

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Marit Henriette Lund og Lene Marita Silkoset Tilley

Veileder: Liv Bekkeli

Bacheloroppgave i Sykepleie Veiledning:  
ADHD og ernæring

Supervision: ADHD and nutrition

Antall ord: 13624

BASY14

2017

## Sammendrag

**Tittel:** «Veiledning: ADHD og ernæring»  
«Supervision: ADHD and nutrition»

**Oppgavens formål:** Å belyse hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers veiledning av ernæringsmessige tiltak hos en voksen pasient med ADHD i hjemmesykepleien. Vi ønsker å øke bevisstheten når det gjelder ernæringsmessige behandlingsmetoder som kan redusere symptomer på ADHD, og hvordan dette kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte.

**Problemstilling:** «*Hvordan kan sykepleier veilede pasient med ADHD til ernæringsmessige tiltak som virker symptomdempende?*»

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie hvor faglitteratur, pensumlitteratur, forskning og praksiserfaringer er benyttet for å besvare problemstillingen.

**Konklusjon:** Sykepleiers ernæringsmessige veiledning av pasient med ADHD vil avhenge av om sykepleier evner å skape en god relasjon til pasienten. Det må tilrettelegges for en individuell veiledning og tas hensyn til eventuelle konsentrasjonsproblemer hos pasienten. Det er nødvendig at sykepleier har en åpen holdning og er villig til å justere behandlingsopplegget ved behov, samt viser mellommenneskelig varme, ekthet og empati. Pasientens selvbilde og motivasjon blir styrket ved at sykepleier viser tillit og respekt, og en god relasjon vil bidra til motivasjon og en forpliktelse til livsstilsendring hos pasienten. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er den viktigste og mest avgjørende faktoren for behandlingsutfallet. Ernæringstiltak ser ut til å spille en sentral rolle i behandlingen av ADHD, og et variert sunt kosthold basert på grønnsaker, frukt og gode proteinkilder anbefales i et individuelt tilpasset kostholdsprogram.

**Nøkkelord:** ADHD, ernæringsmessige tiltak, symptomdempende, Orem, veiledning og rettleiding, fysisk og psykisk støtte, undervisning, brukermedvirkning.

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN OG HENSIKT	5
1.2 PROBLEMSTILLING	7
1.3 BEGREPSAVKLARINGER	7
1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	8
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	8
<b>2. METODE</b>	<b>10</b>
2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	10
2.2 KILDEKRITIKK	12
2.3 ETISKE OVERVEIELSER	14
2.4 PRESENTASJON AV ARTIKLENE	15
<b>3. TEORI</b>	<b>19</b>
3.1 OREMS EGENOMSORGSTEORI	19
3.1.1 EGENOMSORGSBEGREP	20
3.1.2 EGENOMSORGSBEHOV	20
3.1.3 OREMS SYKEPLEIESYSTEMER OG HJELPEMETODER	22
3.2 VEILEDNING	23
3.3 ADHD	24
3.4 ERNÆRING	26
3.4.1 KROPPENS BEHOV FOR NÆRINGSSTOFFER	26
3.4.2 HJERNENS BEHOV FOR NÆRINGSSTOFFER	26
3.4.3 ERNÆRINGENS PÅVIRKNING PÅ HJERNEN	27
<b>4. HVORDAN KAN SYKEPLEIER VEILEDE PASIENT MED ADHD TIL ERNÆRINGSMESSIGE TILTAK SOM VIRKER SYMPTOMDEMPENDE?</b>	<b>28</b>
4.1 Å VEILEDE OG RETTLEDE EN ANNEN	29
4.2 Å SØRGE FOR FYSISK OG PSYKISK STØTTE	38

:

---

<b>4.3</b>	<b>Å UNDERVISE</b>	<b>41</b>
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON</b>	<b>45</b>
<b>6.</b>	<b>LITTERATURHENVISNING</b>	<b>46</b>
	<b>Vedlegg 1: søk i Oria</b>	<b>52</b>
	<b>Vedlegg 2: PICO-skjema</b>	<b>54</b>
	<b>Vedlegg 3: PICO-skjema</b>	<b>56</b>
	<b>Vedlegg 4: forskningssøk</b>	<b>58</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og hensikt

Ernæring er et av de grunnleggende behovene i sykepleie, og Florence Nightingale presenterte på 1800-tallet betydningen av dette behovet. Hun la frem i boken «Notes of Nursing» konkrete tiltak for å ivareta pasientens ernæringsbehov, og hun vektla individuell behandling (Nightingale, 2005, s. 36-38). Dorothea E. Orem og hennes egenomsorgsteori legger frem at det er nødvendig å ivareta grunnleggende behov som ernæring for å sikre pasientens normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Orem, 1991, s. 125). Vi ser at fokuset på ernæring har vært sentralt innen sykepleie helt tilbake til 1800-tallet da sykepleie først ble beskrevet.

Veiledning om ernæringsmessige tiltak til pasienter med diagnosen ADHD er sykepleiers ansvar (Helsedirektoratet, 2014, s. 58). Hyperkinetisk forstyrrelse eller AD/HD, forkortet ADHD, kjennetegnes ved konsentrasjonsproblemer, impulsivitet og/eller hyperaktivitet. Symptomene starter gjerne tidlig - før fem år - og fører ofte til lærevansker, brudd på regler, uforsiktighet som fører til ulykker, samt upopularitet og isolasjon på grunn av sosial uhemmet atferd (Helsedirektoratet, 2017). I en pensumbok i sykepleie skriver Skårderud at mange som tidligere ble omtalt og avvist som "verstinger" i dag får diagnosen ADHD (2013, s. 38). Dyssosial atferd og lav selvfølelse er vanlige sekundære komplikasjoner for de med ADHD (Helsedirektoratet, 2017). I en kronikk i Forskning.no hevder Grønneberg at livsmot og god psykisk helse hos barn med ADHD henger nært sammen med å mestre og oppleve mening og sammenheng i det vi gjør (2016). Vi forutsetter at dette også gjelder voksne med ADHD. Det er også positive aspekter ved diagnosen. I en artikkel i Aftenposten sier Nina Holmen, rådgiver i ADHD Norge, at det positive med å ha med diagnosen er "...energi, entusiasme, overskudd, kreativitet, gründermentalitet, mot til å ta snarveier der andre holder seg til vanlig fremgangsmåte - og masse humor!" (Hansen, 2015). Flere av disse synspunktene har vi erfart gjennom egen praksis i sykepleiestudiet.

Media og fagkretser i Norge har diskutert den økende forekomsten og medikamentelle behandlingen av ADHD, skriver Ørstavik et al., som på oppdrag av Helsedirektoratet har skrevet: "ADHD i Norge - en statusrapport" (2016, s. 3). Norge er - etter Island - det landet i

:

Norden som har størst forekomst av medikamentell behandling av ADHD (Ørstavik et al., 2016, s. 3, 36). Folkehelseinstituttet har ADHD som ett av sine satsingsområder, og det utføres stadig nye studier hvor målsettingen er å finne årsakene til ADHD (Ørstavik et al., 2016, s. 37). Når det gjelder behandlingsmetoder har Folkehelseinstituttet kun forsket på medikamentell behandling (2017), og ifølge Ørstavik et al. er en av konklusjonene at de fleste med diagnosen blir behandlet med sentralstimulerende legemidler (2016, s. 38). Det er imidlertid vanlig å oppleve bivirkninger ved inntak av sentralstimulerende medikamenter (Helsedirektoratet, 2014, s. 58). Som nevnt over oppfatter vi at diagnosen ADHD kan by på store utfordringer i hverdagen, og at den i stor grad vil kunne påvirke pasientens generelle utvikling, og ikke minst helse, på en negativ måte.

Ernæringsmessige tiltak kan ha positiv effekt på helsen og på utviklingen ellers hos barn med ADHD, ifølge Helsedirektoratet (2017). Dette sammenfaller med nyere internasjonal forskning, som hevder å ha funnet at ernæringsmessige tiltak kan ha effekt på pasienter med denne diagnosen (Pelsser, Frankena, Toorman & Pereira, 2017). Begge disse kildene viser til at forskningsresultater på Few Foods Diet (FFD) - en diett der næringsstoffer blir eliminert og deretter gradvis introdusert ett for ett - viser positiv effekt (2017). Det finnes også andre dokumenterte ernæringstiltak som har effekt, for eksempel middelhavskost (Rios-Hernandez, Alda, Farran-Codina, Ferreira-Garcia & Izquierdo-Pulido, 2017) og et kosthold basert på høykvalitet protein og organisk dyrket mat (Duca, 2006).

Selv om det kreves mer forskning på det ernæringsmessige området, skaper nyere forskning håp om flere behandlingsmuligheter enn sentralstimulerende medisiner, dette ifølge Pelsser et al. (2017). I dagens kontekst og med ny forskningsbasert kunnskap om ernæring mener vi det er svært viktig at voksne med ADHD-diagnosen får hjelp til å utvikle egenomsorg. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleier ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, samt understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Nasjonale retningslinjer i ADHD sier at sykepleier skal gi råd og veiledning vedrørende nye behandlingsmetoder innen ADHD, og at dette krever at vi må holde oss oppdatert på nye forskningsfunn (Helsedirektoratet, 2014, s. 58).

Orems sykepleieteori, som vi har valgt å bruke som teoretisk ramme for veiledningen av en pasient med ADHD, er internasjonalt anerkjent som en anvendelig og praksisorientert

modell (1991, s. 286). Vi anser teorien som anvendelig for å implementere nye forskningsfunn ved bruk av Orems hjelpemetoder.

Da vi begge er opptatt av ernæring og helse, og har opplevd at kostholdsendringer har ført til positive endringer innen psykisk helse, er vi spesielt opptatt av dette emnet. Gjennom vår praksis i spesialist- og kommunehelsetjenesten, gjennom litteratur og forelesninger, samt våre erfaringer fra sykepleiestudiet, har vi gjentatte ganger stilt oss spørsmål om det er tilstrekkelig fokus på ernæring for ulike grupper pasienter.

Hensikten med oppgaven er å drøfte hvordan sykepleier kan veilede en voksen pasient med ADHD slik at egenomsorg utvikles knyttet til forskningsbasert kunnskap om ernæring.

## 1.2 Problemstilling

Ut fra valgt tema fokuserer vi på følgende problemstilling:

*"Hvordan kan sykepleier veilede pasient med ADHD til ernæringsmessige tiltak som virker symptomdempende?"*

Sykepleiefaglig er denne problemstillingen relevant fordi sykepleier i hjemmesykepleien, med stor sannsynlighet, vil møte voksne pasienter med ADHD. Sykepleier har da et selvstendig ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Ernæringsmessig veiledning er i denne sammenheng et sentralt ansvarsområde for sykepleier.

## 1.3 Begrepsavklaringer

Veiledning er i denne sammenheng brukt som et sykepleiefaglig begrep. Veiledning og rettleiding, det Dorothea E. Orem kaller "guiding and directing another", er den andre av i alt fem hjelpemetoder (Orem, 1991, s. 286).

:

Ernæringsmessige tiltak tar utgangspunkt i en forståelse av en balansert ernæring der en ut fra nyere forskning vurderer om visse næringsstoffer kan legges til eller tas bort for å oppnå bedre helsetilstand.

## 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Pasientgruppa i denne oppgaven er avgrenset til pasienter som har fått diagnosen ADHD. Målgruppa innbefatter voksne pasienter med ADHD i hjemmesykepleien.

Den aktuelle pasienten er under behandling i hjemmesykepleien, men forhold vedrørende hjemmebasert omsorg vil ikke bli drøftet i denne oppgaven. Vi vil kun diskutere ernæringsmessige tiltak som behandling.

Veilederforholdet her innbefatter sykepleier og pasient, og selv om lege og pårørende også har sin plass, så er ikke de tatt med i denne oppgaven.

## 1.5 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1, *Innledning*. Bakgrunn og hensikt for valg av tema, problemstilling, begrepsavklaringer, og avgrensning og presisering av problemstillingen. Innledningen skisserer rammene og gir et grunnlag for oppgavens innhold og struktur.

Kapittel 2, *Metode*. Beskrivelse av egen forståelse av metode, redegjøre for utvalgsriterier for litteratursøket, kildekritikk med validitet og reliabilitet, etiske vurderinger, analyser, samt presentasjon av funn.

Kapittel 3, *Teorisk referanseramme*. Redegjørelse av teori som belyser valgt tema og problemstilling. Sykepleieteoretiker Dorothea Orem og hennes behovsteori presenteres, samt sykepleierens veiledende funksjon, veiledning, ernæring og ADHD.

Kapittel 4, *Drøfting*. Teori, forskningsfunn og fagstoff drøftes. Vi har brukt Orem's hjelpemetoder som struktur på drøftingen.



Kapittel 5, *Konklusjon*. Presentere svar på problemstillingen.

Vi har benyttet den nyeste utgaven av APA-standard (2017) fra høskolens bibliotek.

## 2. Metode

Dette kapitlet beskriver og begrunner hvordan vi har gått frem rent metodisk med referanse til vårt valg av tema og problemstilling. I tillegg redegjør vi for valgt litteratur.

En metode er fremgangsmåten som brukes for å innhente eller etterprøve kunnskap. Det er et verktøy som kan hjelpe oss å samle inn relevant informasjon om det som undersøkes.

Kvalitativ og kvantitativ forskning er to hovedkategorier for tilnærming til forskning.

Formålet med kvalitativ metode er å gå i dybden og undersøke personers opplevelser og meninger i forhold til et tema. Dette gjøres for eksempel gjennom intervjuer eller samtaler.

Antall undersøkelsesenheter er lavere enn ved kvantitativ forskningsmetode, hvor data samles fra et høyt antall undersøkelsesenheter. Kvantitativ metode fremstiller målbare data, for eksempel prosenttall, og baseres gjerne på spørreskjemaer (Dalland, 2012, s. 111-113).

Vi har trukket på forskningsfunn som har anvendt både kvalitative og kvantitative metoder i vår oppgave da vi vurderer at dette gir et helhetlig bilde på problemstillingen vår.

Kilder er alt det som kan bidra i en studentoppgave (Dalland, 2013, s. 63). Denne oppgaven er en litteraturstudie, og det betyr at kunnskapen samles gjennom skriftlige kilder (Dalland, 2012, s. 222-223). Vi har med et kritisk blikk og på en systematisk måte gjennomgått forskning og litteratur som kan være relevant for problemstillingen vår. Dette skriver vi om i 2.3 Kildekritikk.

