet i oppgaven kan være at jeg noen steder har brukt sekundærlitteratur som jeg ikke har funnet primærkilden til, noe som kan føre til at deler utav litteraturen er blitt fortolket og skrevet om, slik at teorien kan misforstås og brukes feil.

Noe som også kan være en svakhet med oppgaven er at jeg føler at jeg kanskje kunne brukt andre søkeord, flere søkeord og gjerne andre databaser for å finne flere aktuelle og relevante forskninger til oppgaven. Selv om jeg er fornøyd med dem jeg har funnet.

En siste styrke i oppgaven min må være at jeg synes den er oversiktlig og lett å lese. Jeg har valgt å dele inn drøftingen i flere underpunkter for å drøfte hvert enkelt tiltak, og også for at det ikke skulle bli uoversiktlig å lese.

6.0 Konklusjon:

Jeg har nå sett på hvordan en sykepleier arbeider for å kartlegge ernæringsstatusen hos pasienter generelt, på en god og riktig måte. Og drøftet hvilke utfordringer en kan møte, som kan føre til at det blir gjort dårlig eller feil kartlegging. Jeg har også sett på hvilke ulike tiltak som er effektiv ved underernæring, som sykepleier kan sette i verk for å bedre ernæringstilstanden hos en underernært pasient med PS. Jeg har under dette temaet fokusert på tiltak i form av ernærings supplement, hjelp i måltidssituasjoner og viktigheten med at pleiepersonell har god kunnskap om ernæring når de jobber med underernærte pasienter.

Jeg har med hjelp av forskning, teori og egen erfaring, kommet frem til flere ulike tiltak som kan settes i verk for å sikre tilfredsstillende ernæring hos en underernært pasient med PS. Ved at en PS pasient blant annet får hjelp under måltidene, dersom vedkommende trenger det, blir skjermet for andre under måltider om de ønsker det, at måltider blir tilrettelagt for at pasienten selv kan klare å spise, å få hyppige og små måltider fordelt utover dagen, og næringsdrikker i tillegg til vanlig kost, kan dette føre til en vektøkning hos en underernært pasient med PS. At sykepleiere og annet pleiepersonale også veier en underernært pasient regelmessig, for å fange opp positive eller negative forandringer i vekten er viktig.

Av teori og forskning som jeg har brukt i oppgaven har det kommet frem at sykepleiere og annet helsepersonell føler de har for lite kunnskap om ernæring og hvilke tiltak som kan settes i verk for underernærte pasienter. Jeg har også fått vite at flere sykehjem har for dårlige prosedyrer og rutiner på veiing av pasienter, og at det kan være en mulig årsak til at underernæring er vanlig i sykehjem. Ved at sykepleier, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og ernæringsfysiolog samarbeider om å sette i verk tiltak for en underernært PS pasient, og skriver prosedyrer og retningslinjer som blir passet på at blir fulgt opp, kan dette bidra til å fremme vektøkning.

Litteraturliste

Almås, Hallbjørg og Eldbjørg R. Johansen (2007) ”Sykepleie til pasienter med nevrologiske sykdommer” (Kapittel 35, s. 802- 838). I: Hallbjørg Almås (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Best Practice (2007) ”Effectiveness of interventions for undernourished older inpatients in the hospital setting”. Johanna Briggs Institute [Online]. Web-adresse:
<http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdlink?RQT=309&Fmt=7&did=1442435451&SrchMode=10&VName=PQD&VType=PQD&VInst=PROD&&TS=1271700254&clientId=70873> [26 mars 2010].

Bjerkreim, Torhild (2005) ”Væske og ernæring” (Kapittel 11, s 117- 159). I: Nina J. Kristoffersen mfl. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bondevik, M; Nygaard, H.A. (2006). *Tverrfaglig geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bravo, Patti B og Jeanne Thomson (2008) ”When it’s a hard act to swallow” I: *Home healthcare nurse* Vol. 26. Nr. 4. s.244-250.

