

**Nattfaste i sykehjem:**

**En kvalitativ studie om helsepersonells erfaringer med pilotprosjektet "Redusert nattfaste for beboere i sykehjem"**



**Universitetet  
i Stavanger**

**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Selvvalgt fordypning**

**Masteroppgave (50 studiepoeng)**

**Siv Janne C Salomonsen**

**Veileder: Signe Berit Bentsen, Professor**

**10 Desember 2015**

# UNIVERSITETET I STAVANGER

## MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

### MASTEROPPGAVE

**SEMESTER:** Høst 2015

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Siv Janne C Salomonsen

**VEILEDER:** Signe Berit Bentsen, Professor

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:** Nattfaste i sykehjem: En kvalitativ studie om helsepersonells erfaringer med pilotprosjektet "Redusert nattfaste for beboere i sykehjem".

**Engelsk tittel:** Overnight-fasting in nursing home: A qualitative study of health personnel's experiences with the pilot project "Reduced overnight-fasting for residents in nursing homes".

**EMNEORD/STIKKORD:**

Demens, eldre, nattfaste, smoothies (næringsdrikker), under- og feilernæring og uro.

**ANTALL SIDER:** 85 + vedlegg

**STAVANGER:** 10/12-2015

## **Forord**

Denne studien er en del av min mastergradstudium i Helsevitenskap, selvvalgt fordypning ved Universitetet i Stavanger. Studien har vært umulig å gjennomføre alene og jeg vil med stor ydmykhet rette stor takk til alle som har bidratt.

Først vil jeg rette takk til helsepersonell på sykehjem som viste meg tillit, og sa seg villig til å fortelle om sine erfaringer og opplevelser om prosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”. Deres bidrag har gitt meg en større forståelse og kunnskap om ernæring og smoothies til beboere i sykehjem, og jeg håper at denne oppgaven kan bidra til å viderefremme den innsikt og kunnskap jeg har fått. Jeg håper også evalueringen av dette prosjektet kan komme helsepersonell, sykehjemmet og andre til nytte. Jeg vil også rette en takk til ledelsen ved sykehjemmet som hadde tillitt til meg og som hjalp meg med nødvendig data og informasjon slik at jeg kunne gjennomføre denne masteroppgaven.

Deretter vil jeg rette en stor takk til min veileder Signe Berit Bentsen ved UiS. Din veiledning og dine tilbakemeldinger har vært til uvurderlig hjelp i prosessen. Gjennom rettleiding steg for steg har denne oppgaven tatt form til det resultatet jeg er fornøyd med.

Takk også til familie, venner, og medstudenter som har vist interesse for prosjektet gjennom lang tid, og gitt støtte, forståelse og oppmuntring. Særlig stor takk til min mann Kurt og min sønn Noah for deres tålmodighet, og som har måtte leve med en stresset kone og mamma i en hektisk skriveperiode.

Tusen takk!

Desember 2015

Siv Janne C Salomonsen

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 Studiens bakgrunn og hensikt.....	8
1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål .....	9
1.3 Oppgavens struktur .....	10
<b>2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK OG TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>11</b>
2.1 Søk etter relevant litteratur .....	11
2.2 Eldre .....	11
2.3 Aldringsprosessens innvirkning på mat og måltider i sykehjem.....	12
2.4 Økt behov for væske, vitaminer, mineraler og fiber .....	13
2.4.1 Væske .....	13
2.4.2 Vitaminer og mineraler .....	13
2.4.3 Fiber .....	14
2.5 Demens hos eldre i sykehjem .....	14
2.6 Under- og feilernæring hos eldre i sykehjem .....	15
2.7 Nattfaste .....	16
2.8 Vurdering av ernæringsstatus til beboere i sykehjem.....	17
2.9 Energirike smoothies .....	17
2.10 Helsepersonells kompetanse om ernæring .....	18
<b>3 METODE OG METODOLOGISK REFLEKSJONER</b> .....	<b>20</b>
3.1 Kvalitativ metode.....	20
3.2 Valg av vitenskapsteoretisk grunnlag .....	20
3.2.1 Hermeneutikk .....	20
3.3 Egen forforståelse .....	21
3.4 Fokusgruppe intervju .....	22
3.5 Utvelgelse av deltakere.....	23
3.5.1 Presentasjon av utvalget.....	24
3.6 Intervjuguide.....	26
3.7 Gjennomføring .....	27
3.8 Transkribering .....	30
3.9 Analyse .....	31
3.9.1 Kvalitativ innholdsanalyse .....	31
3.10 Troverdighet .....	34
3.11 Etisk refleksjon .....	37
<b>4. PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>38</b>
1.0 Noen tåler ikke smoothies .....	39
1.1 Fordøyelsesproblemer og tarmfunksjon .....	39
1.2 Kvalme .....	39
2.0 Individuell tilpasning .....	40
2.1 Tilsetter næringsstoffer.....	40
2.2 Bedre resultat med andre ingredienser og metoder .....	41
2.3 Mer frukt med smoothies .....	42

<b>3.0 Endring i vekt</b> .....	<b>42</b>
3.1 Vekttap og vektøkning .....	42
3.2 Innføring av ernæringslister .....	44
<b>4.0 Smoothies gir energi</b> .....	<b>45</b>
4.1 Ingen forskjell i nattevåk og uro .....	45
4.2 Foretrekker smoothies om dagen .....	45
<b>5.0 "Beboernes opplevelser" med smoothies</b> .....	<b>46</b>
5.1 Liker best norsk tradisjonell kost .....	46
5.2 Noen går lei av smoothies .....	47
5.3 Noen liker smoothies .....	47
<b>1.0 Mer bevissthet på ernæring</b> .....	<b>49</b>
1.1 Redusert nattfaste .....	49
1.2 Mer variasjon og bedre utvalg .....	50
1.3 Andre måltidsrutiner .....	51
<b>2.0 Bevissthet på å ta ansvar</b> .....	<b>52</b>
<b>3.0 Behov for mer kompetanse om ernæring</b> .....	<b>53</b>
<b>5.0 DRØFTING AV FUNN</b> .....	<b>54</b>
<b>5.1 Noen tåler ikke smoothies</b> .....	<b>54</b>
5.1.1 Fordøyelsesproblemer og tarmfunksjon .....	54
5.1.2 Kvalme .....	55
<b>6.2 Individuell tilpasning</b> .....	<b>56</b>
6.2.1 Tilsetter næringsstoffer .....	56
6.2.2 Bedre resultater med andre ingredienser og metoder .....	57
6.2.3 Mer frukt med smoothies .....	59
<b>6.3 Endring i vekt</b> .....	<b>59</b>
6.3.1 Vekttap og vektøkning .....	59
6.3.2 Innføring av ernæringslister .....	63
<b>6.4 Smoothies gir energi</b> .....	<b>64</b>
6.4.1 Ingen forskjell i nattevåk og uro .....	64
6.4.2 Foretrekker smoothies om dagen .....	65
<b>6.5 "Beboernes opplevelser" med smoothies</b> .....	<b>65</b>
6.5.1 Liker best norsk tradisjonell kost .....	65
6.5.2 Noen går lei av smoothies .....	66
6.5.3 Noen liker smoothies .....	66
<b>7.1 Mer bevisst på ernæring</b> .....	<b>67</b>
7.1.1 Redusert nattfaste .....	67
7.1.2 Mer variasjon og bedre utvalg .....	69
7.1.3 Andre måltidsrutiner .....	70
<b>7.2 Bevissthet på å ta ansvar</b> .....	<b>70</b>
<b>7.3 Behov for mer kompetanse om ernæring</b> .....	<b>71</b>
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>73</b>

<b>6.1. Oppsummerende betraktninger.....</b>	<b>73</b>
<b>6.2 Studiens avgrensing.....</b>	<b>76</b>
<b>6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....</b>	<b>76</b>
<b>7.0 REFERANSER .....</b>	<b>78</b>

- Vedlegg I:** Oppskrifter på smoothies
- Vedlegg II:** Funn fra forskning og artikler
- Vedlegg III:** Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
- Vedlegg IV:** Intervjuguide
- Vedlegg V:** Innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman
- Vedlegg VI:** Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Mange eldre beboere i sykehjem har flere sykdomstilstander som kan medføre økt risiko for utvikling av under- og feilernæring. Demente personer kan kjenne på rastløshet og uro når de kjenner seg sultne. De ber nødvendigvis ikke om mat selv. Ut fra dette har det blitt gjennomført et pilotprosjekt ved to sykehjem i en kommune i Rogaland. Målet har vært å redusere nattfasten, redusere nattvandring og uro hos demente, bedre ernæringstilstanden for sykehjemsbeboere, samt å øke kompetansen hos helsearbeidere på næringsbehov hos eldre. For å redusere nattfasten ble de eldre tilbudt energirike smoothies ved sengetid og for de som er oppe om natten.