### 2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Vi vil her beskrive hvordan vi har funnet frem til kildene i oppgaven. Vi har fulgt Høgskolen Innlandets retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie, og oppgaven bygger på relevant forsknings- og faglitteratur samt egne erfaringer fra praksis. Vårt mål har vært å finne troverdig kunnskap, og vi har derfor stilt krav til validitet og reliabilitet i søkene. Validitet betyr at kilden er relevant og gyldig for problemstillingen. Reliabilitet betyr pålitelighet og sier noe om at for eksempel målinger er korrekt utført (Dalland, 2013, s. 52).

---

I oppgaven benytter vi pensumbøker, rapporter, offentlige lover, selvvalgt litteratur, nettavis og vitenskapelige artikler som kilder (Dalland, 2013, s. 68-78). Vi har funnet den selvvalgte litteraturen i hyllene på biblioteket på høgsolen i Elverum. Vedlegg 1 viser fremgangsmåten. Vi lette også videre i hyllene etter annen relevant litteratur under samme emne. Vi vurderte bøkens relevans ved å lese bakside og forord, og dette gav oss en oversikt over innholdet. Da vi ikke fant primærkilde på sykepleieteoretiker Dorothea Orem i biblioteket tok vi initiativ til å låne hennes bok «Nursing: Concepts of Practice» av en lærer på høgsolen. Sidsel Tveitens bok «Veiledning – mer enn ord...» valgte vi som kilde etter å ha fått interesse for hennes teori via en pensumbok. Vi søkte opp navnet hennes på Oria og fant boka på biblioteket på høgsolen.

De vitenskapelige artiklene er funnet ved systematiske søk på nettet. Vi har brukt rammeverket PICO for å finne presise søkeord (vedlegg 2 og 3). PICO er en måte å systematisere søkeord på (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 33).

Vi har forsøkt å være kritiske til databasene vi har benyttet, da vi er opptatt av at de skal være anerkjente innenfor medisin og sykepleie. Vi har benyttet Helsebiblioteket/kunnskapspyramiden ved søk, og her presenteres pålitelige og oppdaterte forskningsartikler. Cinahl, PubMed og Oria er også benyttet. Oria er søkemotoren som gir oss tilgang til søk i bibliotekets samlede ressurser. I Cinahl finnes det referanser til artikler i nesten 3.000 engelskspråklige tidsskrifter innen sykepleie, helsefag og lignende fagområder. Databasen oppdateres månedlig, har mange fulltekst dokumenter og inneholder dokumentasjon helt fra 1981. PubMed er verdens største innen sykepleie og medisin (Høgsolen i Innlandet, 2017). På bakgrunn av dette anser vi derfor de ovennevnte databasene å være anerkjente innen sykepleiefaget.

Søkespråket i de fleste internasjonale databasene er engelsk. For å få oversatt ordene/termene har vi benyttet MeSH-termer på norsk og engelsk, som er et oppslagsverk for å søke opp alternative synonymer og begrep (Folkehelseinstituttet, 2016). Søkene er satt inn i tabell (vedlegg 4) for god oversikt. For å sikre validitet og reliabilitet valgte vi ut artikler ved å vurdere innhold, forfattere og deres titler, metode, publiseringssted og årstallet teksten er skrevet. Vi valgte sju artikler, seks av dem er engelskspråklige. Tre handler om ernæringstiltak overfor barn, ungdom og voksne med ADHD. Fire handler om

:

betydningen og utviklingen av et fellesskap mellom pasient og behandler, hvorav to har pasientperspektiv, en har leges perspektiv og en har helsesøsters perspektiv.

## 2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er metodene som brukes for å finne ut om en kilde er sann (Dalland, 2013, s. 67). Vi vil karakterisere og vurdere kildene.

Hvilket tidspunkt teksten er skrevet har betydning for dens verdi som kilde. Sykepleie er et fagområde i rask utvikling, og kunnskapen kan fort bli for utdatert (Dalland, 2013, s. 76-77). Vi har derfor, når det gjelder ADHD og ernæringsmessige tiltak, hatt fokus på å finne nye vitenskapelige kilder, fra 2010 til 2017. Innenfor andre fagområder kan imidlertid eldre kilder fortsatt være gyldige (Dalland, 2013, s. 76-77). På bakgrunn av dette har vi valgt en doktoravhandling fra 2006 som omhandler helsesøsters veiledning av pasient. Vi har valgt denne på bakgrunn av at den omhandler individuell veiledning, og da vi ikke har funnet forskning innen sykepleier og individuell veiledning anser vi denne studien som relevant. Vi anser fagområdet veiledning, som i stor grad omhandler menneskers respons på hverandre, som gyldig selv om artikkelen ikke er helt ny. Vi har vært opptatt av, i så stor grad som mulig, å forholde oss til den siste utgitte utgaven av fagbøker og nettsider for å ha tilgang til den nyeste kunnskapen (Dalland, 2013, s. 77).

Vi har undersøkt forfatternavn som gjentatte ganger har dukket opp i våre kildesøk om ADHD og ernæring i artikler og pensumbøker. Vi har da søkt etter forfatterens navn i bibliotekbasen Oria for å sjekke andre publikasjoner, utdanning, yrkeserfaring og eventuelt arbeidsplass. Vi har hatt til hensikt å finne ut forfatterens bakgrunn og autoritet i fagfeltet. Dalland skriver at slike opplysninger kan være avgjørende for om vi ønsker å lese teksten vi finner (Dalland, 2013, s. 75). Navnet Lidy M. Pellser er et navn vi gjentatte ganger har sett i søk vedrørende ernæring og ADHD. Hun er en nederlandsk doktor som står bak flere utgivelser i fagtidsskrifter og forskningsartikler. På bakgrunn av dette vurderer vi henne som et seriøst navn innen forskningsfeltet ADHD og ernæring. Hun er medforfatter i en av studiene vi har benyttet i denne oppgaven.

---

Når det gjelder fagfeltet ADHD og ernæring er vår erfaring at forskningen nesten utelukkende er foretatt på barn og ungdom. Vi har imidlertid funnet en litteraturstudie av Dr. Robert A. Duca Jr., som også inkluderer voksne. Duca er kiropraktor i USA, og forskningen er utgitt i fagtidsskriftet "Journal of the Council on Nutrition of the American Chiropractic Association". Så langt vi har funnet ut er dette et seriøst fagtidsskrift innen kiropraktikk som publiserer forskning og fagartikler fra hele verden. Ved at de inkluderer internasjonale forfattere tolker vi det som at de har en høy faglig standard, og vi finner den tverrfaglige tilnærmingen interessant. Vi har ikke funnet Dr. Robert A. Duca Jr. som forfatter i noen annen forskningsrapport. Den metodiske fremgangsmåten på litteraturgjennomgangen er ikke dokumentert, men vi velger likevel å benytte artikkelen da det er den eneste vi fant som omhandler forskning der også voksne har deltatt.

Vi har brukt pensumlitteratur i sykepleiestudiet - fagbøker og lærebøker - til å finne informasjon ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv. Dalland skriver at slike bøker er et godt utgangspunkt for kilder, og at de kan gi oss verdifull oversikt over innflytelsesrike forfattere i faget (Dalland, 2013, s. 68). Vi anser disse kildene som troverdige ettersom de er en del av pensum, men vi har likevel vært kritiske til tidspunktet for når de er skrevet, forfattere, relevans og holdbarhet. Navnet Dr. Sidsel Tveiten så vi først referert til i pensumboken «Grunnleggende sykepleie bind 3» (2012). Vi søkte opp Tveiten, og fant at hun er en norsk kvinne som har skrevet flere lærebøker innen veiledning og helsepedagogikk. Hennes navn er en gjenganger innen feltet veiledning, og vi har brukt en fagbok av henne, samt en kvalitativ doktoravhandling fra 2006.

Vi har vært opptatt av å bruke primærkilder, som er den opprinnelige kilden til informasjonen, for mest mulig gyldighet og holdbarhet. En sekundærkilde er når teksten er tolket og gjengitt av andre, noe som kan forringe kvaliteten på informasjonen (Dalland, 2013, s. 73-77). Vi valgte Dorothea Orems «Nursing: Concepts of Practice» som primærkilde. Vi valgte også å benytte Stephen J. Cavanagh's sekundærkilde «Orems sykepleiemodell i praksis» etter en grundig gjennomgang av dens troverdighet og relevans. Vi har funnet at Cavanagh har anført «1995» i henvisningen i teksten på s. 16, men denne referansen finnes ikke i litteraturlisten (2008). Det kan være at dette er en skrivefeil i den norske utgaven eller at den kan ha blitt uteglemt i referanselisten. Enkelte av Cavanaghs tolkninger av Orems tekst avviker fra egen tolkning uten at vi har gått inn på det her. Vi forstår derfor at sekundærlitteratur kan være en utfordring da teksten er bearbeidet, oversatt, fortolket og presentert av en annen enn primærforfatteren (Dalland, 2013, s. 73). I tillegg har :

vi benyttet pensumlitteratur Kristoffersen, Nortvedt og Skaug som kilde på Orems behovsteori (2014). Ved bruk av tre kilder på sykepleieteoretiker mener vi at dette sikrer vår forståelse av innholdet.

Vi vurderte kvalitetssikringen på forskningen ved å velge søkekriteriet «peer reviewed» som betyr fagfellevurdert, der dette var mulig. At en artikkel er fagfellevurdert betyr at den er godkjent og vurdert av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2013, s. 78), og vi kan anse den som en pålitelig kilde.

IMRaD-struktur er måten de fleste vitenskapelige artikler er oppbygd på. IMRaD står for Introduksjon, Metode, Resultat og (and) Diskusjon. En ensartet oppbygning av artiklene kan gjøre at lesingen går raskere og at det blir lettere å finne frem i ukjente tidsskrift (Dalland, 2013, s. 79-80). Vi har vurdert artiklene etter denne anerkjente disposisjonsmåten.

For å sikre forskningsartiklenes relevans til problemstillingen har vi sett på målgruppene. Vi har funnet forskning som omhandler ernæringstiltak rettet mot barn og ungdom med ADHD. Vi har kun funnet én studie som omhandler voksne. Vi har likevel valgt å inkludere artikler som omhandler barn og unge da det ikke finnes tilstrekkelig med forskningsartikler utført på voksne. Tre av forskningsartiklene, som omhandler forholdet mellom behandler og pasient foregår mellom lege og pasient eller psykolog og pasient. Den fjerde foregår mellom helsesøster og pasient. Vi mener at alle disse fire studiene er relevante for vår problemstilling og er overførbare på relasjonen mellom sykepleier og pasient.

## 2.3 Etske overveielser

Etske overveielser handler om hvordan vi skal håndtere etske utfordringer som arbeidet vårt medfører. Vi er underlagt bestemte bestemmelser når vi behandler personopplysninger (Dalland, 2013, s. 95). Disse må ivaretas og håndteres ifølge personopplysningsloven. Formålet med loven er at mennesket ikke skal krenkes gjennom måten personopplysninger behandles på (Personopplysningsloven, 2000, § 1).

Vi inkluderer egne praksiserfaringer i oppgaven, og anonymiserer pasientene og helsepersonell gjennom å bruke begrepene pasient og sykepleier. Vi overholder taushetsplikten og gir ikke opplyser som kan spores tilbake til person, tid eller sted.

## 2.4 Presentasjon av artiklene

Her presenteres våre forskningsartikler som omhandler ernæringsmessige tiltak rettet mot ADHD, samt artikler vedrørende pasient-behandler-situasjonen.

**«Diet and ADHD, Reviewing the Evidence: A Systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions on the Behavior of Children with ADHD»** av L. M. Pelsser, K. Fankena, J. Toorman og R. R. Pereira, 2017.

Dette er en oppsummerte forskning av fjorten metaanalyser på ernæringsmessige tiltak til barn med ADHD. Av disse fjorten fant forskerne seks metaanalyser som innfridde kildekriteriene de hadde fastsatt, hvorav to gikk på fjerning av kunstige fargestoffer i maten, to på tilskudd av Omega 3, 6 og 9, og de to siste omhandlet Few Foods Diet (FFD) - en diett der næringsstoffer blir eliminert og deretter gradvis introdusert ett for ett. Konklusjonen på gjennomgangen er at FFD viste medium til stor effekt. Behandlingsprosessen tar imidlertid lang tid å fullføre og er krevende å utføre. Derfor anbefales dette tiltaket til barn med ADHD som ikke responderer på medikamentell behandling og til barn som muligens ikke egner seg for medikamentell behandling (Pelsser et al., 2017).

**“The Mediterranean Diet and ADHD in Children and Adolescents”** av A. Rios-Hernandez, J. A. Alda, A. Farran-Codina, E. Ferreira-Garcia og M. Izquierdo-Pulido, 2017.

Denne kvantitative studien undersøkte om forekomsten av diagnosen ADHD øker når man ikke spiser middelhavskost. Middelhavskost er et sunt, velbalansert og næringsrikt kosthold som den europeiske befolkningen rundt Middelhavet tradisjonelt har spist. Formålet med studien var å undersøke hvordan symptomene på ADHD hos 180 spanske barn og

:

ungdommer, med nylig diagnostisert ADHD, utviklet seg ved å spise hovedsakelig bearbeidet mat og raffinert sukker, og i mindre grad middelhavkost. 60 kontrollindivider ble studert. Resultatet var at de som spiste lite middelhavskost ble assosiert med ADHD. Dette gjaldt også de som droppet frokost, spiste fast-food, mye sukker, godterier, brus og som hadde et lavt inntak av fet fisk. De som spiste frukt, grønnsaker, pasta og ris hadde liten forekomst av ADHD. Konklusjonen av studiet styrker teorien at middelhavskost har en sammenheng med utvikling av symptomer på ADHD (Rios-Hernandez et al., 2017).

**«Nutritional Considerations in the Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder»** av R. A Duca, 2010.

Dette er en studie som gjennomgår tidligere publisert forskning på miljø- og ernæringsmessige aspekter ved forekomst, årsaker, forebygging og behandling av ADHD hos barn, ungdom og voksne. I følge referanselisten kan det tyde på at 86 studier er lagt til grunn for denne forskningen, men det er ikke gjort rede for det metodiske. På bakgrunn av studiet anbefales et kosthold ved ADHD som er basert på høykvalitet protein, organisk dyrket mat med mye frukt og grønnsaker, matvarer som inneholder lite raffinerte karbohydrater og mye essensielle fettsyrer. Konklusjonen er at ettersom alle mennesker er ulike anbefales det individuell behandling med tilbud om ernæringsmessige, miljømessige, farmasøytiske og psykososiale tiltak. Tiltak som har med ernæring å gjøre spiller en sentral hovedrolle i behandlingen av ADHD. Det er viktig at tiltakene tilpasses hvert enkelt individ da vi alle er unike og bør behandles ulikt (Duca, 2010).