Coates, C og Bakheit, A.M.O (1997). ”Dysphagia in Parkinson’s Disease” I: *European Neurology* nr 38, s. 49-52.

Cushing, Meredith, Traviss, Karol og Calne, Susan (2002) ”Parkinson’s Disease: Implications for Nutritional Care” I: *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* Vol. 63, nr 2, s 81-87.

Dalland, Olav (2005) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dietrichs, Espen (2002) "Nevrologiske sykdommer" (Kapittel 13, s 406- 431). I: Dag Jacobsen m.fl (red.) *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet- Kunnskap for folkets helse (2008). "Kroppsmasseindeks (KMI) og helse". [Online]. Web-adresse:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2690:1:0:0:::0:0 [18 februar 2010].

Guttormsen, Anne Berit, Anne Hensrud, Øivind Irtun, Morten Mowé, Liv W, Sørbye, Lene Thoresen, Henriette Øien, Johanne Alhaug og Guro B, Smedshaug (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hansen, Mette (2008) "Ernæring og trening" (Kapittel 7, s 87- 96). I: Nina Beyer; Hans Lund & Klaus Klinge (red.) *Træning- i forebyggelse, behandling og rehabilitering*. København: Munksgaard Danmark.

Helsedirektoratet (2010) "Ernæringsjournal". [Online]. Web-adresse:

Http://helsedirektoratet.no/ernaering/servering/helseinstitusjoner/ern_ringsjournalen_44874 [17 mars 2010].

Holmsen,Robert S (2001) *Parkinsons sykdom- Kostholdets betydning*. Oslo: Norges Parkinsonforbund.

Håglin,L og Selander, B (2000) "Kost vid Parkinsons sjukdom" I: *Tidsskrift for Den norske legeförening* Nr 5, 120:576-8.

Karoliussen, Mette (2006) "Aktivitet og hvile" (Kapittel 9, s 438- 526). I: Mette Karoliussen & Karl L. Smebye (red.) *Eldre, aldring og sykepleie*.6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karoliussen, Mette (2006) "Ernæring" (Kapittel 6, s 304- 361). I: Mette Karoliussen & Karl L. Smebye (red.) *Eldre, aldring og sykepleie*.6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karoliussen, Mette (2006) ”Respirasjon og sirkulasjon” (Kapittel 5, s 254- 301). I: Mette Karoliussen & Karl L. Smebye (red.) *Eldre, aldring og sykepleie*.6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen,Kari og Rugås, Liv (2003). ”Underernæring er vanlig i sykehjem” I: *Sykepleien* 2003, nr 91 (6) s. 34-37.

Milne, AC, Potter, J, Vivanti, A og Avenell, A (2009) “Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition” The Cochrane Collaboration.[Online.] Web-adresse:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003288/frame.html> [05. mars 2010].

Nasjonalt råd for ernæring. (2006). *Når matinntaket blir for lite.. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.*

Nygaard, Harald A (2006) ”Instabilitet og fall” (Kapittel 16, s 209- 228). I: Margareth Bondevik og Harald A. Nygaard (red.) *Tverrfaglig Geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Sjøen, Rolf J og Thoresen,Lene (2003) *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skaget Hjellset; R (2005). *Parkinsons sykdom -Forståelsen av Parkinsons sykdom og sykepleietiltak -en del av behandlingen*. Molde.

Smedshaug, Guro B (2009) ”Ernæring til eldre – med bakgrunn i nye nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring” I: *Geriatrisk Sykepleie* Nr. 3. s. 6-10.

Werdelin; L (red) (2006). *Parkinsons sykdom -en bog for patienter, pårørende og behandlere*. København: Munksgaard Danmark

Westergren, Albert (2003) *Svårigheter att äta*. Sverige: Författarna och Studentlitteratur.

Aagaard,Heidi (2005) ”Ernæring nedprioriteres ofte” I: *Sykepleien* Nr 93 (17) s. 68-69.