**Hensikt:** Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”.

**Metode:** Problemstillingen i denne studien søker å belyse helsepersonells egne erfaringer, det ble derfor valgt en kvalitativ metode med bruk av fokusgruppeintervju. Deltakerne i studien er helsepersonell fra to sykehjem i samme kommune. Det ble utført 3 fokusgruppeintervju. Data ble tatt opp på lydbånd, transkribert, og analysert ved hjelp av innholdsanalyse.

**Funn:** Helsepersonell uttrykker at de merket ingen forskjell i nattevåk og uro. Noen beboere fikk mye energi, og smoothies på dagtid mellom frokost og middag var derfor å foretrekke. Det var likevel enighet blant helsepersonell om viktigheten av å få et måltid om kvelden og om natten for de som var våkne og urolig. For å sikre at ikke nattfasten blir for lang kan endring av måltidsrytme, innta flere små måltider i løpet av dagen, samt å øke energi- og næringstettheten på maten være gunstig for de som har behov for det. Helsepersonell ønsker mer kompetanse om ernæring og smoothies, og hvilken effekt ulike næringsstoffer har i forhold til under- og feilernæring, og ved sykdom som demens.

**Konklusjon:** For å redusere nattfasten er et sent kveldsmåltid å foretrekke. Om det er smoothies eller annen type mat har ikke så stor betydning. Smoothies foretrekkes helst på dagtid da det gir mye energi.

**Nøkkelord:** Demens, eldre, nattfaste, smoothies (næringsdrikker), under- og feilernæring og uro.

## 1.0 INNLEDNING

Nærings- og energirik mat og drikke er av stor betydning for at eldre beboere i sykehjem skal opprettholde god helse og funksjonsevne. I Stortingsmelding nr. 34 vektlegger regjeringen at mat og måltider i sykehjem fremmer trivsel i hverdagen og at god ernæringstilstand fører normalt til at de eldre bevarer funksjonsdyktigheten lengre (Helse- og omsorgsdepartement, 2012-2013).

Forekomsten av underernæring hos eldre beboere i sykehjem varierer mellom 10% og 60%, og underernæring og/eller feilernæring sees ofte i sammenheng med sykdom som demens (Guttormsen et al., 2010; Mowé, 2002). I tillegg til generell underernæring er det også vanlig med mangeltilstander av vitaminer og sporstoffer (Sortland, Skjegstad, Jansen, & Berglund, 2009; Wathne et al., 2006).

Sultfølelse på natten kan forårsake søvnløshet. Demente personer kan kjenne på rastløshet og uro når de kjenner seg sultne. De ber nødvendigvis ikke om mat selv. De kan mangle appetitt, glemmer å spise og hvordan de skal spise, eller spiser utilstrekkelig (Helsedirektoratet, 2012, p. 201). Aldringsprosessen medfører redusert matlyst og lavt matinntak. Sykdomsprosesser kan gi både lavt matinntak og øke energibehovet med redusert ernæringsstatus som konsekvens (Guttormsen et al., 2010; Wathne et al., 2006). Når energibehovet reduseres, må eldre sikres tilstrekkelig næringstilførsel gjennom en energi- og næringstett kost (Bondevik & Nygaard, 2012). Rutinemessig bruk av næringsdrikker vil bedre ernæringsstatusen og gi bedre helse for eldre og underernærte (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012, p. 103).

Eldre i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak (Bondevik & Nygaard, 2012; Drevon & Blomhoff, 2012). Manglende kunnskap, interesse og oppmerksomhet blant helsepersonell om ernæringsstatus er en medvirkende faktor til at ernæringsstatus forringes ytterligere (Wathne et al., 2006, p. 13).

Nattfastens lengde defineres som tiden mellom siste måltid på kvelden/natten og første måltid på morgenen. Undersøkelser viser at en nattfaste på 11 timer eller mindre, gir en større sjanse for at eldre og syke får et fullgodt energi- og næringsinntak (Ebrahimi & Wijk, 2009; Nilsson, 2008). Mange eldre sover bedre og blir mindre urolig om de får ett sent kveldsmåltid som gjør at de blir mette, og som inneholder både karbohydrater og fett (Nilsson, 2008).



## 1.1 Studiens bakgrunn og hensikt

Høsten 2014 ble det startet et pilotprosjekt ved to sykehjem i en kommune i Rogaland. Pilotprosjektet ble kalt ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem” og skulle prøves ut i tre måneder. Pilotprosjektet er et samarbeidsprosjekt både på ledelsesnivå og blant helsepersonell som arbeider med eldre. Målet med pilotprosjektet var å redusere nattfasten, redusere nattvandring og uro hos demente, bedre ernæringsstilstanden hos sykehjemsbeboere ved hjelp av energirike næringsdrikker, samt øke kompetansen hos helsearbeidere på næringsbehov hos eldre.

Alle sykehjemsbeboere fikk tilbud om energirike næringsdrikker ved sengetid og for de som våknet om natten. Næringsdrikkene er utviklet av lege og ernæringsfysiolog i Älmhult i Sverige (Nilsson, 2008).

Prosjektet i Älmhult var ment å være et prøveprosjekt for å redusere sovemedisin og bedre energi- og næringsinntak til beboere om natten. Det viste seg at næringsdrikkene hadde god effekt for å redusere medisinbruk og uro om natten hos denne type beboere. Næringsdrikkene ble derfor implementert og videreutviklet (Nilsson, 2008). Med utgangspunkt i disse næringsdrikkene har en kommune i Rogaland innført og videreutviklet oppskriftene fra Älmhult i Sverige for eldre beboere i sykehjem, og beboere som er dement eller i ernæringsmessig risiko.

Næringsdrikkene er hjemmelagde og basisen er oftest meieriprodukter som er rik på vitaminer og mineraler og inneholder protein, fett og karbohydrater. Som smakstilsetning anvendes ofte frukt og bær (Nilsson, 2008). Da energirike næringsdrikker er det samme som nylaget smoothies, vil jeg i min videre oppgave referere til navnet energirike smoothies eller bare smoothies.

Smoothiene lages av helsepersonell fra bunnen av på avdelingskjøkken og serveres nylaget. Oppskriftene fra Älmhult gir ca. 200 kcal pr. porsjon (2dl) (Nilsson, 2008). For å få en oversikt over hva smoothiene inneholder av ingredienser henviser jeg til vedlegg I. På hver vakt i institusjonen er det en ansvarshavende for å lage smoothiene.

Prosjektet gikk over tre måneder og ble avsluttet i desember 2014. Det er et ønske fra ledelsen ved sykehjemmet om en evaluering av pilotprosjektet som har til hensikt å undersøke helsepersonells erfaringer med prosjektet.

Jeg er utdannet sykepleier og har videreutdanning i kost og ernæring. Allerede som sykepleier student for flere år siden var det faget ernæring som fanget min største oppmerksomhet, og temaet for bachelor oppgaven var ernæring. Som sykepleier har min interesse for kost- og sykdomsrelatert ernæring vært økende. Utgangspunktet for å gjennomføre en masteroppgave i forhold til prosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”, var en forespørsel fra UiS om det var noen som hadde interesse av å evaluere dette prosjektet, i regi av en kommune i Rogaland. Da studien omhandlet ernæring og smoothies, så jeg det som en mulighet å gå i dybden på et område som var nytt og spennende.

I min videre oppgave har jeg valgt å referere til pilotprosjektet som ”Redusert nattfaste”.