**«Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study»** av L. T. Walseth, E. Abildsnes og E. Skei, 2011.

Denne kvalitative studien viser at pasientene ønsker at fastlegen skal vise aksept for deres følelser når han veileder ved en livsstilsendring. I studiet ble 14 pasienter intervjuet etter at de hadde vært hos fastlegen og blitt veiledet ved en livsstilsendring. Forskningen viser at en pasientsentrert tilnærming i forhold til veiledning er fordelaktig, og at en god relasjon mellom lege og pasient bidrar til motivasjon og en forpliktelse til livsstilsendring hos pasienten. Pasientene ønsker at legen informerer, utforsker sammenhengen mellom fysiske



---

og psykiske symptomer fra dagliglivet, og at han er en de kan reflektere sammen med, som gir omsorg og tilpasser rådene individuelt (Walseth, Abildsnes & Skei, 2011).

«**A patient-centered view of the clinician-patient relationship**» av T. Delbancho og M. Gerteis, 2016.

Dette er en oppsummert forskning av tidligere utgitte forskningsartikler som omhandler hvilke områder legen skal vektlegge i sin relasjon til pasienten, slik at brukermedvirkningsaspektet blir ivaretatt. Studien definerer sju viktige aspekter mellom lege og pasient; 1) respekt for pasientens verdier og uttrykte behov, 2) koordinasjon i behandlingen, 3) god kommunikasjon med tjenesteyterne (noe som innebærer både informasjon, veiledning og undervisning), 4) ivaretagelse av fysisk komfort 5) gi følelsesmessig støtte samt lindring av redsel og angst, 6) involvering av familie og venner, samt 7) kontinuitet i overgang fra et behandlingsopplegg til det neste. Det anbefales at pasienter via et valgt kartleggingsverktøy gir tilbakemelding til lege slik at det kan foretas en eventuell justering av opplegget for at brukermedvirkningen skal bli enda bedre (Delbanco & Gerteis, 2016).

«**Establishing and maintaining a therapeutic relationship in psychiatric practice**» av A. Skodol og D. Bender, 2016.

Denne oppsummerte forskningen omhandler hvor viktig forholdet mellom behandler og pasient er i psykoterapi for å lindre symptomer og føre til positiv selvutvikling. Konklusjonen på forskningen er at forholdet mellom behandler og pasient spiller en sentral rolle i pasientens utvikling og i å lindre symptomene, og at dette fellesskapet er den viktigste og avgjørende faktoren for behandlingsutfallet. Behandlerens ferdigheter og innstilling er viktig for dannelsen av et produktivt samarbeid, og en åpen holdning samt villighet til å justere behandlingsopplegget ved behov, er nødvendig. Empati og bekreftelse av pasientens synspunkt på behandlingen og på fellesskapet er avgjørende for å skape fellesskapet (Skodol & Bender, 2016).

:

**“The Public Health Nurses’ Client Supervision”** av Sidsel Tveiten, 2006.

Dette er en doktoravhandling av individuell veiledning med en kvalitativ tilnærming. Analysen er basert på hermeneutiske kriterier, som betyr fortolkningslære. Fokuset er på veiledning som metode for helsesøster i arbeidet med å forebygge sykdom og fremme helse. Hensikten med forskningen er å utvide forståelsen og kunnskapen om hva som karakteriserer helsesøstres veiledning. Konklusjonen fra studiet viser at veiledning innebærer å gi råd, informasjon og undervisning, og at den påvirkes av tilgjengelig tid, samt helsesøsters kompetanse. Helsesøster legger sin intuisjon, magefølelse, refleksjon, kunnskap, erfaring og etiske dilemmaer til grunn i sin vurdering om å benytte veiledning som metode. Kommunikasjon er kjernen i veiledning, og evnen til å skape en relasjon og til å være en rollemodell er også viktige aspekter ved veiledning. Det konkluderes med at veiledning er en bevisst kunstform. Det ser ut til at prinsippene empowerment, brukermedvirkning og det å se pasienten som en ekspert på seg selv representerer utfordringer, da disse er vanskelige å oppnå i den virkelige verden pga. makt-ubalanse og begge parters nye roller. Kombinasjonen av rollen som veileder og en kontrollerende funksjon representerer derfor en utfordring i en veiledningssituasjon. Videre viser studiene at for å fylle rollen og funksjonen som veileder er veiledningskompetanse helt nødvendig (Tveiten, 2006).

---

## 3. Teori

I dette kapittelet presenteres de teoretiske rammene - begreper og modeller - som vi vurderer som relevante for problemstillingen. Beskrivelsen er gjort såpass fyldig slik at leseren er informert og kan gjøre seg opp sine egne meninger og trekke sine egne konklusjoner uten å selv kjenne til den teoretiske plattformen (Dalland, 2012, s. 228).

Først presenteres sykepleieteorien til Orem, som knytter oppgavens tematikk til det sykepleiefaglige og som vil fungere som rammeverk under drøftingen av ernæringstiltak til pasient med ADHD. Deretter presenteres aktuelle teoretiske referanserammer som belyser problemstillingen. Disse er som følger: veiledning, ADHD og ernæring.

### 3.1 Orems egenomsorgsteori

Orems modell har fått stor innflytelse både i Europa og ellers i verden (Kristoffersen, 2014, s. 227). Utgangspunktet for utviklingen av hennes sykepleiemodell, som pågikk i perioden 1950-1990, var å sette fokus på hva sykepleiere egentlig gjør når de utøver sykepleie, hvorfor og hva resultatet av tiltaket er (Cavanagh, 2008, s. 9-16). Orem forteller at hennes fremgangsmåte i utviklingen av sin teori ikke gikk ut på å gå gjennom og analysere egne eller andres allerede etablerte synspunkter/uttalelser på sykepleie, men at hun reflekterte over sine egne erfaringer om og fra sykepleie (1991, s. 61).

Orems modell tar utgangspunkt i at sykepleie både er en praktisk og didaktisk kunstform (1991, s. 60). Med didaktisk menes undervisningslære, og den mest vanlige forståelsen av dette inkluderer både den praktiske tilretteleggelsen og vurderingen av undervisningen, samt undervisningens innhold, mål og begrunnelser (Didaktikk, 2016, avsnitt 1 og 2). På bakgrunn av ovenstående forstår vi det som «å legge til rette for læring/undervisning», som i vår oppgave vil bli knyttet til endring av ernæringsmessige tiltak.

Orem deler sin sykepleieprosess inn i to aspekter; *samhandling* som innebærer at sykepleier må delta i både mellommenneskelige og sosiale prosesser, og *problemløsning* som tilsvarer de fem fasene i "den tradisjonelle sykepleieprosessen" (Cavanagh, 2008, s. 34).

:

Vi vil i 3.1.1 se på aktuelle begrep knyttet til Orems egenomsorgsteori, og i 3.1.2 vil vi presentere Orems egenomsorgsbehov som benyttes under kartlegging av pasientens behov.

### 3.1.1 Egenomsorgsbegrep

Begreper knyttet til egenomsorg er muligens den amerikanske sykepleieteoretikeren Dorothea Orem mest kjente bidrag til sykepleien. I utvikling av sykepleiemodellen har Orem satt fokus på hva sykepleie er gjennom å utforme og utvikle teorier om egenomsorg (*self-care*), egenomsorgsbehov (*self-care requisites*), egenomsorgssvikt (*self-care deficit*) og egenomsorgsevne (*self-care agents*) (Cavanagh, 2008, s. 17-29; Orem, 1991, s. 70-154).

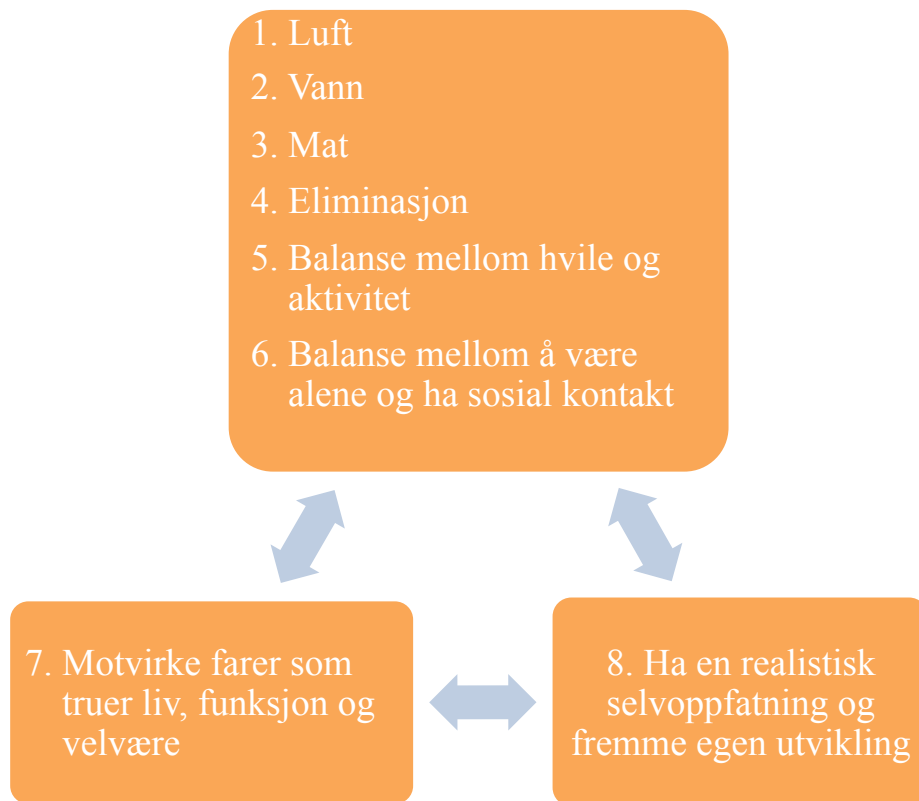
Disse fire nøkkelbegrepene gis følgende innhold av Cavanagh: "*Egenomsorg* kan enklest defineres som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve". *Egenomsorgsbehov* forstås som universelle, utviklings- og helsesviktrelaterte aktiviteter som er vesentlige for den enkeltes egenomsorg, uavhengig av alder, helsetilstand, omgivelser eller utviklingsnivå. *Egenomsorgssvikt* kan oppstå hos personer, som av ulike grunner, kun delvis er i stand til å dekke sine egenomsorgsbehov. *Egenomsorgsevne* er pasientens evne til å delta i sin egenomsorg (2008, s. 17-29).

### 3.1.2 Egenomsorgsbehov

Orem har i sin modell identifisert tre typer egenomsorgsbehov; universelle, utviklings- og helsesviktrelaterte (1991, s. 121). Vi vil presentere de universelle egenomsorgsbehovene da vi anser denne kategorien som relevant i vår oppgave. De to sistnevnte vil ikke bli omtalt.

*Universelle egenomsorgsbehov* er felles for alle mennesker, på alle stadier i livet, tilpasset den enkeltes alder og utviklingstrinn. Orem har identifisert åtte universelle egenomsorgsbehov, se figur 1. Disse samspiller med hverandre og omfatter fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter for at mennesket skal fungere og kunne utøve egenomsorg (1991, s. 126-128).

Figur 1. Universelle egenomsorgsbehov



(Magnusson, Tilley, Lund & Sorknes, 2014 (upublisert mappeoppgave). Modell utarbeidet etter Orem 1991, s. 126-128).

Modellen viser at Orems kategori sju og åtte står i en særstilling sammenliknet med kategori én til seks. De to førstnevnte henspiller på forebygging av mulige livstruende situasjoner og etablering av normalitet. Pilene tydeliggjør at behov som luft, vann, mat, eliminasjon, balanse mellom hvile og aktivitet, og det å være alene versus å ha sosial kontakt, må relateres til kategori sju og åtte i den konkrete situasjon (Orem, 1991, s. 126-128).

Utgangspunktet for veiledningen vil i denne oppgaven være ernæringskategorien.

For å ivareta pasientens egenomsorgsbehov har Orem utarbeidet sykepleiesystemer og hjelpemetoder.

### 3.1.3 Orems sykepleiesystemer og hjelpemetoder

Orems modell deler sykepleiers handlinger inn i tre sykepleiesystemer, som sammen med hjelpemetodene strukturerer sykepleiers roller i forhold til pasienten. Sykepleiesystemene tilrettelegges i forhold til grad av pasientens egenomsorgssvikt, og de skal enten helt eller delvis kompensere for pasientens egenomsorg, eller være støttende og undervisende. Dette for at pasienten skal få dekket sitt egenomsorgsbehov (Kristoffersen, 2014, s. 236-240).

Kristoffersen (2014, s. 239) definerer Orems tre sykepleiesystem som følger: 1) *Helt kompensierende system* brukes når pasienten ikke er i stand til å utføre egenomsorgshandlingen selv. 2) *Delvis kompensierende system* velges når pasienten selv kan være aktivt med i egenomsorgen, og sykepleieren kompenserer der pasienten mangler ressurser. 3) *Støttende og undervisende system* brukes når pasienten har ressurser, eller kan utvikle nødvendige ressurser for å ivareta egenomsorgsbehovene sine. Pasienten vil her ha midlertidig behov for sykepleie.

Det støttende og undervisende systemet vil ligge som grunnlag i vår veiledning av pasient med ADHD.

I tillegg til sykepleiesystemene har sykepleier, ifølge Orem, fem hjelpemetoder som kan benyttes. Disse er ifølge Kristoffersen (2014, s. 237-238): 1) *Å gjøre noe eller handle for en annen*, 2) *Å veilede og rettlede en annen*, 3) *Å sørge for fysisk og psykisk støtte*, 4) *Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling* og 5) *Å undervise*.

Vi har valgt følgende hjelpemetoder som rammeverk under vår drøfting:

2) *Å veilede og rettlede en annen* betyr at sykepleier veileder pasienten ved å gi råd, forslag, anbefaling, instruksjon, anvisning og tilsyn når planlegging og utføring av egenomsorgshandlingene finner sted. Veiledning er egnet når pasienten skal følge en handlingsplan eller foreta valg. Denne hjelpemetoden forutsetter kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og at pasienten er motivert og har kapasitet til selv å ta beslutninger og utføre handlingene (Kristoffersen, 2014, s. 237).

3) *Å sørge for fysisk og psykisk støtte* kombineres gjerne med veiledning. Ved å gi støtte oppmuntrer og hjelper sykepleier pasienten slik at denne opplever mindre risiko for å mislykkes eller for å oppleve ubehagelige eller farlige situasjoner. Denne hjelpemetoden brukes ofte i situasjoner der pasienten opplever en ny, ukjent og utrygg situasjon, og der

---

pasienten selv mangler motivasjon eller tro på egen mestringsevne. Formålet med støtten er at sykepleier skal gi pasienten nødvendig motivasjon og trygghet til å ta bestemte valg eller gjennomføre bestemte handlinger, med andre ord å utføre egenomsorg. Sykepleier har ansvaret for å gripe inn hvis pasientens tålegrense overskrides (Kristoffersen, 2014, s. 237).