Aagaard,Heidi (2010) ”Mat og måltider i sykehjem - en nasjonal kartleggingsundersøkelse.” I: *Sykepleien Forskning* Nr 1 (5) s. 36- 43.

| | Bibsys | SveMed | Helsebiblioteket/Johanna Briggs | Tidsskriftet.no | Cochrane | Sykepleien | |
|-----------------------|--------|--------|---------------------------------|-----------------|----------|------------|--|
| Parkinson Sykdom | 23 | | | | | | |
| Ernæring og Parkinson | 3 | | | | | | |
| Parkinson | | 387 | | 40 | | | |
| Ernæring | | | | | | 2 | |
| Underernæring | | 16 | | | | | |
| Malnutrition | | | | | 148 | | |
| Dysphagia | | | 1 | | 69 | | |
| Dysphagia, Parkinson | | | | | 1 | | |

| | | | |
|------------|-----------|------------|------------|
| Etternavn: | Fornavn: | Kjønn: | Dato: |
| Alder: | Vekt, kg: | Høyde, cm: | ID-nummer: |

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

| Vurdering, del I | |
|---|---|
| A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? | |
| 0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt | <input type="checkbox"/> |
| B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene | |
| 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap | <input type="checkbox"/> |
| C Mobilitet | |
| 0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute | <input type="checkbox"/> |
| D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene | |
| 0 = ja 2 = nei | <input type="checkbox"/> |
| E Neuropsykologiske lidelser | |
| 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser | <input type="checkbox"/> |
| F Kroppsmasseindeks (KMI) (vekt kg) / (høyde x høyde) | |
| 0 = KMI mindre enn 19 1 = KMI 19 til mindre enn 21 2 = KMI 21 til mindre enn 23 3 = KMI 23 eller større | <input type="checkbox"/> |
| Undersøkelsespoengsum vurdering, del I (sumtotal maks. 14 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12 poeng eller mer: Normal - ikke i faresonen - ikke nødvendig å gjennomføre vurderingen, del II | |
| 11 poeng eller mindre: mulig underernæring - fullfør vurderingen, del II | |
| Vurdering, del II | |
| G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) | |
| 1 = ja 0 = nei | <input type="checkbox"/> |
| H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag | |
| 0 = ja 1 = nei | <input type="checkbox"/> |
| I Trykksår eller hudsår | |
| 0 = ja 1 = nei | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag? | |
| 0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider | <input type="checkbox"/> |
| K Utvalgte markører for proteininntak | |
| • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag | ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> |
| • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke | ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> |
| • Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag | ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> |
| 0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? | |
| 1 = ja 0 = nei | <input type="checkbox"/> |
| M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? | |
| 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| N Matinntak | |
| 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter | <input type="checkbox"/> |
| O Eget syn på ernæringsmessig status | |
| 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært | <input type="checkbox"/> |
| P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsetilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? | |
| 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = like bra 2.0 = bedre | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Q Overarmens omkrets (OO) i cm | |
| 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| R Leggomkrets (LO) i cm | |
| 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Vurdering, del II (maks. 16 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Undersøkelsespoengsum, vurdering, del I | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| Totalvurdering, del I + del II (maks. 30 poeng) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |

Gradering av underernæringsstilstand

17 til 23.5 poeng i fare for underernæring

Mindre enn 17 poeng underernært

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information : www.mna-elderly.com

Ernæringsjournal

1. Høyde

målt liggende målt stående m dato:

2. Vekt og vektutvikling

- Tidligere vekt:kg mnd/år :
- Vekt ved innleggelse:kg dato:
- Vekt ved registrering:kg dato:

- Vekttap/vektøkningkg..... % over antall mndr/år.....
(se nærmere veiledning på baksiden)

Vekt skal videre kontrolleres 1 g/uke i sykehus og 1g/mnd i sykehjem, og vektendringer skal bedømmes. Pasienter i sykehjem som har ernæringsproblemer /dårlig ernæringsstatus skal veies 1g/uke.