Det forventes at denne masteroppgaven vil gi kunnskaper og forståelse om helsepersonells erfaringer med energirike smoothies i sykehjem, slik at kommunen eventuelt kan tilby tilpasset og hensiktsmessige ernæringstiltak til beboerne.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål**

For å få kunnskap om helsepersonells erfaringer med prosjektet ”Redusert nattfaste” er det satt opp følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

### ***Problemstilling:***

***Hvilke erfaringer har helsepersonell med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”?***

### ***Forskningsspørsmål:***

- 1. Hvilke erfaringer har helsepersonell med energirike smoothies til beboere i sykehjem?***
- 2. Hvilke erfaringer har helsepersonell i forhold til egen bevissthet med ernæring gjennom prosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”?***

### 1.3 Oppgavens struktur

I kapittel to presenteres begrepsmessig rammeverk og tidligere forskning. Her beskriver jeg hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur. Jeg forklarer generelt om eldre og aldringsprosessens innvirkning på mat og måltider i sykehjem, og hvilket ernæringsbehov de eldre har. Jeg presenterer så demens, og under- og feilernæring hos eldre i sykehjem, og gjør rede for litteratursøk og relevant forskning på feltet. Deretter presenteres nattfaste og hvordan vurdere beboernes ernæringsstatus i sykehjem. Jeg forklarer også hva energirike smoothies er og til slutt gjøre rede for helsepersonellens kompetanse om ernæring.

I kapittel tre følger kapitlet om metode. Her blir det gjort rede for valg av forskningsdesign og vitenskapsteoretisk grunnlag. Deretter gjør jeg rede for egen forforståelse. Videre kommer en presentasjon av fokusgruppeintervju og prosessen med utvelgelse av informanter, samt en presentasjon av utvalget som var med i studien. Deretter vil jeg beskrive intervjuguiden og hvordan gjennomføring av intervjuene foregikk. Transkribering og analysemetode blir presentert i åttende og niende del. Til slutt omtales oppgavens troverdighet og etisk refleksjon.

I kapittel fire presenteres studiens funn. Funnene er basert på informantenes meningsbærende utsagn og første forskningsspørsmål er inndelt i fem tema hvor alle tema så er inndelt i ulike kategorier. Forskningsspørsmål to er inndelt i tre tema hvor ett av temaene er inndelt i kategorier.

Videre drøftes studiens funn i kapittel fem, opp mot studiens problemstilling, aktuell teori og tidligere forskning. Avslutningsvis kommer avslutning i kapittel seks og inneholder oppsummering av erfaringer og betraktninger for oppgaven, studiens avgrensning og implikasjoner for praksis.

## **2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK OG TIDLIGERE FORSKNING**

I dette kapitlet presenteres begreper og forskning som er aktuelt for masteroppgaven. Jeg har valgt å både beskrive de aktuelle begrepene i studien og presentere tidligere forskning under ett, da dette viser seg å være overlappende.

### **2.1 Søk etter relevant litteratur**

For å finne relevant litteratur til oppgaven min har jeg søkt i Bibsys ask, ORIA og Google Scholar. Jeg har brukt EBSCO host som plattform for å finne databaser som Cinahl, Pubmed og Academic Research. I tillegg har jeg brukt Web of Science som database.

Helsedirektoratets sider har også blitt benyttet, og utredninger, stortingsmeldinger og statistikk har jeg funnet på regjeringen.no. Søkeord som har vært brukt har vært: Ernæring i sykehjem, nutrition in nursing homes/institution, elderly, nutrition, malnutrition, undernutrition, fruit and vegetables, antioxidants, nutritional drinks, nutritional supplement drink, smoothies, fruit drinks, næringsdrikker, energirike drikker. Søkeordene har blitt brukt hver for seg og i kombinasjon med hverandre. I emner som ernæring til eldre, demens, feil- og underernæring er det også brukt bøker i tillegg til artikler. Litteraturlister i aktuelle bøker og artikler er også lest for å finne aktuell litteratur.

I vedlegg II presenteres en oversikt over aktuelle funn fra forskning og artikler som har vært aktuell for denne masteroppgaven.

### **2.2 Eldre**

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) brukes betegnelsen ”eldre” om personer over 65 år, mens ”gamle” er personer over 75 år og ”meget gamle” er personer over 85 år (Helsedirektoratet, 2012; World Health Organization, 2012). Forventet levealder i Norge har økt fra omkring 50 år i 1900 til omkring 80 år i dag. I 2011 var forventet levealder 79 år for menn og 83 år for kvinner (Helse- og omsorgsdepartement, 2012-2013). Økningen i levealder

skyldes bedre levekår, endrede levevaner, og at vi er i stand til å behandle flere sykdommer (Helsedirektoratet, 2011, p. 9).

Norge har i dag en betydelig befolkningsvekst og aldersgruppen fra 65 år og eldre vil øke betraktelig. Økende levealder er forbundet med helseutfordringer som demens (Mowé, 2008; Strand et al., 2014). Mange eldre kan også være i risikogruppen for underernæring eller feilernæring (Bondevik & Nygaard, 2012, p. 171).

### **2.3 Aldringsprosessens innvirkning på mat og måltider i sykehjem**

Eldre som bor på sykehjem har generelt blitt skrøpeligere, og flere beboere har i tillegg andre sykdommer som kan redusere appetitten eller stiller økt krav til kosten. En av de viktigste endringene som skjer med økende alder er at kroppens muskelmasse reduseres med 40% mot 70-års alderen. Vekttapet skyldes tap av kroppsvann og muskelmasse (Drevon & Blomhoff, 2012). Reduksjon i muskelmasse er en viktig årsak til at basalstoffskiftet og dermed energibehovet avtar med alderen (Bondevik & Nygaard, 2012; Sortland, 2011). Mange eldre opplever også at fettmassen øker frem til 70-75 år. Det skyldes hormonelle faktorer, og har sammenheng med at fysisk aktivitet reduseres med alderen (Bondevik & Nygaard, 2012, p. 157).

Det er mye som kan ha innvirkning på hvor mye mat og hvilken mat eldre spiser. Et eksempel på dette kan være problemer med å tygge og svelge maten. En velstelt munn er viktig for at pasienten skal oppleve velvære, og har mye å si for lysten på mat og evnen til å spise (Aagaard, 2008). Dårlig tannstatus og tannproteser kan gi utfordringer med tyggefunksjonen og dermed vil den eldres tannstatus kunne påvirke inntak av mat og ernæringsstatus (Aagaard, 2008). Når tannstatus og tyggefunksjon er dårlig, kan noen ha behov for findelt og moset mat (Bondevik & Nygaard, 2012, p. 158).

Smakceller foran på tungespissen forringes slik at evnen til å smake salt og søtt blir dårligere (Nes, Müller, & Pedersen, 2006, p. 265). Lavt væskeinntak eller bivirkninger av medikamenter kan redusere spyttsekresjonen som kan påvirke smaksopplevelsen (Nævisdal T., 2013). Å svelge maten kan også være en utfordring. For noen kan svelgevansker medføre at væske kommer over i luftveiene. Hoste, kvelningsfornemmelser og smerter er også vanlige symptomer som forbindes med svelgeproblemer (Aagaard, 2008).

Produksjon av saltsyre og fordøyelsesenzymeret pepsin i magesekken svekkes med alderen. Produksjon av gallesaft kan være redusert hos eldre mennesker og gi nedsatt absorpsjon av fett og fettløselige vitaminer (Pedersen, Hjartåker, & Anderssen, 2009, p. 394). Maten passerer noe saktere gjennom fordøyelsen og kan føre til forstoppelse. Vanlige symptomer på forstoppelse er kvalme, oppblåsthet, redusert matlyst og smerter (Helsedirektoratet, 2012, p. 198).

Når matlysten nedsettes og energiinntaket synker, øker kravet til et godt sammensatt kosthold for å dekke behovet for næringsstoffer (Helse- og omsorgsdepartement, 2012-2013). Næringsrike og fristende måltider er derfor av stor betydning. Spesielt gjelder dette eldre som lever i institusjon hvor valgmulighetene er begrenset (Sortland, 2011, p. 193). Et annet viktig moment er at maten som tilbys den eldre også bør sies i sammenheng med den enkeltes kultur og tradisjon. Maten er ofte dagens høydepunkt og et viktig samtaleemne (Aagaard, 2008).