5) *Å undervise* benyttes som hjelpemetode når nye ferdigheter eller ny kunnskap må læres for å mestre egenomsorg. Læringen er avhengig av at pasienten er interessert og motivert for å lære, og sykepleier motiverer for læring ved å hjelpe pasienten til å se nytten i det som skal læres. Det er viktig at sykepleier tilpasser læringen til pasientens alder og utviklingstrinn, samt kartlegger læringsbehovet, bakgrunnen, tidligere erfaringer, livsstil, vaner, ønsker og egenomsorgsbehov. Pasienten må få anledning til å praktisere egenomsorgshandlingene da det kan ta tid å lære dem (Kristoffersen, 2014, s. 237-238).

## 3.2 Veiledning

Vi vil nå presentere begrepet veiledning, som er en metode vi benytter for å gjennomføre det ernæringsmessige tiltaket hos en pasient med ADHD. Det finnes ulike definisjoner på veiledning, og vi har valgt å benytte Sidsel Tveitens definisjon.

Sidsel Tveitens sier at veiledning er en formell prosess. Hun definerer veiledning som “en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2015, s. 21).

*Istandsettingsprosess* innebærer at noe starter og avsluttes, altså at det er en prosess.

Ansvar i veiledningen er delt på sykepleier og pasient. Sykepleier har ansvar for å legge til rette for istandsettingen, og pasienten har ansvar for å ta til seg det veiledningen omhandler, som for eksempel endring av tanker eller handlinger. *Formell* innebærer at veiledningen mellom sykepleier og pasient er en formell virksomhet som inngår i et arbeidsforhold.

*Relasjonell* viser til relasjonen mellom sykepleier og pasient. Kvaliteten på denne vil påvirke kvaliteten på veiledningen. Det er gjennom relasjonen at trygghet og tillit i veiledningen kan ivaretas. Sykepleier har ansvar for kvaliteten på veiledningen, og sykepleiers etiske

:

kompetanse er derfor viktig. *Pedagogisk* innebærer at utvikling, læring, mestring og vekst er vektlagt. *Mestringskompetanse* hos pasienten er målet ved veiledningen. Mestring kan innebære at pasienten har tilgang til sine ressurser og evner å benytte disse bevisst og hensiktsmessig. Mestringskompetansen kan styrkes gjennom trening, bevisstgjøring, refleksjon og fokusering. *Dialog* innebærer at to eller flere likeverdige samtaler. Sykepleiers formelle oppgave under dialogen er å styrke pasientens mestringskompetanse. *Humanistiske verdier* ligger til grunn under dialogen, og dette innebærer respekt, empati, å se pasientens muligheter og dens kapasitet til å ta ansvar. *Kunnskap* om kommunikasjon, veiledning, læring, etikk, lovverk og andre fag er nødvendig under veiledningen (Tveiten, 2015, s. 21-22).

Tveiten mener (2015, s. 22-23) at den som blir veiledet selv har de beste forutsetningene for å finne sin riktige vei, og at sykepleiers ansvar ligger i å tilrettelegge for at dette kan skje. Hun hevder at veileder kontinuerlig må reflektere over og være seg bevisst sitt innhold i begrepet veiledning. I denne sammenheng innebærer det at sykepleier må vite hva, hvorfor og hvordan man utfører veiledningen slik at den ikke blir tilfeldig.

Sykepleier må styrke personens muligheter til å mestre eget liv. Personen skal gis hjelp til selvhjelp gjennom veiledning, og sykepleier har ansvaret for igangsetting av denne utviklingsprosessen. Utviklingen vil bestå av en bevisstgjøring av pasientens egne verdier, bearbeiding av ny kunnskap og nye ferdigheter. Under veiledning bør sykepleier stille seg til disposisjon og rådighet for pasienten og være en samtalepartner (Kristoffersen, 2014, s. 337-385). Vi anser veiledning som en god metode i gjennomføring av ernæringstiltak, og det er sykepleiers ansvar å legge til rette for at tiltaket kan oppnås.

### 3.3 ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) går under kategorien psykisk lidelse (Skårderud, 2013, s. 32), og er en tilstand som medfører konsentrasjonsproblemer og/eller hyperaktivitet/impulsivitet i så stor grad at det skaper funksjonsproblemer i hverdagen. Diagnosen kan medføre funksjonsnedsettelse i sosiale relasjoner og risiko for sosial mistilpasning i forhold til skole og jobbreasjoner. Funksjonsnedsettelsene varierer fra lette,



---

moderate til alvorlige tilstander (Helsedirektoratet, 2017). Forekomsten i Norge blant den voksne befolkningen er anslått til 2,5% ifølge Helsedirektoratet (2014, s. 18), og det er derfor stor sannsynlighet for at sykepleier i hjemmesykepleien får ansvar for pasienter med denne diagnosen.

*Årsaksfaktorer* ved ADHD er sammensatte, og de har vist seg å være både genetiske og ikke-genetiske. Evnen til opptak av dopamin, serotonin og noradrenalin kan være genetisk betinget, og forsinket utvikling av nervebaner i forskjellige områder av hjernen kan være en annen årsak. Miljøfaktorer som mors stress og bruk av alkohol, tobakk, rus under svangerskapet, samt prematuritet og lav fødselsvekt, har vist seg å ha sammenheng med utvikling av ADHD. Mangel på flerumettede fettsyrer, sink, jern, samt bruk av e-stoffer, har også vist seg å kunne ha en sammenheng med diagnosen (Helsedirektoratet, 2014, s. 18).

Konsentrasjonsvansker kan føre til distraksjon, kjedsomhet og utfordringer med å holde oversikt og tidsfrister. Impulsivitet kan vise seg som utålmodighet og kan føre til ukloke impulsive handlinger og spenningssøkende atferd. Hyperaktivitet medfører ofte indre uro, rastløshet og problemer med å sitte i ro. Økt sykdomsbelastning, problemer i forhold til privat økonomi, utdanning og jobb er også vanlige konsekvenser av diagnosen (Helsedirektoratet, 2014, s. 19-20). Ørstavik skriver (2016, s. 12) at impulsjøp og stadig bytte av partner og arbeidssted er vanlige symptomer hos voksne med ADHD. Problemer med å organisere arbeidsoppgaver gjør at de ofte strever med å gjennomføre planer både behandlingsmessig, på jobb og i privatlivet.

Over halvparten av barn og ungdom med ADHD har en eller flere tilleggslidelser, mens 75 prosent av den voksne populasjon har det samme. De vanligste tilleggslidelsene hos voksne er angst, depresjon og bipolar lidelse, søvnvansker, personlighetsforstyrrelser og rusmiddelproblemer. Voksne med ADHD har dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle rusmiddelproblemer enn de uten denne diagnosen, og studier viser at opptil 50 prosent av personer med rusmiddelavhengighet kan ha symptomer på ADHD (Helsedirektoratet, 2014, s. 24-52).

Folkehelseinstituttet kom i 2016 ut med en statusrapport om ADHD i Norge. Den sier at de fleste med diagnosen blir behandlet med sentralstimulerende legemidler, og at informasjon om andre anbefalte behandlingsformer ikke foreligger (Ørstavik et al., 2016, s. 8-38).

:

## 3.4 Ernæring

Vi vil her presentere ernæringens betydning for menneskekroppen. Vi vil også nevne hjernens behov for næringsstoffer og ernæringens påvirkning på hjernen. Vi anser dette som nyttig kunnskap for å forstå hvordan enkelte næringsstoffer kan påvirke en persons humør, følelser og kognitive funksjoner.

### 3.4.1 Kroppens behov for næringsstoffer

Kroppen må produsere energi for å opprettholde de basale funksjonene, og energien fås tilført ved forbrenning av følgende energigivende næringsstoffer: *Karbohydrater* som gir hjernen og nervesystemet livsviktig næring. *Fett* som er en viktig energikilde og inngår i oppbyggingen av celler, samt er nødvendig som transport av fettløselige vitaminer. Fett beskytter også de indre organer, er varmeisolerende og er hovedbestanddelen i hormoner. *Proteiner* som består av aminosyrer og som kroppen danner de fleste av selv. De essensielle aminosyrene må kroppen få tilført gjennom kosten.

Maten skal dekke behovet for energi og næringsstoffer, men den skal også fremme god helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2016, s. 16).

### 3.4.2 Hjernens behov for næringsstoffer

Hjernen og nervecellens metabolisme skiller seg fra resten av kroppen grunnet sitt høye energibehov. Energien som forbrukes av hjernen er i all hovedsak fra karbohydrater, nærmere bestemt glukose. Hjernen og nervesystemet er avhengig av konstant tilførsel av glukose fra blodet, da den ikke lagrer glukose slik lever og muskler er i stand til (Lauritzen & Sørensen, 2015, s. 653-655; Asp & Bender, 2005, s. 121-122). Ved blodglukosenivå på 8-10 mmol/l, altså litt over det normale fastende nivået på 4-6 mmol/l, fungerer hjernen optimalt. Glukose ser ut til å ha en direkte stimulerende effekt på hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjonsevne (Lauritzen & Sørensen, 2015, s. 665). Leverens glykogenlager sikrer hjernen tilgang på glukose i perioder hvor opptaket fra tarmen er for lavt. Flere studier viser at lavt blodsukker forbindes med lavere kognitiv funksjon. Ulike studier viser også at sukkerinntak forbedrer den kognitive funksjonen kort tid etter inntak.

---

Det kan være gunstig å fordele energiinntaket over flere måltider, og gjerne mellommåltider, for å sikre et jevnt blodsukkernivå (Lauritzen & Sørensen, 2015, s. 653-655). Et måltid som inneholder langsomme karbohydrater (fullkornsprodukter, grønnsaker, naturris) vil sikre et jevnere blodsukker og bedre hukommelse fremfor raske karbohydrater (søte drikker, sukkerrik mat og frukt) som påvirker våkenhet og energinivå (Lauritzen & Sørensen, 2015, s. 653-655; Kosthåndboken, 2012, s. 168-169).

### **3.4.3 Ernæringens påvirkning på hjernen**

Aminosyrene tyrosin, tryptofan og fenylalanin påvirker dannelsen av de monoamine nervesignalstoffene som noradrenalin, dopamin, og serotonin. Disse påvirker humør, følelser og kognitive funksjoner som hukommelse og innlæring. Fysiologiske faktorer påvirker konsentrasjonen av aminosyrer i hjernen som igjen påvirker dannelsen av de monoamine nervesignalstoffene (Lauritzen & Sørensen, 2015, s. 665).

På grunn av dette kan ernæring muligens ha en direkte påvirkning på vårt humør og følelser. Tryptofan finnes i matvarene frø, nøtter, bønner, egg, belgfrukter, kjøtt og fisk. Derfor kan kost og ernæring muligens ha direkte betydning på humør og følelser. Det er nærliggende å tenke at kosthold muligens har en innflytelse på vår mentale helse da medisin, som brukes i behandlingen av psykiatriske lidelser som f.eks. ADHD, påvirker de monoamine nervesignalstoffene. Det diskuteres om forstyrrelser i syntesen, nedbrytingen eller transporten av dopamin, noradrenalin, adrenalin og/eller serotonin kan forårsake symptomene på ADHD. Sentralstimulerende medikamenter som benyttes i behandlingen av ADHD fører til økte konsentrasjoner av dopamin og noradrenalin i hjernen. Dette fører i en varierende grad til lindring av ADHD-symptomer som hyperaktivitet, impulsivitet og nedsatt oppmerksomhet (Lauritzen & Sørensen, 2015, s. 656-663).

## 4. HVORDAN KAN SYKEPLEIER VEILEDE PASIENT MED ADHD TIL ERNÆRINGSMESSIGE TILTAK SOM VIRKER SYMPTOMDEMPENDE?

"Påtvunget kunnskap blir aldri sjelens varige eie".

Platon

(Lingås, 2008).

I denne delen av oppgaven velger vi å benytte tre av Orems hjelpemetoder da vi anser disse som spesielt relevante innenfor tematikken ADHD og ernæring; 4.1: *å veilede og rettlede en annen*, 4.2: *å sørge for fysisk og psykisk støtte* og 4.3: *å undervise* (Kristoffersen, 2014, s. 236). Noen av begrepene og teoriene som drøftes er aktuelle for flere av de valgte hjelpemetodene, men vil bli vektlagt ulikt. De ernæringsmessige tiltakene vil drøftes i andre halvdel av kapittel 4.1.

Formålet med Orems hjelpemetoder er å kunne sikre pasientens egenomsorgsbehov og å fokusere på kvaliteten i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Orem bruker begrepet sykepleier-pasient-relasjon om fellesskapet mellom sykepleier og pasient (Cavanagh, 2008, s. 150).

I drøftingen benyttes nyere internasjonale forskningsartikler. Disse er basert på ulike metodiske tilnærminger ut fra den aktuelle problemstillingen. Dette er med på å gi vår drøfting et noe videre perspektiv, da vi antar at bredde i forskningsfunnene kan bidra til å få frem kompleksiteten i tematikken. I tillegg til forskningsartikler bygger drøftingen, og dermed svaret på problemstillingen på fagbøker, og kun i begrenset grad vår opplevelse og refleksjon fra egen sykepleiepraksis.

---

## 4.1 Å veilede og rettlede en annen

Orem skriver at “guiding and directing” (Orem, 1991, s. 10) - det Kristoffersen kaller *å veilede og rettlede en annen* - betyr at sykepleier veileder pasienten når planlegging og utføring av egenomsorgshandlinger finner sted, og at individuell veiledning er spesielt egnet når pasienten skal følge en handlingsplan eller foreta valg. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient forutsetter, ifølge Orems teori, at pasienten er motivert og har kapasitet til selv å ta beslutninger og utføre handlingene. Veiledningen kan ha karakter av råd, forslag, anbefaling, tilsyn, anvisning og instruksjon (Orem, 1991, s. 10; Kristoffersen, 2014, s. 237).

Ifølge professor i sykepleievitenskap, Sidsel Tveiten, er veiledning en formell prosess der målet er å øke mestringskompetansen til den som veiledes. Hun presiserer at det er viktig å møte den andre der denne er, og at den som veiledes selv skal oppdage veien for seg selv. Det skal ikke legges opp til at veilederen skal gi pasienten svarene, men legges til rette for at personen selv finner dem. Det er viktig at pasienten har en aktiv rolle ved egen læring og utvikling slik at denne oppnår et eierforhold til målene som utarbeides i fellesskapet (Tveiten, 2015, s. 19-31).