3. Kroppsmasseindex KMI (=BMI)

(se veiledning for utregning på baksiden)

4. Andre ernæringsrelaterte data (kryss av og skriv anmerkninger)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • Nedsatt matlyst | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Tannproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Tygge/svelgeproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Munnsårhet/munntørrhet | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Kvalme/oppkast | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Forstoppelse/diaré | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Ødemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Gripe/bevegelsesproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Trenger hjelp til å spise | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |
| • Synsproblemer | ja <input type="checkbox"/> | nei <input type="checkbox"/> |

Anmerkninger (se baksiden)

.....

.....

.....

5. Vurdering (se baksiden):

.....

.....

.....

.....

Veiledning til utfylling av Ernæringsjournalen

1. Høyde måles inntil en vegg eller med målebånd i seng langs ryggraden. Vær oppmerksom på at aldringsprosessen medfører lengdereduksjon.

2. Vekt skal alltid registreres ved innleggelse.

Spør også om tidligere vekt og om mulig kartlegg evt vekttap siste 2 – 6 mnd før innleggelse. Vektregistrering skal foretas før frokost, fortrinnsvis uten tøy (kun undertøy/nattøy) og etter at blæren er tømt. Pålitelige data forutsetter standardiserte betingelser og evt. avvik må anmerkes.

Vekttap i forhold til siste vektregistrering angis i %.

Prosentberegning av vektendring:

$$\frac{\text{Vektendring i kg (mellom siste og tidligere/siste veiing)} \times 100}{\text{Tidligere vekt (kg)}} = \% \text{ vekttap/ vektøkning}$$

3. KMI (=BMI) er et relativt mål for forholdet mellom høyde og vekt. Bruk kalkulator. Utrekning av KMI:

$$\frac{\text{Vekt (kg)}}{\text{Høyde}^2 \text{ (angitt i meter)}} = \text{KMI}$$

$$\frac{60 \text{ kg}}{1,68 \text{ m} \times 1,68 \text{ m}} = \text{KMI ca 21}$$

WHO's referanseverdier for KMI hos voksne (15 – 65 år)

| | |
|-------------|--------------------|
| undervekt: | Under 18,5 |
| normalvekt: | Mellom 18,5 – 24,9 |
| overvekt: | Mellom 25,0 – 29,9 |
| fedme: | Over 30 |

Når det gjelder personer over 65 år, har vi i Norge ingen andre referanseverdier. Studier viser imidlertid at KMI-verdien for eldre personer bør være høyere, og det er foreslått at normalverdien på KMI bør være 24 – 29, og at KMI under 22 som tegn på undervekt. (Mowe M. 2002, Beck A.M., Ovesen L, 1998)

4. Andre ernæringsrelaterte data. Under anmerkninger tilføyes tilleggsopplysninger som kan ha innvirkning på matinntak / ernæringsstilstand som for eksempel kognitiv svikt, feber, tretthet, slapphet eller tungpustethet under måltider, tydelige tegn på underernæring som magerhet, tynn/tørr hud, svimmelhet.

5. Vurdering

De registrerte opplysninger må vurderes og ende i en bedømmelse av ernæringsstatus:

- **God ernæringsstatus** forutsetter indikatorer som vanlig matinntak, normal KMI, manglende vekttap og ingen kliniske tegn på over- / underernæring.
- **Risiko for underernæring** kan være til stede ved en eller flere av følgende indikatorer: redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap på inntil 5% siste 2 måneder eller inntil 10% de siste 6 måneder, ett eller flere ernæringsrelaterte problemer, se pkt 4.
- **Alvorlig underernæring** forutsetter redusert matinntak, KMI under 18,5 hos voksne / under 22 hos eldre, vekttap over 5% de siste 2 måneder eller over 10% de siste 6 måneder og synlige kliniske tegn på underernæring.