## **2.4 Økt behov for væske, vitaminer, mineraler og fiber**

Selv om energibehovet synker med alderen er behovet for vitaminer og mineraler det samme eller økt (Drevon & Blomhoff, 2012; Helsedirektoratet, 2012, p. 44). Det setter derfor større krav til flere måltider og at de er næringstett, og rikt på vitaminer og mineraler (Helsedirektoratet, 2012, p. 44). Ved energi – og næringstett kost økes fettinnholdet i kosten samtidig som en øker antall måltider (Bondevik & Nygaard, 2012; Helsedirektoratet, 2012, p. 100). Denne kostformen er velegnet for alle som er i risikogruppen for å utvikle underernæring og eldre med demens (Helsedirektoratet, 2012, p. 124).

### **2.4.1 Væske**

Eldre har svak tørsteopplevelse, og derfor er det viktig at eldre drikker væske regelmessig. Døgnbehovet av vann hos eldre er ca. 30 ml/kg (Drevon & Blomhoff, 2012). Et for lavt væskeinntak kan føre til forvirring og demens liknende symptomer (Sortland, 2011, p. 192).

### **2.4.2 Vitaminer og mineraler**

Vitamin og mineraler er viktige og nødvendige for å ivareta cellulære funksjoner, enzymsystemer, væskebalansen, vevsstrukturen og metabolismen (Helsedirektoratet, 2012b). Sortland (2011, p. 190) hevder at behovet for vitaminer og mineraler er større hos eldre enn hos yngre voksne. Eldre bør spise fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag

(Helsedirektoratet, 2015c). Omkring halvparten bør være grønnsaker, og omkring halvparten frukt og bær (Bondevik & Nygaard, 2012, p. 162; Drevon & Blomhoff, 2012).

Frukt, bær og grønnsaker inneholder vanligvis lite energi, men mye fiber, vitamin A, vitamin C, vitamin E, folat og kalium (Helsedirektoratet, 2011; Sortland, 2011, p. 240).

I følge Hessov og Jeppesen (2011) faller D-vitamin nivået i blodet med stigende alder. Det skyldes at soleksponering reduseres, samtidig med at kroppens evne til å omdanne sollys til D-vitamin reduseres. D-vitamin tilskudd er viktig for opptak av kalsium og betydning for muskelfunksjon og bidrar til å redusere fall (Hessov, Ib & Jeppesen, 2011, p. 175).

Tidligere studier viser at eldre med demens i sykehjem får i seg for lite vitamin D. Dette skyldes at mange eldre spiser for lite. Næringsstoffer som vitamin E, folsyre og fiber var også mindre enn anbefalt (Manders et al., 2009; Suominen, Laine, Routasalo, Pitkala, & Räsänen, 2004). Eldre over 60 år anbefales å ta tilskudd med 10 µg vitamin D per dag i tillegg til inntaket fra kostholdet (Drevon & Blomhoff, 2012; Helsedirektoratet, 2012).

En studie av Sortland m.fl. (2009) viser at B-vitamin inntaket hos sykehjemsbeboere var gjennomgående lavere enn anbefalingene, og spesielt gjelder dette tiamininntaket (vitamin B1) som er viktig for omsetning av karbohydrater, fett og proteiner. Dette kan skyldes at de eldre spiser lite, samtidig som eldre utnytter B-vitaminer dårligere (Sortland et al., 2009). C-vitamininntaket var også nedsatt blant eldre. For å øke inntaket av vitamin C ble det servert smoothies som mellommåltid (Sortland et al., 2009).

### **2.4.3 Fiber**

Hos eldre er et kosthold rikt på kostfiber viktig for fordøyelse, tarmperistaltikk og for å forebygge obstipasjonsproblemer (Sortland, 2011, p. 185).

Helsedirektoratet (2015c, p. 30) anbefaler et fiber inntak på 25-35 gram per dag. I dag ligger et vanlig kostfiber på mellom 16-20 g per person per dag, som er vesentlig lavere enn anbefalt.

## **2.5 Demens hos eldre i sykehjem**

I Norge antar vi at det er vel 70 000 personer med demens (Kiil, 2015). Forekomsten er stigende med økende alder (Strand et al., 2014). Man regner med at omlag 80% av alle som bor i sykehjem har en demenslidelse (Alzheimer's Society, 2013; Helse- og

omsorgsdepartementet, 2015).

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen som fører til at kognitive funksjoner er svekket (Gjerstad, Fladby, & Andersson, 2013; Helsedirektoratet, 2014). Det viktigste symptomet på demens er svekket hukommelse. Demens medfører også svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne (Mowé, 2008). Personer som rammes av demens, får vansker med å utløse innlærte ferdigheter eller å mestre hverdagssysler, og har ofte et svært sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, p. 11). Det har også vist seg at mestring av måltider gradvis blir vanskeligere for demente, noe som kan føre til at inntak av mat og drikke blir for lavt, nedsatt vekt, underernæring og nedsatt allmenntilstand (Helsedirektoratet, 2012).

Flere studier viser at det er en sammenheng mellom ernæring og demens. Resultatene viser at pasienter med Alzheimer sykdom har lavt inntak av næringsstoffer, og at inntak av vitaminer og mineraler som blant annet finnes i frukt, bær og grønnsaker kan forebygge kognitiv svikt (Mowé, 2008; Poulouse, Carey, & Shukitt-Hale, 2012; vonArnim et al., 2012).

## **2.6 Under- og feilernæring hos eldre i sykehjem**

Mange i institusjon har underernæring, feilernæring eller fedme (Bondevik & Nygaard, 2012, p. 171). Hessov (2011) hevder at underernæring utgjør en del av terminologien ”malnutrition”, som betyr feilernæring, og som derfor også inkluderer overvekt og mangel på vitale næringsstoffer som vitaminer, mineraler og sporstoffer. Tilstanden defineres som tap av legemsvekt fra fettdepoter, muskelmasse samt funksjonstap (Hessov, Ib & Jeppesen, 2011, p. 65).

Lavt energiinntak øker risikoen for at behovet for essensielle næringsstoffer ikke blir dekket tilstrekkelig. Det kan gi seg utslag i nedsatt allmenntilstand, søvnvansker og mental forvirring (Helsedirektoratet, 2012). For liten energitilførsel av protein, karbohydrater eller fett, eller mangelfull utnyttelse av næringsstoffer viser seg ved tap av muskelmasse (Sortland, 2011, p. 217). Ved lav proteintilførsel bruker kroppen albumin. Synker albuminnivået blir blodets evne til å holde på væske dårligere. Væske fra blodet siver da ut i vevet, og det oppstår ødemer som kan kamuflere vekttap (Sortland, 2011, p. 217).



Underernæring er påvist hos opptil 54 prosent i sykehjem (Wathne et al., 2006). Underernæring oppstår når næringsinntaket er mindre enn behovet (Mowé, 2002). En av årsakene til underernæring er dårlig matlyst (Guttormsen et al., 2010). Hvis beboeren spiser mindre enn det han trenger vil det føre til vekttap og gradvis utvikling av dårlig ernæringsstatus. Det er derfor av sentral betydning at det settes i verk tiltak på et tidlig tidspunkt for å forebygge uønsket vekttap (Guttormsen et al., 2010). Beboere på sykehjem som er særlig utsatt for å utvikle underernæring er dem med dårlig allmenntilstand, de som behøver hjelp til å spise, har tygge- og svelgeproblemer eller svekket smaks og luktesans (Drevon & Blomhoff, 2012, p. 333). Ved å servere mindre porsjoner, øke kalori og proteininnholdet, eller servere mellommåltider, vil være med på å øke energiinntaket (Mowé, 2002).

## **2.7 Natffaste**

Natffaste er tiden det går mellom kveldens siste og morgendagens første måltid. For svært mange beboere i sykehjem overstiger denne 11 timer, som er anbefalt maksimumsgrense (Helsedirektoratet, 2012, p. 118; Sortland et al., 2009).