Når sykepleier skal støtte en voksen pasient i hjemmesykepleien i å endre sitt kosthold, vil det å veilede og rettlede vedkommende kunne medvirke til at livsstilsendringen kan gjennomføres. Pasienten vil måtte foreta valg i forhold til rutiner i hverdagen, og forholde seg til en fremforhandlet handlingsplan. Ved å ta pasienten på alvor og aktivt hjelpe ham til å utdype, utforske, klargjøre eller beskrive det gjeldende (Eide & Eide, s. 276), mener vi at dette kan gi en følelse av struktur og retning under veiledningen. Dette igjen kan skape håp og gi motivasjon til arbeidet med å gjennomføre tiltaket. I praksis har vi opplevd at pasienters selvbilde og motivasjon er blitt styrket ved at vi har vist tillit og at vi har tro på dem. Eide & Eide bekrefter at dette kan virke sterkt motiverende (2013, s. 224). På en annen side er det viktig at vi er ærlige og at vi ikke gir urealistiske forventninger, noe som kan medføre unødvendig personlig nederlag og svekket selvfølelse for pasienten.

Orem skriver (1991, s. 61) at å ta utgangspunkt i refleksjon om egen praksis snarere enn kun i analyse av utsagn om hva sykepleie er og bør være, er et interessant utgangspunkt for oss. Dette gir oss rom til å ta utgangspunkt i egne erfaringer og bruke vår intuisjon i

:

veiledningssituasjonen. Veiledning av pasient med ADHD krever kunnskaper om diagnosen, og det må tilrettelegges for en individuell veiledning og tas hensyn til den grad av konsentrasjonsproblemer som eventuelt er gjeldende hos pasienten (Tveiten, 2015).

Forskning av Duca sier at flertallet av ungdom og voksne med ADHD har problemer med å fokusere, blir lett distraheret, er glemsomme, disorganiserte og har humørsvingninger (2010). Dersom sykepleier ikke er oppmerksom på pasientens tilstedeværelse og fokus, kan dette medføre at veiledningens innhold ikke vil føre til refleksjon og bearbeiding av pasientens erfaringer, og dermed vil veiledningens formål ikke bli ivaretatt. Tveiten bekrefter i sin forskning at intuisjon, magefølelse, egne erfaringer og sykepleiers opparbeidede kunnskap er viktig i bruk ved veiledning (2006). Det vil derfor være en fordel at sykepleier lytter til sin intuisjon, og i tillegg benytter sin opparbeidede kunnskap om symptomer rundt ADHD, for å kunne tilpasse veiledningen eller til å avslutte veiledningen dersom det er fornuftig. Forskning utført av Walseth, Abildsnes & Skei viser at en pasientsentrert tilnærming under veiledning i livsstilsendring er nødvendig, og at en individualisert veiledning gir gode resultater (2011). Ved å fokusere på det individuelle retter vi også fokus på prinsippet brukermedvirkning og at pasienten er ekspert på seg selv. Dette prinsippet skal sikre pasientens selvbestemmelsesrett og likeverd mellom pasient og sykepleier.

Orem skriver at sykepleie må bestå av prosedyrer i bunn, men det er helt nødvendig at pasienten møtes på en personlig og individuell måte for å kunne ivareta pasientens egenomsorgsbehov. Dersom sykepleier ikke ivaretar dette vil sykepleien bli statisk, hevder Orem (1991, s. 57-58). Hun hevder det er kritisk at sykepleier i sitt arbeid er individfokuset og ser de unike menneskelige kvalitetene hver enkelt har. Dette vil styrke pasientens posisjon som ekspert på seg selv og med selvbestemmelsesrett. Sykepleier må arbeide individbasert i kombinasjon med fokus på å hjelpe og å gi sykepleie (Orem, 1991, s. 17).

Brukermedvirkning er ifølge pasient- og brukerrettighetsloven en lovfestet rettighet i Norge (1999, § 3-1) og på Helsedirektoratets sider står det at: "Brukeren har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren». Brukermedvirkning har «...en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene" (2017). Det er viktig at sykepleier tar pasienten på alvor og behandler vedkommende med respekt, og opptrer tillitsfullt slik at pasienten opplever trygghet. Pasienten må føle at hjelp tilbys når

---

behovet er der. Videre står det at det viktigste i møtet mellom pasient og helsepersonell er god kommunikasjon (Helsedirektoratet, 2017).

Ved å ivareta pasientens rett til å medvirke vil sykepleier legge til rette for at pasienten kan komme med egne ønsker og synspunkter, og bli møtt på dette gjennom å være medbestemmende og delaktig innen det ernæringsmessige tiltaket som skal utformes. Dersom sykepleier ikke betrakter pasienten som en likeverdig partner under veiledningen og som et unikt individ, vil dette medføre at brukermedvirkning ikke blir ivaretatt, slik det står nevnt på Helsedirektoratets sider (2017). Resultatet kan bli at pasienten ikke får et eierforhold til tiltaket som utarbeides og det kan bli vanskelig å nå målene som er satt (Walseth et al., 2011). Det vil også være vanskelig for sykepleier å finne løsninger på hvordan pasienten kan benytte sine ressurser og hvordan disse kan utvikles dersom det ikke fokuseres på brukermedvirkning (Delbancho & Gerteis, 2016). Det er rimelig å si at sykepleier vil ha større mulighet til å fange opp om pasienten med ADHD er fokusert på veiledningens innhold og tema ved at sykepleier involverer vedkommende i samtalen. Fellesskapet mellom sykepleier og pasient, er ifølge studien til Skodol og Bender, en viktig og avgjørende faktor for behandlingsutfallet (2016).

Avslutningsvis innen tematikken brukermedvirkning kan vi nevne at det er svært viktig at sykepleier er seg bevisst sin posisjon og påvirkningskraft i sin rolle som veileder, noe som potensielt kan føre til ubalanse i relasjonen. Tveiten sier (2006) i sin forskning at prinsippene empowerment, brukermedvirkning og det å se pasienten som en ekspert på seg selv, representerer utfordringer i en veiledningssituasjon mellom sykepleier og pasient. Disse prinsippene kan være vanskelige å oppnå på grunn av makt-ubalanse og de nye rollene som pasient og sykepleier er i.

Orem sier at sykepleie er en kunstform som inneholder flere kunstarter, hvorav "the art of relating person-to-person to others" - kunsten å samhandle - er en av dem (1991, s. 23).

Orems teori hevder at sykepleier gjennom samhandlingsprosessen må innlede og opprettholde et forhold til pasienten som er preget av samarbeid, og at denne prosessen må arbeides med og utvikles så lenge relasjonen til pasienten består (Cavanagh, 2008, s. 34-35). Ifølge Cavanagh bruker Orem begrepet sykepleier-pasient-relasjon om fellesskapet mellom sykepleier og pasient (2008, s. 150).

:

Kristoffersen skriver at i veiledning kommer relasjonen først, og at den er selve “hjørnesteinen” (2012, s. 365). I relasjonen mellom sykepleier og pasient må sykepleier derfor bevisst bruke tid på å opparbeide en trygg og anerkjennende relasjon til pasienten før veiledningen starter, og denne må ivaretas gjennom veiledningen (Kristoffersen, 2012, s. 365).

Tveitens forskning hevder at det å kunne skape en relasjon er en av de mest avgjørende strategiene for å kunne gjennomføre en veiledning (2006). På bakgrunn av dette vil det være helt avgjørende at sykepleier har evnen til å bygge opp en relasjon når en pasient skal veiledes i ernæring. Gjennom praksiserfaring har vi opplevd at det å skape en relasjon med en pasient med ADHD potensielt kan være utfordrende. Pasienter med denne diagnosen kan ha vært utsatt for stigmatisering, noe som gjerne gir skamfølelse og en følelse av mindreverd (Hoem, 2013, s. 39). De kan derfor være mistroiske overfor ukjente/helsearbeidere. For å opparbeide en trygg og anerkjennende relasjon vil det, ifølge Rogers, være viktig å legge vekt på mellommenneskelig varme, empati og ekthet (Kristoffersen, 2012, s. 365). Dette kan føre til at pasienten tør å føle, tenke og uttrykke seg fritt mens sykepleier lytter oppmerksomt og interessert. Det er viktig at sykepleier gir ærlig tilbakemelding på det pasienten sier, og oppmuntrer til videre utforskning av tankene og følelsene i løpet av veiledningen (Kristoffersen, 2012, s. 365). Hvis sykepleier derimot ikke har evnen til å bygge opp en relasjon med pasienten vil tillit kanskje aldri oppstå, og det vil være vanskelig å få til et samarbeid og utføre veiledningen. Skodol & Benders studie (2016) bekrefter at forholdet mellom behandler og pasient er vesentlig i behandlingens utvikling og lindring av pasientens symptomer, og at dette fellesskapet er den avgjørende og viktigste faktoren for utfallet av behandlingen.

Begrepet kommunikasjon defineres som “utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere personer” (Eide & Eide, 2013, s. 17). Orem sier, som tidligere nevnt, at sykepleie er en kunstform som består av flere kunstarter, og “the art of talking” - kunsten å kommunisere - er en av dem. Hun sier videre at kunststartens formål er å forstå - via kommunikasjon - hva som er relevant for pasienten i enhver situasjon. Orem sier også at det er viktig at sykepleier er selvkritisk og spør seg selv om tilstrekkelig kunnskap innehas om kommunikasjon, og om kommunikasjonsteknikker mestres (1991, s. 23).

Yrkesutøvere – i dette tilfellet sykepleier – kommuniserer på en litt annen måte enn det som gjøres i dagliglivet. Profesjonell hjelpende kommunikasjon brukes med et helsefaglig



---

formål, og den bør være faglig begrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide, 2013, s. 20).

Nonverbal og verbal kommunikasjon foregår konstant mellom mennesker. Tegn og signaler oppfattes, tolkes og reageres på kontinuerlig selv om det ikke alltid er bevisst (Tveiten, 2015, s. 124). Det er gjennom samspillet mellom det nonverbale og verbale at det følelsesmessige forholdet mellom partene utvikler seg (Eide & Eide, 2013, s. 80), og ved bruk av nonverbal kommunikasjon kan sykepleier tone seg inn på pasienten i forsøk på å skape et tillitsforhold. Eide & Eide skriver at ved å tone seg inn på den andre viser man at man ser og oppfatter hva den andre er opptatt av, og dette virker både regulerende og bekreftende (2007, s. 156). Kroppsholdning og øyekontakt brukes bevisst i denne prosessen, og gjennom dette arbeidet vil forhåpentligvis sykepleier skape et fellesskap med pasienten. I motsatt fall kan sykepleier-pasient-relasjonen føre til usikkerhet og mistillit hos pasienten, med resultat at det vil bli vanskelig å veilede pasienten i ernæringsmessige tiltak. Skodol og Benders studie (2016) bekrefter at behandlers - her sykepleiers - ferdigheter og innstilling er avgjørende for å utvikle et produktivt fellesskap med pasienten, og at empati og bekreftelse av pasienten er avgjørende for å skape dette fellesskapet.

Orem sier at det er vesentlig at sykepleier tør å spørre spørsmål for å få overblikk over situasjonen slik at grunnleggende behov kan identifiseres og ivaretas (1991, s. 23). Ved å benytte åpne spørsmål, som starter med hva, hvordan eller hvorfor, vil målet være å få pasienten til å snakke ut fra egne følelser, opplevelser og tanker. Ved å for eksempel spørre: «Hva tenker du at målet med det ernæringsmessige tiltaket er?» «Hvordan ønsker du at livet skal være?» «Hvordan føles dette for deg?» vil pasienten forhåpentligvis snakke fritt og åpent, samt klargjøre og utforske egne tanker og følelser. Pasientens kunnskaper om seg selv vil forhåpentligvis også utvikles, og sykepleier kan utforske pasientens erfaringer sett fra dennes synspunkt. Eide & Eide skriver at dette er en forutsetning for å kunne yte god hjelp. På en annen side vil bruk av ledende/lukkede spørsmål som «det er vel ikke noe problem for deg?» og «du har vel kommet over det nå?» gir pasienten liten frihet, og det vil hindre utforsking av egne tanker og følelser (Eide & Eide, s. 276-279). Vi har selv erfaringer fra praksisfeltet hvor pasientens kunnskaper om seg selv har utviklet seg ved at vi har stilt åpne spørsmål, og pasientens posisjon og myndighet har blitt styrket gjennom utforskingen av egne erfaringer.

:

Ifølge Orems teori er behovet for ernæring ett av de åtte universelle egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 2008, s. 19-20). Ernæring er også ett av menneskets grunnleggende behov, og ett av sykepleiens mest sentrale gjøremål. Helsepersonelloven § 4 nevner begrepene *faglig forsvarlighet* og *omsorgsfull hjelp* (2000). Dette ligger i bunn ved all yrkesutøvelse, og det innebærer at god omsorg skal gis ved sykdom og medisinsk plage. Helsepersonell skal ivareta pasienten og dens grunnleggende behov, og det innebærer å være oppmerksom på behovet for ernæring. Ernæringsbehovet kan endre seg, og det bør derfor være fokus på dette under hele behandlingen (Helsepersonelloven, 2000; Kosthåndboken, 2012, s. 18-19). Det er viktig at sykepleier har teoretiske og praktiske kunnskaper innen ernæring og de ulike næringsstoffene for at pasienten skal få dekket sitt behov (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 161-207).

Symptomer på ADHD er blant annet indre uro, rastløshet og irritabilitet (Helsedirektoratet, 2017). Hjernen til en pasient med ADHD produserer mindre dopamin og har en lavere omsetning av glukose enn "normale" hjerner. Da hjernen sender beskjed om at den trenger mer glukose, opplever pasienten at lysten på raske karbohydrater - som lett omformes til glukose - øker. Kaker, brød, pasta og sjokolade velges lett, og den økte mengden glukose øker på sin side mengden av dopamin og serotonin i hjernen. En nylig utgitt studie viser at selvmedisinering med fettrike og sukkerrike matvarer forekommer for å balansere følelsesmessig uro hos barn med ADHD (Rios-Hernandez et al., 2017). Det er lett å forstå at de med ADHD selvmedisinerer seg med raske karbohydrater da sukkeret forbedrer oppmerksomheten, dopaminet skaper velvære, samt at serotoninet virker beroligende (Littman, 2017). Sykepleier bør være klar over at mat kan bli benyttet som trøst, belønning eller straff. Følelser, kan som nevnt ovenfor, påvirke appetitten på ulike måter, og det er derfor viktig å undersøke hva maten betyr for pasienten og vise respekt og ydmykhet for dette (Helsedirektoratet, 2016, s. 16).