Eide (2013) fant i en undersøkelse av 19 kommunale sykehjem i Oslo at mange beboere hadde for lang natffaste, de fleste opp mot 15 timer og for enkelte kunne det gå hele 19 timer. 35,6% av beboere i undersøkelsen hadde middels eller høy risiko for underernæring, mens kartleggingen viste at hver femte beboer var undervektig. Hos de med natffaste under 11 timer ble det ikke registrert noen med utilfredsstillende ernæringsstatus (Aagaard, 2010a; Eide et al., 2013). En tilsvarende svensk studie om eldres natffaste viser til at de som hadde kortere natffaste, hadde større samlet energiinntak enn de med lang natffaste (Ebrahimi & Wijk, 2009). Dette støttes også av Ahlgren & Malmquist (2010) som viser til flere undersøkelser fra Karlskrona kommune i Sverige der en spredning på 5-6 måltider over en større del av dagen resulterer i kortere natffaste som gir bedre energi og næringsinntak (Ahlgren & Malmquist, 2010). Videre viser denne studien at hvis natffasten blir for lang og glykogenet i leveren ikke klarer å holde blodsukkeret oppe, begynner kroppen å ta av annen lagret energi for å opprettholde blodsukkeret. Proteiner i muskelmassen forbrennes til dette formålet og den totale muskelmassen minsker. Dette kan gi alvorlige følger for en person som på grunn av stigende alder og kronisk sykdom allerede har en redusert muskelmasse. Lang natffaste og

reduisert muskelmasse kan også føre til ustødigheit som øker risikoen for fall om natten (Ahlgren & Malmqvist, 2010).

## **2.8 Vurdering av ernæringsstatus til beboere i sykehjem**

Pasienters ernæringsstatus vurderes når de legges inn i sykehjem, dvs. pasienters behov for energi og væske (Guttormsen et al., 2010). Hensikten er å identifisere de pasienter som er i, eller står i fare for ernæringsmessig risiko (Sortland, 2011). Mini Nutritional Assessment (MNA) er et av verktøyene som anbefales for å kartlegge ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko, og anbefales brukt for eldre over 65 år (Helsedirektoratet, 2012). Å innføre ernæringsjournal for alle pasienter kan bidra til økt oppmerksomhet på å registrere vektendring, som er viktige indikatorer for å vurdere ernæringsstatus. Mål for å vurdere ernæringsstatus er høyde, vekt og KMI. KMI (kroppsmasse indeks) defineres som vekt delt på høyde ganger høyde ( $\text{kg/m}^2$ ) (Aagaard & Roel, 2008).

I 2008 ble det gjennomført en landsomfattende kartlegging av mat og måltider i sykehjem. Den viste at kun 16% av sykehjemmene hadde skriftlige rutiner for ernæringsstatus (Aagaard, 2008). Ved innskriving oppgav kun 44% at de hadde veiing som standard prosedyre og enda færre rapporterte om regelmessig veiing. Dessuten manglet mange helseinstitusjoner utstyr som vekt, høydemåler og målband (Aagaard, 2008). Helsemyndighetene i Norge anbefaler at eldre i institusjon skal veies én gang per måned (Guttormsen et al., 2010).

## **2.9 Energirike smoothies**

Fullverdige næringsdrikker bør inneholde karbohydrater, proteiner og fett i henhold til anbefalinger, samt vitaminer og mineraler. Næringsdrikkene er anbefalt for å øke energi- og proteininntaket hos underernærte og eldre pasienter (Sortland, 2011, p. 236).

Energirike drikker blir i denne oppgaven kalt smoothies. Smoothie er en næringsdrikk som består av ferske bær, frukt og grønnsaker. Når smoothies lages blir hele frukt og grønnsaker omgjort til puré i en blender. Ved å tilsette væske som juice, yoghurt og iskrem får en drikke som kalles smoothie (Crocker, 2013, p. 16).

Hovedingrediensen i smoothies er meieriprodukter. De er rike på protein, fett og karbohydrater, samt vitaminer og mineraler (Nilsson, 2008). Som smakstilsetning brukes ofte frukt eller bær, både fersk og frossen ellers som juice (Nilsson, 2008). Næringsdrikker egner seg godt som mellommåltid dersom proteininntaket skal økes.

En nyere systematisk oversikt som inkluderer 10 studier viser at rutinemessig bruk av tilpasset kost og næringsdrikker bedrer ernæringsstatus hos underernærte eldre i institusjon (Paterson, 2008). Milne mfl. (2009) fant i sin systematiske oversikt at rutinemessig bruk av næringsdrikker bedret ernæringsstatusen, og gav bedre overlevelse til eldre underernærte innlagt på sykehus.

I England ble det gjennomført en studie med næringsdrikker som ble gitt demente tre ganger daglig som et supplement til vanlig kost. Hensikten var å øke kaloriinntaket og proteininntaket hos demente. Resultatet viste at næringsdrikkene kan være et positivt supplement for å forebygge underernæring (Allen, Methven, & Gosney, 2013).

I Nederland ble det gjort en tilsvarende randomisert studie med næringsdrikker som ble gitt eldre på institusjon som stod i fare for underernæring. Næringsdrikken ble gitt over en periode på 24 uker. Næringsdrikkene ble gitt i tillegg til vanlig mat og bestod av proteiner, fett, vitaminer, mineraler, fiber og antioksidanter. Resultatene av studien viser at pasienter fikk i seg økt energi i form av proteiner, karbohydrater og fett, og fiber, som resulterte i økt kroppsvekt. Det var også en økning i vitaminer og mineraler som, folsyre, B-vitamin og vitamin D (Manders et al., 2009).

## **2.10 Helsepersonells kompetanse om ernæring**

Flere utredninger og undersøkelser de siste årene viser mangelfull ernæringskompetanse blant helsepersonell (Aagaard, 2010b; Mowé, 2002). Manglende kunnskap, interesse og fokus, blant helsepersonell på ernæring og ernæringsbehov er viktige faktorer for manglende kompetanse på området (Eide et al., 2013; Sortland et al., 2009).

En nasjonal kartleggingsstudie av ledere i sykehjem i Norge, viser at 80 prosent av lederne mener at personalet på sykehjem trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid (Aagaard, 2010b). Dette gjelder hovedsakelig kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av

ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens og hvilke tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite (Aagaard, 2010b). Fire av fem av personalet oppgir også at de behøver mer kunnskap om anbefalinger for kosthold, samt beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, mat ved demens og tiltak som bør settes inn overfor beboere som spiser lite (Aagaard, 2008).

### **3 METODE OG METODOLOGISK REFLEKSJONER**

I denne masteroppgaven har jeg valgt å bruke en kvalitativ tilnærming for å undersøke helsepersonellens erfaringer med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”.

Tre fokusgruppeintervju på to timer hver, utgjør datagrunnlaget for denne analysen.

I oppgaven har jeg valgt å presentere metodediskusjonen fortløpende under hvert punkt, og diskuterer fordeler og ulemper med metoden etter hvert som den blir presentert.

#### **3.1 Kvalitativ metode**

For å få tilgang til helsepersonell sine erfaringer med prosjektet ”Redusert nattfaste” har jeg valgt en kvalitativ metode. Kvalitativ metode egner seg når en ønsker en dypere forståelse av erfaringer og meninger. Metoden egner seg for å få en rikere beskrivelse av fenomenet en ønsker kunnskap om (Malterud, 2011, p. 27).

#### **3.2 Valg av vitenskapsteoretisk grunnlag**

Kvalitativ metode bygger på teori om menneskelig erfaringer og fortolkninger ved hjelp av fenomenologi og hermeneutikk. Å utforske meningsinnholdet slik det oppleves for de involverte er målet i kvalitative studier (Malterud, 2011, p. 26).

For å belyse hvilke erfaringer helsepersonell har med energirike smoothies om kvelden og natten i sykehjem har jeg valgt en hermeneutisk tilnærming.

##### **3.2.1 Hermeneutikk**

Hermeneutikk er læren om fortolkning av meningsfulle fenomener som tekster og handlinger. Å fortolke et fenomen innebærer å uttrykke dets mening på en klarere og mer oversiktlig måte (Gilje & Grimen, 2010, p. 49).

En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonenes uttalelser (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 69). Nilsson (2007) hevder at det som kjennetegner hermeneutikken er forskerens intuisjon, innsikt, egen forforståelse, og søken etter ny kunnskap. Økt bevissthet om egen forforståelse og fordom har betydning for utvikling av ny og troverdig forståelse. Forforståelse er derfor en grunnleggende dimensjon i hermeneutisk metodologi. I følge Gadamer handler det om å utvikle en bevissthet om sine fordommer og sin forforståelse for å kunne åpne opp for muligheten av ny forforståelse (B. Nilsson, 2007). Med utgangspunkt i den *hermeneutiske sirkel* gjelder det en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet. Med utgangspunkt i en ofte uklar og intuitiv forståelse av teksten som helhet fortolkes dens forskjellige deler, som så settes sammen i ny relasjon som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2009, pp. 216-217). I Gilje og Grimen (2010) blir den hermeneutiske sirkel forstått kunnskapsteoretisk: den dreier seg om hvordan man begrunner fortolkninger. Man kan bare begrunne fortolkninger ved å vise til andre fortolkninger. Siden fortolkninger begrunnes ved å vise til andre fortolkninger, er de alltid usikre (Gilje & Grimen, 2010, pp. 51-52).

### 3.3 Egen forforståelse

Forforståelsen er den ”ryggsekken” vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet (Lerdal & Karlsson, 2008, p. 174). Å være bevisst sin egen forståelse skal hindre at forskeren går inn i prosjektet med skylapper, begrenset horisont, eller manglende evne til å lære av sitt materialet (Malterud, 2011, p. 40).

Forforståelsen er imidlertid en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et tema (Malterud, 2011, p. 41). Slik var det også for meg. Mitt faglige ståsted har jeg gjennom min grunnutdanning og erfaring som sykepleier, og videreutdanning i kost- og ernæring. Gjennom mitt arbeid som sykepleier har jeg fått økt interesse for hvilken betydningen kost- og ernæring har å si for å forebygge og reversere sykdom.

Min forforståelse er at mat skal gi oss viktige byggeklosser for at cellene våre skal fungere optimalt. Det handler om å tilføre cellene næringsstoffer som gir oss energi og vitalitet. Om

man spiser riktig så trenger man ikke spise så mye. Min forforståelse er at mindre mat med bedre kvalitet kan være det beste forsvar mot sykdom og gi mest opplevelse av vitalitet.

Å sette vår egen forforståelse i parentes er i følge Malterud (2011, p. 40) nærmest et uoppnåelig mål. Vi som forsker skal tilstrebe er å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet uten å legge inn våre egne tolkninger slik at vi mest mulig kan gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold. Jeg er innforstått med at den ryggsekken jeg bærer med meg påvirker meg både positivt og negativt. Jeg har i denne studien fokusert på at helsepersonells stemme og opplevelser skal være retningsgivende, og etter beste evne prøvd å unngå å legge min egen forforståelse som fasit. Jeg håper dessuten at denne studien kan bidra til å stille nye spørsmål til funnene og bidra til videre forskning.

### **3.4 Fokusgruppe intervju**

Fokusgruppeintervju er en forskningsmetode hvor data produseres via gruppeinteraksjon omkring et område som forskeren har bestemt (Launsø, Olsen, & Rieper, 2011, p. 149). Den kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil, der det er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om tema som er i fokus (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 162). Kunnskap skapes i skjæringspunktet mellom intervjuerens og den intervjuedes synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 137).

Fokusgruppeintervju ble valgt da jeg mener denne metoden vil gi best svar på min problemstilling, og for å få innsikt i en bred variasjon av synspunkter og erfaringer blant personalet om smoothies. Malterud (2012, p. 20) definerer fokusgrupper som samhandling mellom deltakerne der dynamikken mellom deltakerne åpner for dypere forståelse av meningsdannelse i en gruppe. Ved å utnytte samhandlingen i gruppen får en frem andre fortellinger om erfaringer enn vi ville fått i et individuelt intervju. Gruppeinteraksjoner er nøkkelen som gir metoden høy validitet, fordi det deltakerne sier kan blir bekreftet, forsterket og/eller motsagt innen gruppen (Webb & Kevern, 2001). En annen fordel er at fokusgruppeintervju er en hurtig måte å samle opplysninger fra flere personer omkring et tema. En svakhet ved et fokusgruppeintervju er at man må begrense seg til færre spørsmål på grunn av de mange deltakere, og at en person kan dominere intervjuet (Launsø et al., 2011, p. 150). En annen ulempe kan være at gruppesamspillet kan redusere moderatorens kontroll over

intervjuforløpet og medføre at intervjuutskriftene får et kaotisk preg (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 162).

Olsen peker på hovedelementer som bør ivaretas i et fokusgruppeintervju. Det første er at deltakerne må ha erfaring fra området som danner fokuset i intervjuet. Gjennom samtalene og interaksjonen i gruppen får en frem mer informasjon gjennom den påvirkning informantene har på hverandre (Olsen, 2011). Fokusgruppe skal bære preg av å være en samtale mellom deltakerne og det er informantene som i samtalens løp definerer samtalens innhold (Olsen, 2011; Webb & Kevern, 2001). Vi ønsker at deltakerne skal dele sine erfaringer med oss, gjerne på en måte som kan bidra til å danne utgangspunkt for endring (Olsen, 2011).

Det er ikke noen fast regel for hvor mange fokusgrupper som må holdes, men at det vanligste er å holde mellom to til fem (Halkier, 2010; Malterud, 2012, p. 38). Malterud (2012, p. 20) vektlegger variasjon og homogenitet i gruppen for å få god bredde i synspunkter og erfaringer. I denne studien ble det tilsammen dannet tre fokusgruppeintervju. Hvert intervju bestod av 3-5 deltakere som hadde erfaring fra prosjektet ”Redusert nattfaste” og som jobbet som helsepersonell ved sykehjemmene.

### **3.5 Utvelgelse av deltakere**

I denne studien ble det foretatt et strategisk utvalg. Malterud (2012) definerer strategisk utvalg som informasjonssterke deltakere som best mulig kan bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2012, p. 42). Målsettingen er å sette sammen gruppene slik at de innad blir mest mulig ensartet i forhold til egenskaper som vi på teoretisk eller erfaringsbasert grunnlag vurderer som betydningsfulle. Samtidig ønsket vi mangfold innen gruppen (Malterud, 2012, p. 42).

Deltakerne i studien ble valgt strategisk av fagutvikler ved sykehjemmet, ut fra følgende kriterier:

#### *Inklusjonskriterier*

- Sykepleiere og helsearbeidere over 18 år.
- Sykepleiere og helsearbeidere som har det daglige ansvaret for beboerne i sykehjemmene.



- Sykepleiere og helsearbeidere som har deltatt i gjennomføringen av prosjektet ”Redusert nattfaste”, og gitt energirike smoothies til eldre beboere.

#### *Ekklusjonskriterier*

- Ledere.

I mitt tilfelle var det fagutvikler ved sykehjemmet som bidro til å danne fokusgrupper ut i fra tilgjengelig personell og et ønske fra deltakerne om å delta i et fokusgruppeintervju. Jeg sendte en forespørsel til fagutvikler på sykehjemmet, der jeg informerte om formålet med prosjektet og hva det ville si å delta i et fokusgruppeintervju (vedlegg III). Fagutvikler videreformidlet så den informasjonen til all helsepersonell på mail, samt tok direkte kontakt med alle som hadde vært en del av prosjektet ”Redusert nattfaste”. Helsepersonell som ønsket å delta fikk så utdelt skjema for informert samtykke om hva studien gikk ut på og skulle brukes til. I informasjonsskrivet kommer formålet med studien klart frem, gjennomføring av studien og forsvarlig håndtering av data i forhold til konfidensialitet og anonymitet.

Etter at et tilstrekkelig antall informanter hadde sagt seg villig til å delta i studien, var det fagutvikler som stod for inndeling i grupper og sted for intervju. Det var til sammen 12 helsepersonell som sa seg villig til å delta i studien. Det ble dannet tre fokusgruppeintervju med tre til fem helsepersonell i hver gruppe. Fokusgruppe-intervjuene fant sted på de to kommunale sykehjemmene hvor informantene jobbet og hvor prosjektet ”Reduser nattfaste” hadde funnet sted.