Helsedirektoratet presenterer på sine sider resultater fra tidligere forskning på ernæringsmessige tiltak hos personer med ADHD-diagnose. De sier imidlertid at forskningen er mangelfull med hensyn til metodene som er benyttet, eller det er få utførte studier. Helsedirektoratet gjør derfor ikke ernæringsanbefalinger på bakgrunn av forskningen, men opplyser at det på sikt kan være aktuelt å endre anbefalingene på grunn av ny forskning (Helsedirektoratet, 2017). Duca (2010) fremlegger derimot i sin studie at det i løpet av de siste femten årene er foretatt mye forskning som viser en tydelig kobling mellom

---

næringsstoffer og ADHD. Dette bekreftes av Sarris et al. (2015) i sin studie om ernæring og psykisk helse hvor det kommer frem at det er sammenheng mellom god ernæring og psykisk helse. Ducas studie sier imidlertid at det konvensjonelle lege- og psykologimiljøet er kritiske til forskningen som er gjort på ernæringsmessige tiltak på ADHD hos barn. De anerkjenner forøvrig at god ernæring kan være positivt blant elever - med eller uten diagnoser - i skolesammenheng (Duca, 2010). Vi har selv erfart i praksis at ernæringsmessige tiltak opplevdes som gunstig for pasienten selv, og en omlegging av kostholdet med næringsrik mat førte til en bedre hverdag og mindre rastløshet.

I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier skal holde seg oppdatert på eget fagområde innen forskning, dokumentert praksis og utvikling, og anvende ny forskning i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette bekreftes av Helsedirektoratet som skriver at fagfolk som skal bistå personer med ADHD til enhver tid må holde seg oppdatert på feltet, slik at råd og veiledning stemmer med nyere forskningsfunn (2014, s. 55-58). Vi forstår dette som at sykepleier må holde seg oppdatert på forskningsfeltet vedrørende nye behandlingsmetoder - herunder ernæringsmessige tiltak - og skal kunne undervise og veilede pasienten med ADHD slik at denne kan oppleve et liv med færre symptomer. Orems teori sier at dersom pasienten selv er uvitende om helse og helseomsorg er det sykepleiers plikt å hjelpe denne til slik bevissthet og kunnskap (Cavanagh, 2008, s. 150). Vår erfaring er imidlertid at det er vanskelig å orientere seg i forskningsfeltet vedrørende ernæringstiltak rettet mot ADHD. Helsedirektoratet fremlegger ikke kostholdsanbefalinger til pasienter med ADHD samtidig som vi finner flere store forskningsrapporter som støtter nettopp ernæringsmessige tiltak. Vi har drøftet dette temaet med studenter og veiledere i praksis. Det kan oppleves som forvirrende for sykepleier når funnene og anbefalingene varierer i så stor grad. Det kan derfor være en utfordring å holde seg oppdatert innen ernæring og ADHD, samt å vite hvilke anbefalinger som troverdige.

Vi har funnet studier hvor resultatene viser at ulike ernæringsmessige tiltak kan virke symptomdempende på ADHD. Resultatene av disse funnene er i tråd med The International Society for Nutritional Psychiatry Research's uttalelse, som sier at det er overbevisende funn som tyder på at ernæring er en avgjørende faktor ved mentale diagnoser, og det foreslås at ernæring skal være en del av behandlingsopplegget (Sarris et al, 2015).

:

### **Few food diet (FFD)**

FFD - en diett der næringsstoffer elimineres og deretter gradvis tilføres ett for ett - har vist medium til stor effekt på symptomer på ADHD. FFD er anbefalt som en diett som varer fra ni dager til fire uker, og målet er å identifisere hvilke matvarer pasienten bør unngå. Dietten består av lam, kylling, poteter, ris, bananer, epler og ulike typer kål. Dette er matvarer som hevdes utvalgt på grunn av at de sjeldent gir negative reaksjoner. Forskningen sier imidlertid at matvarene som testes muligens bør tilpasses hvert enkelt individ på grunn av at alle er unike og reagerer ulikt. Resultatene fra FFD resulterer i den endelige behandlingen som er et helt individuelt tilpasset opplegg for pasienten (Pelsser et al., 2017).

På den ene siden hevder Pelsser et al. at FFD er et oppnåelig diett-tiltak (2017). På den andre siden uttrykker de at dietten er en omfattende prosess som kan ta inntil ett år å fullføre, og at det vil kreve motivasjon, god struktur og organisering hos pasienten for å gjennomføre dietten (Pelsser et al, 2017). Vår oppfatning er at ernæringstiltaket sett fra ett ståsted kan være krevende og utfordrende for pasienten. Tiltaket eliminerer en stor del av utvalget innen mat, og det vil kunne ta lang tid å identifisere de matvarene som pasienten ikke bør spise. Det vil også kreve tett oppfølging av pasienten, og sykepleier må inneha nødvendig kunnskap for å kunne veilede og undervise pasienten i dette tiltaket. Da pasienter med ADHD i tillegg kan ha problemer med å organisere arbeidsoppgaver og dermed streve med å gjennomføre planer, mener vi at det kan føre til utfordringer (Ørstavik, 2016, s. 12). Fra et annet ståsted viser denne studien at det er middels til stor effekt på FFD (Pelsser et al, 2017), og annen forskning bekrefter også at en eliminasjonsdiett kan føre til signifikant nedgang innen symptomer hos barn med ADHD (Duca, 2010).

### **Middelhavskosthold**

Studiet om middelhavskosthold viser at dette kostholdet kan virke positivt på symptomer på ADHD. Dette kostholdet er rikt, sunt og velbalansert. Det inneholder mye frukt, grønnsaker og fet fisk, samt de fleste nødvendige næringsstoffer. Forskningen fant at personer med diagnosen ADHD statistisk sett hadde et mer usunt kosthold med lavere inntak av grønnsaker, sitrusfrukter og fet fisk, og et større inntak av brus, sukker, kaffe og godterier enn de uten ADHD. For det første viser forskningen at innføring av enkelte ingredienser av middelhavskost har positive resultater på symptomdemping ved ADHD. For det andre hevder Rios-Hernandez et al at hele kostholdet - og ikke kun enkelte ingredienser - bør vurderes integrert i en kostholdsending (Rios-Hernandez et al., 2017). For det tredje

---

inneholder matvarer som kjøtt/fisk, nøtter, frø og egg aminosyren tryptofan. Tryptofan kan ha en direkte positiv påvirkning på humør, følelser og kognitive funksjoner, da tryptofan fører til økte konsentrasjoner av dopamin og noradrenalin.

### **Variert kosthold med økologisk dyrket mat.**

Ducas gjennomgang av forskning på ernæringsmessige tiltak i behandling av ADHD hos barn og voksne viser at flere tiltak - som dietter, tilskudd av vitaminer og næringsstoffer - har vist en reduksjon i symptomer på ADHD (2010). På bakgrunn av denne studien anbefales et kosthold basert på varierte og sammensatte næringsstoffer. Innledningsvis anbefales det å følge en diett fri for potensielle allergener, konserveringsmidler og bearbeidet sukker. Deretter introduseres et kosthold bestående av mest mulig proteiner av god kvalitet, økologisk dyrket mat, mye grønnsaker og frukt, samt matvarer med essensielle fettsyrer. Det påpekes også at det er viktig med tilstrekkelig væsketilførsel for transport av næringsstoffer til hjernen og for å fjerne avfallsstoffer. Raffinerte matvarer og sukker, transfett, kjemiske tilsetningsstoffer, fargestoffer og konserveringsmidler bør unngås (Duca, 2010).

Konklusjonen av studiet er at de ernæringsmessige tiltakene bør tilpasses hvert enkelt individ, da vi alle er unike biokjemiske og psykososiale vesener. Hver pasients individuelle respons på blir dermed avgjørende for hvilken behandling som er mest egnet i hvert tilfelle (Duca, 2010). Våre tanker er at dette kostholdet kan virke enkelt for pasienten å forholde seg til med mange valgmuligheter. Det kan derimot oppleves utfordrende å lære seg hva som skal unngås og hva slags mat som anbefales. Økologisk mat er i tillegg dyr her til lands og kan være vanskelig å få tak i.

Det er en vanlig oppfatning at tilførsel av sukker fører til hyperaktivitet (Helsedirektoratet, 2017). Noen studier i Ducas gjennomgang viser at inntak av sukker forverrer symptomer på ADHD, mens andre ikke konkluderer med dette (2010). Med grunnlag i Helsedirektoratets anbefalinger er det ikke grunnlag for å anbefale dietter uten sukker da dette ikke er klart dokumentert forskningsmessig (2017).

Vi har nå drøftet hjelpemetoden å veilede og rettlede en pasient. I det følgende kapittel skal vi drøfte forhold som omhandler hjelpemetoden å sørge for støtte.

:

## 4.2 Å sørge for fysisk og psykisk støtte

Hjelpemetoden *å sørge for fysisk og psykisk støtte* kombineres gjerne med veiledning og rettledning, da det forutsettes at sykepleier støtter pasienten på sin vei mot målet (Kristoffersen, 2014, s. 237). Orem sier at støtte som hjelpemethode brukes i situasjoner hvor pasienten står overfor noe smertefullt eller ubehagelig. Formålet med sykepleiers støtte er å hjelpe pasienten til å ta bestemte valg, samt medvirke til at pasienten blir i stand til å reflektere over en situasjon og gjennomføre bestemte handlinger (1991, s. 10). Ifølge Orem's teori betraktes psykisk støtte som et "forstående nærvær" (Cavanagh, 2008, s. 33). Orem sier at det er essensielt at sykepleier virkelig viser forståelse for hvordan pasienten opplever sin situasjon. Å vise aksept og forståelse kan medføre en motivasjon hos pasienten i bedringsprosessen, og bidra til at pasienten lettere kan ta imot sykepleie og lære seg å leve med sin diagnose (1991, s. 191).

Direkte støtte i form av anerkjennelse og oppmuntring viser at sykepleier lytter og er interessert. Denne form for støtte skaper også rom for pasienten og oppfordrer til utdypelse av samtaleemnet. I situasjoner hvor en pasient skal ta opp et problem eller dele følelser, kan for eksempel dårlig samvittighet eller skamfølelse sette en stopper for videre samtale. Å gi direkte støtte som "ja, bare fortsett" og "kan du fortelle litt mer om det?" vil virke oppmuntrende og anerkjennende, og formidle respekt og interesse fra sykepleiers side (Eide & Eide, 2013, s. 223). Vår erfaring fra praksis er at pasienter med ADHD kan synes det er ubehagelig å fortelle om enkelte erfaringer der impulsiviteten deres har ført til negative handlinger, eller til handlinger som "ikke passer seg". I slike tilfeller vil oppmuntring brukes som verktøy for at pasienten skal tørre å fortelle det vedkommende har på hjertet (Eide & Eide, 2013, s. 223). Det er imidlertid viktig at sykepleier ser at oppmuntring også innebærer et visst element av styring som kan påvirke fokus for samtalen. Ikke desto mindre kan oppmuntring brukes bevisst positivt til å stimulere pasienten til å utforske seg selv og sine egne følelser. Å reflektere over egne følelser sammen med sykepleier kan for det første føre til at pasienten selv oppdager at det finnes valgmuligheter som det kan velges mellom. For det andre skaper denne erkjennelsen ofte en retning på livet og krefter til å mestre det (Kristoffersen, 2012, s. 345). Walseth et al's (2011) kvalitative studie viser at pasienten ønsker at legen - i vårt tilfelle sykepleier - skal være en som pasienten både kan reflektere sammen med og utforske sine symptomer sammen med.

---

Orem skriver at sykepleiers blotte tilstedeværelse og motiverende ord kan være minst like viktig for pasienten som fysisk hjelp (1991, s. 10). Sykepleier kan vise sin forståelse nonverbalt med et blikk, et smil, et nikk eller et “mm”, eller verbalt med “ja”, “jeg skjønner”, “så trist” eller “så bra!”. Eide & Eide kaller dette bekræftende ferdigheter som viser at man lytter, ser og forstår den andre. At pasienten opplever at noen setter seg inn i hva han tenker og føler vil styrke selvfølelsen og oppleves godt (2013, s. 219-221). Hvis sykepleier derimot ikke benytter nevnte ferdigheter, og ikke følger verbalt og nonverbalt, kan pasienten selv få følelsen av å være uinteressant og ikke fortjene respekt, og kan oppleve sykepleier som distansert og kald. Litteraturstudien til Delbancho og Gerteis bekrefter at å gi følelsesmessig støtte er viktig for pasienten for å føles seg ivaretatt (2016).

Hjelpemetoden å gi fysisk og psykisk støtte kan gi pasienten den nødvendige trygghet og motivasjon til å utføre egenomsorg. Å få støtte kan gjøre det enklere og tryggere for pasienten å sette i gang og holde ut gjennomføringen av et tiltak, da det å ha med seg en “spesialist” kan redusere opplevelsen av stress (Orem, 1991, s. 10). Kristoffersen skriver at oppmuntring og støtte er viktig for å opprettholde ny atferd og vedlikeholde motivasjonen i situasjoner der nye ferdigheter skal testes og nye levemåter innarbeides (2012, s. 352). Det å innføre en livsstilsendring som et ernæringsmessig tiltak kan oppleves som en ukjent skremmende situasjon og pasienten kan mangle motivasjon og tro på egen mestringsevne. Med grunnlag i det vi vet om ADHD og ernæring vil en pasient med denne diagnosen kunne oppleve en slik situasjon utfordrende, da kroppen sender ut signaler som gjør at et usunt kosthold med raske karbohydrater er lett å velge fremfor nye sunnere matvarer. Forskning av Rios-Hernandez et al. bekrefter at pasienter med diagnosen ADHD ofte selvmedisinerer seg med fett- og sukkerrik mat for å balansere følelsene sine (2017). Det å tendere mot å velge usunne matvarer kan føre til at en kostholdsendring oppleves som et vanskelig mål å oppnå. Med sin støtte gir imidlertid sykepleier oppmuntring og hjelp til pasienten, noe som reduserer risikoen for at pasienten skal feile eller mislykkes (Kristoffersen, 2014, s. 237).