### **3.5.1 Presentasjon av utvalget**

Malterud (2012, p. 77) antyder at det er viktig å skaffe et adekvat utvalg av informanter, det skal ikke være for mange, men heller ikke for få. Materialet skal gi oss rikelig informasjon, gjerne med variasjoner, men samtidig ikke være mer omfattende enn at vi kan gjøre en forsvarlig analyse.

Det rapporteres om vellykkede fokusgrupper på så vel tre-fire deltakere som på ti-tolv (Halkier, 2010, p. 39). Små grupper kan med fordel brukes hvis emnet for samtale er sensitivt eller man vil bearbeide datamaterialet i dybden og få frem ulike meninger. Ulempen er til

gjengjeld at de er sårbare hvis noen skulle trekke seg eller det er lite dynamisk samhandling i gruppen (Halkier, 2010, p. 39). Større grupper fungerer godt hvis man vil ha med mange forskjellige perspektiver på temaet, men krever samtidig større grad styring av gruppen fra moderator (Halkier, 2010, p. 40).

Tabell 1 viser en oversikt over karakteristika av informantene som deltok i de ulike fokusgruppeintervjuene.

Tabell 1: Karakteristika av informantene i studien.

	<b>Fokusgruppeintervju 1</b>	<b>Fokusgruppeintervju 2</b>	<b>Fokusgruppeintervju 3</b>
Antall deltakere	3	5	4
Kjønn	Kvinner	Kvinner	Kvinner
Alder	30 – 60+	20 – 60+	20 – 50+
Utdanning	1 Helsefagarbeider, 2 Hjelpepleier	1 Spesialvernepleier 1 Hjelpepleier 1 Helsefagarbeider 2 Sykepleiere	1 Barne/ungdomsarbeider 1 Hjelpepleier 2 Omsorgsarbeidere
Gj.snitt ansiennitet	11,3 år	6,8 år	7,9 år
Frafall	2	2	0

Alle deltakere var kvinner i alder 20 – 60+. De hadde fra et halvt år til seksten års erfaring med eldre sykehjemsbeboere og beboere med demens. Alle jobbet dag og kveldsskift og deltok i daglig pleie, med unntak av en som noen ganger tok ekstravakter om natten. Alle hadde deltatt i pilotprosjektet med å lage energirike smoothies til beboerne.

Mitt første fokusgruppe intervju bestod av fem informanter som alle hadde undertegnet skjema for informert samtykke. Tre av informantene kom. Informantene var alle kvinner med en erfaring mellom 7 og 14 år som helsefagarbeider og hjelpepleiere. To av helsepersonell jobbet på sykehjem med personer med demens, og en på sykehjem med både demens og somatiske beboere.

I mitt andre fokusgruppeintervju var det oppmøte på fem, men det skulle vært syv. Alle var kvinner, og erfaringene varierte fra et halvt år til 16 år. To var sykepleiere, en spesialvernepleier, en hjelpepleier og en helsefagarbeider. En jobbet på sykehjem med personer med demens og fire på sykehjem med både demens og somatiske beboere.

Det tredje fokusgruppeintervju bestod av fire kvinner med erfaring fra 1 1/2 til 14 år. Det var to omsorgsarbeidere, en hjelpepleier og en barne- og ungdomsarbeider. Alle jobbet på sykehjemmet med både demens og somatiske beboere.

Det var to frafall på to helsepersonell i første og to i andre fokusgruppeintervju. I mitt siste fokusgruppeintervju var det ingen frafall av helsepersonell. Grunnen til frafall vet jeg ikke, men det kan tenkes at de hadde glemt at det skulle være fokusgruppeintervju den dagen, og derfor gått hjem. En annen forklaring kan være at de informantene som deltok i intervju også var de som ønsket å delta i studien, og hadde spesiell interesse i prosjektet ”Redusert nattfaste”. Frafall av informanter kan ha medført at resultatet fra denne studien ikke tilfredsstillende et representativt og fullstendig utvalg av erfaringer med prosjektet ”Redusert nattfaste”.

### **3.6 Intervjuguide**

For å strukturere intervjuforløpet er det nødvendig med en intervjuguide. Guiden avspeiler undersøkelsens problemstilling ved hjelp av tema og spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 143). Graden av strukturering av spørsmålene vil variere fra de mer generelle til de spesifikke, og er avhengig av problemstillingen som stilles (Launsø et al., 2011, p. 155).

En intervjuguide ble benyttet som hjelpemiddel for å holde fokus, og intervju spørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at temaet blir belyst fra ulike perspektiv og vinkler (Drageset & Ellingsen, 2010, p. 332). I følge Drageset & Ellingsen (2010, p. 332) skal intervjuguiden ta hensyn til den teoretiske relevans for forskningsprosjektets problemstilling og den dynamiske for å skape en god intervjuinteraksjon. Ved utarbeidelsen av intervjuguide var det viktig å tenke på oppbygging av intervjuet. For å unngå å hemme spontanitet anbefales det at intervju spørsmålene har en deskriptiv form med hovedvekt på hva- og hvordan-spørsmål. Intervju spørsmålene bør dessuten være korte og lette å forstå (Drageset & Ellingsen, 2010, p. 332). Malterud (2011, p. 129) anbefaler å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk. Ved å revidere den etterhvert bidrar det til å åpne opp for nye spørsmål vedrørende problemstillingen.

For å få innsikt i helsepersonells erfaringer med energirike smoothies i sykehjem ble det foretatt semistrukturert intervju. Et semistrukturert intervju brukes når tema fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 47). En utfordring ved et semistrukturert intervju er å være lukket nok og åpen samtidig. Å være lukket nok til at alle tema blir belyst best mulig, og være åpne nok til å belyse andre områder informantene ønsker å formidle (Olsen, 2011). I min intervjuguide hadde jeg fokus på to forskningsspørsmål som jeg ønsket svar på. Ut i fra disse forskningsspørsmål hadde jeg flere underliggende spørsmål. Temaene ble laget ut i fra min problemstilling. Innledningsvis hadde jeg generelle spørsmål omkring ernæring i sykehjem. Etter hvert ble det fokusert på temaene energirike smoothies, demens, under- feilernæring, og hvilke erfaringer helsepersonell har i forhold til egen bevissthet gjennom prosjektet. Avslutningsvis var det en oppsummering rundt intervjuene og det ble gitt anledning til å stille oppfølgende spørsmål. Jeg henviser til intervjuguide, vedlegg IV.

Jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg benyttet ved alle tre intervjuene. Etter første intervju så jeg at jeg hadde noen tema som jeg hadde lyst å følge opp i større detalj i neste intervju. Jeg forbedret derfor intervjuguiden ytterligere ved andre og tredje intervju.

Jeg opplevde intervjuguiden som et godt hjelpemiddel for å styre samtalen og holde fokus. Rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden varierte noe ut fra hva informantene fortalte. Jeg stilte også oppfølgings og oppklarings spørsmål underveis for å utdype det som ble sagt og oppklare eventuelle misforståelser. En utfordring i et fokusgruppeintervju er at man skal både styre og forholde seg til både innholdet i diskusjonen og selve gruppedynamikken (Malterud, 2011, p. 131). Å lytte til hva informantene sa, samt å styre gruppen slik at jeg var sikker på at alle spørsmålene ble besvart adekvat var en utfordring. Jeg opplevde noen ganger å gjenta meg selv med å spørre om de samme spørsmål som allerede hadde blitt besvart fordi jeg var usikker på om jeg hadde fått besvart alle mine spørsmål. Å lytte til det informantene fortalte uten å avbryte dem var også noe jeg tilstrebet i intervjusituasjonen.

### **3.7 Gjennomføring**

I forkant av fokusgruppeintervjuene hadde helsepersonell mottatt skriftlig informasjon og underskrevet informert samtykket til å delta i studien (vedlegg III). Det ble til sammen

gjennomført tre fokusgruppeintervju. Det første intervjuet foregikk på et sykehjem med personer med demens. De to andre intervjuene ble gjennomført i samme kommune på et sykehjem både med demente og somatisk beboere. Det ble funnet et rolig rom hvor vi unngikk å bli forstyrret. Hver intervju varte mellom 1,5 og 2 timer med introduksjon og oppsummering til slutt. Ved gjennomføring av intervjuene var kun informantene og jeg til stede.