Orems teori sier at fysisk støtte kan sees på som et fellesskap hvor pasient og sykepleier - i et lagarbeid - skal dekke pasientens egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2008, s. 33). Ved en livsstilsendring, som et ernæringsmessig tiltak, vil det være aktuelt at sykepleier gir fysisk støtte ved å assistere pasienten i arbeidsoppgaver, som for eksempel å studere oppskrifter, skrive dags- og ukeplaner, handleliste, samt handle inn og tilberede mat. Det kan være aktuelt - i fellesskap med pasienten - å gå til butikken for å lære om hvordan nye sunne matvarer ser ut og hvor i lokalene de finnes. Det kan også være aktuelt at sykepleier

:

assisterer pasienten i oppskjæring, forberedelser og tilberedning av mat. Det er viktig at pasienten blir støttet i å utføre flest mulige arbeidsoppgaver for å få styrket mestringsfølelsen sin. Ikke desto mindre viktig er det at sykepleier er seg sitt ansvar bevisst for å vurdere hvor mye pasienten orker eller tåler før sykepleier skal gripe inn og assistere (Kristoffersen, 2014, s.237). Det er også rimelig at sykepleier har respekt for pasientens verdier og uttrykte behov. Pasientens konsentrasjonsevne, indre uro og impuls kontroll varierer gjerne, og sykepleier må hele tiden være fleksibel og åpen for at behandlingsopplegget kan forandres. Skodol og Benders (2016) litteraturstudie bekrefter at to av de viktigste faktorene for å danne fellesskapet mellom behandler og pasient, er at behandler har en åpen holdning og en villighet til å justere behandlingsopplegget ved behov.

Å utvikle et håp for fremtiden er avgjørende for pasienten, og vi kan bidra til dette ved å vise støtte og omsorg, og ikke være avvisende og fordømmende (Fjørtoft, 2012, s. 101). I praksis har vi erfaringer med at pasienter med ADHD uttrykker hvor viktig det er for dem at de blir respektert som et fullverdig menneske, og ikke blir stigmatisert for sin lidelse. Hoem skriver: "Et stigma er noe skamfullt og mindreverdige som stemples fast til deg" (2013, s. 39). Han sier at "hjerneskadd" og "jævelunger" er merkelapper som blir brukt om personer med diagnosen ADHD (Hoem, 2013, s. 39). Det er viktig at sykepleier er bevisst sine egne fordømmende tendenser - inkludert verbale og nonverbale tegn. Dette vil på den ene siden utvide sykepleiers kunnskap om seg selv, og på den andre siden vil det å gi direkte støtte føre til at pasienten opplever anerkjennelse og oppmuntring (Eide & Eide, 2013, s. 222). Eide & Eide skriver at ett nonverbalt tegn, for eksempel et hevet øyebryn eller et skeptisk blikk, kan være nok til å bryte ned den styrken og motivasjonen som pasienten har opparbeidet seg for å gjennomføre tiltaket (2013, s. 110).

Det er viktig at sykepleier anerkjenner pasienten som en ekspert på seg selv, og at brukermedvirkningsaspektet blir ivarettatt. Tveiten hevder i sin forskning at dette er utfordrende å oppnå på grunn av makt-ubalansen som er i rollene mellom helsesøster og pasient (2006). Vi mener at en slik ubalanse også kan være direkte overførbar på forholdet mellom sykepleier og pasient med ADHD, og at det kan vise seg å være utfordrende å skape en likeverdig relasjon. Sykepleier vil ha en kontrollerende funksjon og en rolle som ekspert. Pasienten kan ha dårlige erfaringer fra læresituasjoner fra tidligere i livet på grunn av sine symptomer på ADHD, noe som kan føre til at han har lav selvfølelse og selvtillit, og til at han er skeptisk til "autoriteter". Det er svært viktig at sykepleier motiverer og støtter pasienten slik at han føler seg trygg og likeverdig, da brukermedvirkningsprinsippet og det å



---

anerkjenne pasienten som ekspert på seg selv, er viktige bidrag i styrking av pasienten og i helsefremmende arbeid dersom de oppnås.

Vi har nå drøftet hjelpemetoden å sørge for fysisk og psykisk støtte til en pasient med ADHD. I det følgende kapittel skal vi drøfte forhold som omhandler hjelpemetoden å undervise.

### 4.3 Å undervise

Orems teori sier at hjelpemetoden å *undervise* brukes når pasienten trenger å tilegne seg nye kunnskaper og må lære seg nye ferdigheter for å mestre egenomsorgen (Kristoffersen, 2014, s. 237). I følge Tveiten har undervisning fellestrekk med veiledning og begge metodene har læring som mål. Å undervise innebærer å formidle kunnskap, mens veiledning dreier seg om å hjelpe den som veiledes til selv å oppdage hva som kan og skal læres (2015, s. 36). Orem sier, som nevnt tidligere i oppgaven, at sykepleie er en didaktisk kunst (1991, s. 60), som betyr undervisningslære. Vi forstår det som at sykepleier skal legge til rette for og evaluere undervisningen, samt være seg bevisst hva, hvordan og hvorfor det undervises (Didaktikk, 2016, avsnitt 1 og 2). Orems teori sier at sykepleier, i rollen som lærer og underviser, må ha evnen til å formidle sin kunnskap og sine ferdigheter videre til pasienten (Cavanagh, 2008, s.33-34). Undervisning kan imidlertid ikke skje hvis pasienten ikke er motivert, eller hvis denne er ubevisst om sin kunnskapsbrist eller ikke er interessert i å lære (Orem, 1991, s.12). Motivering av pasienten, slik at denne ser betydningen av det som skal læres, blir en oppgave for sykepleier (Kristoffersen, 2014, s. 237).

Undervisning og veiledning er ett av sykepleiers funksjons- og ansvarsområder, som skal bidra til læring, utvikling og mestring. Sykepleiers ansvar retter seg blant annet mot at pasienter og pårørende skal få sitt behov for forståelse og kunnskap dekket slik at de i kraft av sin brukermedvirkning kan ta valg vedrørende egen helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 17-19). Orem sier at for å kunne undervise må sykepleier ta hensyn til pasientens læringsbehov, samt identifisere dennes tidligere erfaringer, kunnskaper, bakgrunn, vaner og livsstil (1991, s. 12). I praksis vil det å undervise innebære at sykepleier kan beskrive og forklare hvilke egenomsorgsbehov pasienten har, hva slags behandling som

:

er mulig, hvordan pasienten selv kan ta del i egenomsorgen og hvilke metoder som kan brukes for å kompensere for begrensninger i pasientens egenomsorgsevne (Cavanagh, 2008, s. 33-34).

Orem sier at undervisningen bør tilpasses livserfaringen som den enkelte pasient har (1991, s.13). Kristoffersen bekrefter dette, og mener at sykepleier bør integrere og aktivt gjøre bruk av denne livserfaringen i undervisningssituasjonen (2012, s. 358). Det å knytte de nye kunnskapene og ferdighetene som skal læres direkte til konkrete situasjoner i pasientens hverdag, vil hjelpe i læringsprosessen. Dette er fordi mennesket er oppgave- eller problemorientert i måten å lære på (Kristoffersen, 2014, s. 358). Ved at sykepleier motiverer pasienten med ADHD til å fortelle hvordan dagliglivet har vært ved inntak av mye usunn mat, vil forhåpentligvis en bevissthet rundt dette emnet oppstå hos pasienten. Etter at sykepleier har undervist om diagnosen ADHD, og om hvordan mat og drikke påvirker pasientens hjerne og hormoner, kan det være rimelig å foreslå for pasienten at nye forskningsbaserte ernæringsmessige tiltak kan prøves ut. Da kan pasienten sammenligne tidligere erfaringer med nye, og forhåpentligvis - med en undersøkende og nysgjerrig holdning - teste ut om nytt kosthold kan virke dempende på pasientens symptomer.

En fordel ved undervisning er at den kan foregå når pasient og sykepleier er sammen, nesten uavhengig av situasjon. En av fordelene med å jobbe med pasient i hjemmesykepleien vil være at sykepleier følger opp pasienten over tid. Sykepleier vil kunne fungere som en rollemodell gjennom sin kunnskap om de ernæringsmessige tiltakene, og pasienten kan observere sykepleier ved for eksempel tilberedning av mat, og på denne måten tilegne seg kunnskap som han senere må få anledning til å praktisere (Kristoffersen, 2014, s. 238).

Orem sier at voksne lærer på en annen måte enn barn, og at undervisningen derfor må tilpasses alder så vel som utdanning og erfaring (1991, s. 13). Kristoffersen bekrefter dette, og hevder at voksne ofte er motivert til å få kunnskap som er nødvendig for å mestre livssituasjonen (2012, s. 358-359). Vi ser imidlertid at en voksen pasient med ADHD kan ha andre utfordringer i en undervisningssituasjon enn voksne uten denne diagnosen. Indre rastløshet og vansker med å sitte stille, vansker med å holde fast på og utføre instruksjoner, samt at de lett kan avbryte sykepleier, kan være utfordringer som pasient og sykepleier må hankses med (Hoem, 2013, s. 139-140). Sett i et slikt lys vil det være svært viktig at sykepleier har kompetanse om selve undervisningsprinsippene, for eksempel MAKVIS.

---

*MAKVIS* er seks sentrale undervisningsprinsipper som sykepleier bør være seg bevisst. *M* står for *Motivasjon*, og sykepleier har ansvar for å sikre seg at pasienten har forstått behovet for undervisning. *A* står for *Aktivisering*, og dette viser til at pasienten skal aktiviseres mentalt ved spørsmål og bevisstgjøring, og ved praktisk aktivisering. *K* betyr *Konkretisering*, som omhandler å gi eksempler eller bruke modeller og figurer i undervisningen. Vi tenker at dette kan være et godt tiltak ved pasient med ADHD. Mange med denne diagnosen er svært kreative og idèrike, og vår erfaring er at de lærer lett ved bruk av farger og figurativt undervisningsmaterieil. *V* står for *Variasjon*, og er et viktig undervisningsprinsipp, spesielt hvis undervisningen tar tid. Dårlig konsentrasjonsevne og impulsivitet gjør det ofte vanskelig for en pasient med ADHD å sitte stille. Det vil derfor være viktig at sykepleier benytter ulike metoder samtidig som det legges inn jevnlig pauser i undervisningen. *I* står for *Individualisering*. Dette prinsippet indikerer at undervisningen skal planlegges ut fra pasientens situasjon og være individuelt tilpasset. Vårt syn er at sykepleier skal bruke “hele seg” og tone seg inn på hver enkelt pasient for så å behandle denne unikt (Kristoffersen, 2012, s. 358-359). En helt individuelt tilpasset behandling og undervisning støttes av Tveitens forskning (2006) og Orem (1991, s. 61), som begge sier at sykepleier skal bruke sin opparbeidede kunnskap, egne erfaringer, samt intuisjon og magefølelse i veiledning og undervisning av pasienten. Forskningen til både Duca (2010) og Pelsser et al. (2017) påpeker også viktigheten av et individuelt tilpasset kosthold, da vi mennesker er ulike biokjemiske og psykososiale organismer, og dermed bør behandles unikt. *S* står for prinsippet *Sosialisering*, som betyr at læring fortrinnsvis kan skje i gruppe sammen med andre, da dette gir et større erfaringsgrunnlag for pasientene å lære fra (Kristoffersen, 2012, s. 358-359).

Ved å ha kunnskap om *MAKVIS* mener vi at sykepleier vil ha gode forutsetninger for å øke sin bevissthet og kompetanse under planlegging og gjennomføringen av undervisningen. Forskning gjort av Tveiten bekrefter at det er helt nødvendig for helsesøster å ha veiledningskompetanse for å fylle rollen og funksjonen som veileder. Forskningens konklusjon er at helsesøstre ønsker å øke sin veiledningskompetanse (Tveiten, 2006).

Voksne blir mer motivert av egne indre behov enn av ytre belønning. Derfor bør undervisningen baseres på pasientens behov og utføres i samarbeid med pasienten. (Kristoffersen, 2012, s. 358). Orem støtter dette og sier at for å planlegge og gjennomføre undervisningen må også pasientens ønsker og egenomsorgsbehov tas hensyn til (1991, s.

:

12). Å være med på å bestemme undervisningens innhold og mål vil dermed gjøre pasienten mer motivert. Det er viktig for voksnes selvbilde å bli anerkjent som en ekspert på seg selv, og å være selvstyrt. Dette vil i utgangspunktet føre til at pasienten inntar en aktiv rolle i undervisningen (Kristoffersen, 2012, s. 358). Med grunnlag i dette vil pasienten selv, i kraft av sin indre motivasjon og brukermedvirkning, være med på å vurdere - og bestemme - hvilket av de foreslåtte forskningsbaserte ernæringsmessige tiltakene som eventuelt skal prøves ut. Om det er middelhavskosthold (Rios-Hernandez et al, 2017), et organisk kosthold (Duca, 2010) eller FFD blir helt opp til pasienten å avgjøre (Pelsser et al, 2017). Sykepleier vil imidlertid legge til rette for at pasienten tar denne avgjørelsen på bakgrunn av kommunikasjon og refleksjon rundt fordeler og ulemper sammen med sykepleier. Tveitens forskning sier at ved siden av å ha evnen til å skape en relasjon og å være god på kommunikasjon, er det å være en rollemodell et viktig aspekt ved veiledning (2006). Forskning gjort av Delbancho et al. bekrefter at det er viktig med god kommunikasjon mellom pasient og tjenesteyterne. Dette innebærer både informasjon, veiledning og undervisning (2016).

---

## 5. Konklusjon

Ernæringsmessige tiltak spiller en sentral rolle i behandlingen av ADHD. Det anbefales et innholdsrikt sunt kosthold basert på grønnsaker, frukt, gode proteinkilder og fisk. Det fremlegges også positive resultater med FFD, som innebærer en diett bestående av få matvarer som gjennomføres over en kortere periode. Det er viktig at tiltakene tilpasses hver enkelt da alle er unike individer.

Vi har gjennom søk i litteratur og forskning kommet frem til at veiledning innen ernæringsmessige tiltak avhenger av ulike faktorer. Sykepleier må inneha veiledningskompetanse for å fylle rollen og funksjonen som veileder. En pasientsentrert tilnærming under veiledning er nødvendig og en individualisert veiledning gir gode resultater. Kommunikasjon er kjernen i veiledning, og evnen til å skape en relasjon og til å være en rollemodell innebærer også viktige aspekter ved veiledning. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende for behandlingsutfallet. Ved å fokusere på det individuelle så retter vi fokuset på brukermedvirkning og at pasienten er ekspert på seg selv.

At brukermedvirkningsaspektet blir ivaretatt er viktig for pasienten, men det viser seg at dette kan være vanskelig å oppnå da det foreligger en makt-ubalanse mellom sykepleier og pasient. Dette skyldes at sykepleier vil ha en kontrollerende rolle og en rolle som ekspert i forhold til pasienten. Sykepleier må derfor være bevisst sin posisjon og påvirkningskraft i rollen som veileder for å anerkjenne pasienten som en ekspert på seg selv og styrke dennes medbestemmelsesrett.

Vår oppgave vil være svært aktuell for sykepleiere som jobber i en veiledningssituasjon med pasienter med diagnosen ADHD. Den vil også være aktuell i ulike sykepleier-pasient-relasjoner da forhold under det å veilede og rettlede, å gi fysisk og psykisk støtte, samt å undervise omhandler relevante temaer som sykepleier vil kunne benytte i praksisfeltet.

Vi vil etter dette arbeidet stå bedre rustet til å veilede innen ernæringsmessige tiltak. Vi har fått ny innsikt om hvordan ernæring kan påvirke humør, følelser og kognitive funksjoner. Stoffer som finnes i matvarer kan påvirke konsentrasjonen av dopamin, serotonin og noradrenalin i hjernen på samme måte som sentralstimulerende medikamenter. Forskingen på fagfeltet ernæring og ADHD er i stadig utvikling, og det er viktig at sykepleier holder seg kontinuerlig oppdatert innen fagfeltet.

:

## 6. Litteraturhenvisning

\*Asp, N.-G. & Bender, D. A. (2005). Carbohydrate metabolism. I C. Geissler & H. Powers (Red.), *Human Nutrition*. (11. utg., s. 121-122). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.

\*Cavanagh, S. J. (2008). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red. ), *Grunnleggende sykepleie bind 2*, (2. utg., s. 15-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Delbancho, T., Gerteis, M., Aronson, M. D. & Sokol, H. N. (2016). *A patient-centered view of the clicician-patient relationship* (Forskningsartikkel, UpToDate). Hentet fra [http://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?source=search\\_result&search=communication&selectedTitle=1%7E150#H13](http://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?source=search_result&search=communication&selectedTitle=1%7E150#H13)

\*Didaktikk. (2016). I Wikipedia. Hentet 22. mai 2017, fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Didaktikk>

\*Duca, A. (2010). *Nutritional Considerations in the Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. (Journal of the Council on Nutrition of the American Chiropractic Association, Vol 33, No. 4, 2010).

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

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg., s. 12-28 og 99-126). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

\*Folkehelseinstituttet. (2016). *Litteratursøk*. Hentet fra <https://www.fhi.no/div/bibliotek/litteratursok/>

- 
- \*Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29. §§ 1, 7. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- \*Grønneberg, S. V. (2016). ADHD-diagnosen forteller barn at de er verdiløse. Hentet fra <http://forskning.no/meninger/kronikk/2016/12/adhd-diagnosen-forteller-barn-de-er-verdilose>
- \*Hansen, E., T. (2015, 11. mai). Dette er ADHD og dette er mytene. *Aftenposten Oppvekst*. Hentet fra [http://www.aftenposten.no/familieogoppvekst/Dette-er-ADHD\\_-og-dette-er-mytene-7802b.html](http://www.aftenposten.no/familieogoppvekst/Dette-er-ADHD_-og-dette-er-mytene-7802b.html)
- \*Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- \*Helsebiblioteket. (s.a.). *Alle databaser*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>
- \*Helsedirektoratet. (2014). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. Hentet fra <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Rapporter%20og%20dokumenter/ADHD-IS-2062.pdf>
- \*Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- \*Helsedirektoratet. (2017). *Ernæring ved ADHD/ Hyperkinetisk forstyrrelse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/seksjon?Tittel=ernering-ved-adhd-hyperkinetisk-10038>
- \*Helsedirektoratet. (2017). *Forekomst og kjønnsforskjeller ved ADHD*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/seksjon?Tittel=forekomst-og-kjonnsforskjeller-ved-1292>
- \*Helsedirektoratet. (2017). *ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse og kjernesymptomer*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/seksjon?Tittel=adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse-og-1287>

\*Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. (Veileder IS-2076). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

\*Helsedirektoratet. (2014). *Kartlegging og diagnostisering*. Hentet

fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/seksjon?Tittel=kartlegging-og-diagnostisering-10764>

\*Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>

\*Hoem, S. (2013). *Ung med ADHD*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2014). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2014). Om sykepleie. I N. J.

Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg., s. 281-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.



---

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2014). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Lauritzen, L. & Sørensen, L. B. (2015). Kost og hjernens præstationsevne. I A. Astrup, S. Bügel, J. Dyerberg & S. Stender (Red.), *Menneskets ernæring*. (4. utg., s. 651-666). København: Munksgaard.

\*Lingås, L. G. (2008). Etik og verdivalg i helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Littman, E. (2017). What the ADHD brain wants – and why. *ADDitude*, 17(3), 38-41. Hentet fra <https://www.additudemag.com/brain-stimulation-and-adhd-cravings-addiction-and-regulation/>

\*Napha. (2017). *Recovery*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>

\*Nightingale, F. (2005). *Notes on nursing. What it is and what it is not*. Hentet fra [http://www.gutenberg.org/files/17366/17366-h/17366-h.htm#VI\\_TAKING\\_FOOD](http://www.gutenberg.org/files/17366/17366-h/17366-h.htm#VI_TAKING_FOOD)

\*Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

\*Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. Missouri: Mosby-Year Book. Inc.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63, §§ 3-1. (2015).

\*Pelsser, L. M., Frankena, K., Toorman, J. & Pereira, R. R. (2017). *Diet and ADHD, Review the Evidence: A systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions on the Behaviour of Children with*

:

*ADHD*. (PLOS ONE January 2017). Hentet fra

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0169277>

Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31. (2015). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>

\*Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanza-Martinez, V., Freeman, M. P. et al. (2015). *Nutritional medicine as mainstream in psychiatry*. (Lancet Psychiatry Volume 2, number 3, March 2015). Hentet fra

[http://thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)00051-0/abstract](http://thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)00051-0/abstract)

\*Skodol, A., Bender, D., Stein, M. B. & Hermann, R. (2016). *Establishing and maintaining a therapeutic relationship in psychiatric practice*. Lokalisert på

[https://www.uptodate.com/contents/establishing-and-maintaining-a-therapeutic-relationship-in-psychiatric-practice?source=search\\_result&search=patient%20participation;mental%20illness&selectedTitle=20~150#H14925310](https://www.uptodate.com/contents/establishing-and-maintaining-a-therapeutic-relationship-in-psychiatric-practice?source=search_result&search=patient%20participation;mental%20illness&selectedTitle=20~150#H14925310)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2013). *Psykiatriboken sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Svartdal, F. (2016). Reliabilitet. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 22. april 2017, fra <https://snl.no/reliabilitet>

Tveiten, S. (2014). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Tveiten, S. (2015). *Veiledning – mer enn ord...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Vågan, A., Eika, K. & Skirbekk, H. (2016). *Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring*. Sykepleien Forskning (11, 2016). Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2016/12/helsepedagogisk-kompetanse-laering-og-mestring-en-systematisk-litteraturoversikt>

\*Walseth, L. T., Abildsnes, E. & Skei, E. (2011). *Patients` experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29 (2), 99- 103. Hentet

fra <http://informahealthcare.com/doi/full/10.3109/02813432.2011.553995>

\*Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge. En statusrapport*. Folkehelseinstituttet (Rapport 2016:4, 2016). Hentet fra

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/adhd\\_i\\_norge.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/adhd_i_norge.pdf)

Aagard, H. & Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring. I M. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2*. 2. utg., s. 161-201). Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Vedlegg 1:** søk i Oria, side 1 av 2.

Cavanagh, S. J. (2008). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Søkemotor	Søkeord	Filter	Antall treff	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	Dorothea Orem	Trykte bøker	4	2	1

Geissler, C. & Powers, H. (2005). *Human Nutrition*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.

Astrup, A., Bügel, S., Dyerberg, J. & Stender, S. (2015). *Menneskets ernæring*. København: Munksgaard.

Søkemotor	Søkeord	Filter	Antall ord	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	ADHD ernæring	Trykte bøker	4	4	2

Hoem, S. (2013). *Ung med ADHD*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Søkemotor	Søkeord	Filter	Antall ord	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	ADHD	Trykte bøker	175	20	2

---

**Vedlegg 1:** søk i Oria, side 2 av 2.

Tveiten, S. (2013). *Veiledning – mer enn ord...* Bergen: Fagbokforlaget.

Søkemotor	Søkeord	Filter	Antall treff	Leste forord	Bøker inkludert
Oria	Sidsel Tveiten	Trykte bøker	10	5	1

## Vedlegg 2; PICO-skjema som skal brukes i forberedelse til litteratursøk

**Problemstillingen bør formuleres som et spørsmål.**

**Spørsmålet skal bestå av følgende 4 (evt. 3) deler (etter PICO-modellen):**

1. **Patient/problem.** Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om? **Unge voksne menn med ADHD.**
2. **Intervention.** Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om? **Ernæringsmessige tiltak**
3. **Comparison.** Hva sammenlignes intervensjonen med?
4. **Outcome.** Hvilke effekter/utfall er av interesse? **Mindre symptomer på ADHD.**

**Skriv hele spørsmålet her:**

**Hvordan kan sykepleier veilede pasient med ADHD til ernæringsmessige tiltak som virker symptomdempende?**

**Kjernespørsmål:**

**Hvilke ernæringsmessige tiltak kan sykepleier benytte for at pasient med ADHD kan oppnå symptomdemping?**

**Hvilke metoder kan sykepleier bruke for å veilede til livsstilsendring?**

**Hvilke erfaringer har pasient med livsstilsendring?**

**Hva slags type spørsmål er dette?**

- Diagnose
- Prognose
- Etiologi
- Effekt av tiltak
- (Pasient)erfaringer

Bruk tabellen "Hvilke databaser/ressurser søkes ved hvilke typer spørsmål?" for å finne ut hvilke baser som er aktuelle for denne typen spørsmål.

Tabellen finnes også i Medisinsk biblioteks hefte "Jakten på informasjon" og på Medisinsk biblioteks ressurside for Evidensbasert praksis. Gå via: [www.uus.no/medbib](http://www.uus.no/medbib)

**Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen?**

Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Det kan være lurt å dele opp søkeordene etter hva som gjelder/beskriver pasienten, intervensjonen/eksposisjonen, sammenligningen og utfallet.

<b>P</b> <b>person/pasient/problem</b>	<b>I</b> <b>intervensjon/eksposisjon</b>	<b>C</b> <b>evt. sammenligning</b>	<b>O</b> <b>utfall</b>
Patient	Health nutrition		Less symptoms ADHD/
Men	Diet		færre symptomer på
ADHD	Ernæringsmessige tiltak		ADHD
Young adult	Kostholdsending		
Adolescents			

### Vedlegg 3; PICO-skjema som skal brukes i forberedelse til litteratursøk

**Problemstillingen bør formuleres som et spørsmål.**

**Spørsmålet skal bestå av følgende 4 (evt. 3) deler (etter PICO-modellen):**

5. **Patient/problem.** Hvilke pasienter/tilstand/sykdom dreier det seg om? Pasient, adult
6. **Intervention.** Hvilken intervensjon/eksposisjon dreier det seg om? Veiledning
7. **Comparison.** Hva sammenlignes intervensjonen med?
8. **Outcome.** Hvilke effekter/utfall er av interesse? Styrke behandler-pasient-fellesskapet

**Skriv hele spørsmålet her:**

**Hvordan kan sykepleier veilede pasient med ADHD til ernæringsmessige tiltak som virker symptomdempende?**

**Kjernespørsmål:**

**Hva slags type spørsmål er dette?**

- Diagnose
- Prognose
- Etiologi
- Effekt av tiltak
- (Pasient)erfaringer

Bruk tabellen "Hvilke databaser/ressurser søkes ved hvilke typer spørsmål?" for å finne ut hvilke baser som er aktuelle for denne typen spørsmål.

Tabellen finnes også i Medisinsk biblioteks hefte "Jakten på informasjon" og på Medisinsk biblioteks ressurside for Evidensbasert praksis. Gå via: [www.uus.no/medbib](http://www.uus.no/medbib)

**Hvilke søkeord er aktuelle for å dekke problemstillingen?**

Bruk engelske ord, og pass på å få med alle synonymer. Det kan være lurt å dele opp søkeordene etter hva som gjelder/beskriver pasienten, intervensjonen/eksposisjonen, sammenligningen og utfallet.



---

<b>P</b> <b>person/pasient/problem</b>	<b>I</b> <b>intervensjon/eksposisjon</b>	<b>C</b> <b>evt. sammenligning</b>	<b>O</b> <b>utfall</b>
Patient	Veiledning		Styrke behandler-pasient- fellesskapet
Adults	Supporting Counselling		Enrich therapeutic relationship/ clinician- patient-relationship

**Vedlegg 4: forskningssøk, side 1 av 3.**

**”A patient-centered view of the clinician-patient relationship”** av T. Delbancho og M. Gerteis. 2016.

**”Establishing and maintaining a therapeutic relationship in psychiatric practice”** av A. Skodol og D. Bender. 2016.

Dato for søk: 18.04.17.

Funn høyt oppe i kunnskapspyramiden innebærer at forskningen er fagfellevurdert.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Helsebiblioteket	”Enrich therapeutic relationship”	De to første i UpToDate	2	2	2

**”The Mediterranean Diet and ADHD in Children and Adolescents”** av A. Rios-Hernandez, J. A. Alda, A. Farran-Codina, E. Ferreira-Garcia og M. Izquierdo-Pulido. 2017.

**”Diet and ADHD, Reviewing the Evidence: A Systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions of the Behavior of Children with ADHD”** av L. M. Pelsser, K. Frankena, J. Toorman og R. R. Pereira. 2017.

Dato for søk: 28.03.17.

Publikasjonsdato: maks 5 år.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Pubmed	”diet” ”food” ”ADHD” ”Children”	5	4	4	2

	"2017"				
--	--------	--	--	--	--

**"Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study"** av L. T. Walseth, E. Abildsnes og E. Skei. 2011.

Dato for søk: 18.04.17.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	"patient" "lifestyle" "counselling" "qualitative"	4	3	3	1

**"Nutritional Considerations in the Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder"** av R. A. Duca. 2010.

Dato for søk: 10.05.17.

Søkeperiode: 2010-2017.

Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	"ADHD in children" AND "food"	9	4	4	1

**"The Public Health Nurses' Client Supervision"** av Sidsel Tveiten. 2006.

Dato for søk: 08.05.17.

:

Vi fant navnet hennes i vår pensumlitteratur; Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, ”Grunnleggende sykepleie bind 3” i kapittelet ”Den myndige pasienten”. Vi gikk i litteraturlisten på kapittelet og fant referansen til doktorgradsavhandlingen der. Vi søkte så opp i Oria og fant den i Høgskolens bibliotek, Elverum, hvor vi bestilte og lånte den.

Vi har gjennom oppgaveperioden erfart at antall søkefunn forandrer seg over tid.