I følge Kvale og Brinkman (2009, p. 162) har moderator som oppgave å skape en åpen og god atmosfære, som bidrar til at deltakere kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter omkring saken. Halkier (2010, p. 56) fremstiller en moderator som en god lytter og som mestrer balansen mellom innlevelse og distanse. Moderator skal samtidig styre samtalen mellom deltakerne og sørge for at tiden blir brukt hensiktsmessig (Malterud, 2012, p. 65). Jeg valgte selv å være moderator og gjennomførte intervjuene alene, da dette er en masteroppgave og vi gjør intervjuene alene. Rollen som moderator krever at jeg må være i stand til å lese diskusjonen samt oppklare utsagn og be deltakere slutføre setninger (Malterud, 2012, p. 66). Selv om jeg hadde lest meg opp på hva det ville si å styre et fokusgruppeintervju, opplevde jeg det noen ganger utfordrende. I begynnelsen var jeg veldig usikker på om det jeg gjorde var riktig og om jeg fikk gode nok svar. Jeg fokuserte på å lytte og ikke snakke for mye, selv om det noen ganger var vanskelig å ikke bryte inn eller måtte vente på svar. Halkier (2010, p. 57) påpeker likevel at moderator må være i stand til å improvisere ved å få deltakerne til å snakke sammen og håndtere sosial dynamikk selv når samtalen tar en uventet vending.

Jeg valgte å bruke båndopptaker for å ta opp samtalene. Den plasserte jeg midt på bordet slik at den var godt synlig for alle deltakerne, og forsikret meg at den fungerte tilfredsstillende. Bruk av båndopptaker kan virke forstyrrende på noen fordi de kan bli redde for å si hva de egentlig mener, og som kan få følger for dem. I så måte er det viktig å redegjøre for hvordan man håndterer materialet i etterkant med tanke på oppbevaring og utskrift (Olsen, 2011). Jeg informerte informantene om at materialet ville bli slettet når undersøkelsen var utført og at informantene ville bli anonymisert. De fikk også beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at dette fikk noen følger for dem.

Intervjusituasjonen startet med at jeg takket for at de ønsket å delta i dette forskningsprosjektet. Deretter fortalte jeg om min bakgrunn. Jeg forklarte hva et fokusgruppeintervju var og at jeg ønsket at deltakerne skulle ha mulighet til å utdype og

klargjøre erfaringer de hadde i forbindelse med pilotprosjektet, positivt og negativt, og oppfordret deltakerne til å snakke med og til hverandre og ikke til meg som moderator. Jeg introduserte tema for samtalen og formålet med studien. Innledningsvis hadde jeg generelle spørsmål omkring ernæring i sykehjem. Etter hvert ble det fokusert på temaene energirike smoothies, demens, under- og feilernæring, og hvilke erfaringer helsepersonell har i forhold til egen bevissthet gjennom prosjektet. Jeg la vekt på at jeg var spesielt interessert i erfaringer som kunne knyttes til smoothiene og om deres tanker og meninger omkring pilotprosjektet. Jeg la vekt på at ingen historier eller erfaringer var mer viktig enn andre. For å belyse temaene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg IV).

For meg var det viktig at informantene følte seg komfortabel og jeg prøvde derfor å skape en hyggelig og avslappet atmosfære. For å skape en mest mulig avslappet atmosfære, serverte jeg frukt og vann. Malterud (2012, p. 128) viser til at en trygg og god stemning i gruppen bidrar til at deltakerne deler erfaringer og støtter hverandre og gir en følelse av å bidra med nyttig kunnskap. Hensikten er å få informantene til å fortelle, drøfte og reflektere naturlig og fritt, både verbalt og nonverbalt. I fokusgruppelitteraturen er det anbefalt at moderator sier at hun er der for å lære av deltakerne (Halkier, 2010, p. 62).

Jeg forsøkte å ha en myk innledning ved først å spørre om enkle og generelle spørsmål. I begynnelsen prøvde jeg å notere stikkord underveis, men fant ut at mine noteringer underveis påvirket flyten i samtalen. Jeg valgte derfor å stole på at båndopptakeren virket slik den skulle og heller være våken for det som ble sagt. På den måte følte jeg det ble mer flyt i samtalen, og jeg var mer tilstede og kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis. Umiddelbart etter intervjuet noterte jeg mine betraktninger.

Etter gjennomføring av intervjuene avsluttet jeg med å spørre deltakerne om hva som har vært bra, mindre bra og hva som kan forbedres ved neste intervju. På den måten kan man lære om hvordan fokusgruppene har fungert og hva som kan forbedres (Halkier, 2010, p. 73). Drageset & Ellingsen (2010) hevder at det også er viktig å spørre hvordan informanten opplevde intervjusituasjonen da det har betydning for data som skapes. Jeg var bevisst på at jeg hadde et kroppsspråk som viste at jeg lyttet og var engasjert i det som ble fortalt meg. I tillegg var jeg bevisst på at intervjuet skulle være en positiv opplevelse som gav deltakeren en følelse av å bidra med nyttig kunnskap.

Min erfaring var at det var lettere å få en mer aktiv dialog i gruppen når det ikke var så mange til stede. Det opplevdes som lettere å få flyt i samtalen i grupper der det var færre deltakere.

Mindre grupper var dessuten lettere å moderere. Halkier (2010, p. 40) bekrefter dette med å vektlegge at større grupper krever som regel en høyere grad av inngripen fra moderator, slik at alle får komme til ordet og ikke noen i gruppen dominerer mer enn andre.

Når de gjelder hvor mange fokusgruppeintervju en bør gjennomføre sier Halkier (2010) at man skal fortsette å intervju til man ikke lenger får noen ny kunnskap. Jeg var usikker på om jeg hadde samlet nok kvalitativt materiale til å utføre en forsvarlig analyse for å få svar på min problemstilling. Det hadde muligens vært en fordel å gjennomført intervjuer med helsepersonell som jobbet om natten om deres erfaringer med energirike smoothies til beboere på natten. Dessverre fikk jeg ikke nok helsepersonell til å gjennomføre et fokusgruppeintervju til. Dette kan i så fall være en svakhet ved denne studien. På den andre siden hevder Halkier (2010, pp. 41-42) at det å produsere for mye data kan føre til at fortolkningene, og analysen lett kan bli overfladisk og ikke nødvendigvis gir et bedre empirisk resultat.

### **3.8 Transkribering**

Å omdanne en muntlig samtale til skriftlig tekst er det samme som å transkribere (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 192). Når en transkriberer skriver en ned ordrett ord for ord. Formålet med transkribering er i følge Kvale & Brinkmann (2009, p. 188) å strukturere intervjusamtalene slik at de er bedre egnet for analyse.

Malterud (2011, p. 76) påpeker at når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst kan det lett oppstå en fordreining av hendelsen. Det naturlige talespråket er gjerne mer uformelt og oppstykket enn skriftspråket. Det blir derfor viktig å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informantene hadde til hensikt å formidle. Det er mye som blir formidlet i taushet, i pausene mellom ordene, i sukk og av kroppens fremtoning som blir fraværende ved ordrett transkribering (Malterud, 2011, p. 76).

Intervjuene ble fortløpende transkribert ordrett fra båndopptaker etter hvert intervju. Det var meg selv som transkriberte. Alle pauser og nøling har jeg markert som prikker og der hvor det er latter har jeg notert det. En fordel med å transkribere umiddelbart etter hvert intervju var at jeg hadde stemningen, kroppsspråk og gester i minne. Jeg lyttet til opptakene flere ganger for å forsikre meg om at transkriberingen var riktig. Ved at jeg selv utarbeidet mine transkripsjoner, gir det meg ifølge Malterud (2012, pp. 96-97), en mulighet til å gjenoppleve

intervjusituasjonen og se materialet i en ny sammenheng som gir rom for nye tanker og refleksjoner.

Opptakene var av god kvalitet og informantene hadde klar og tydelig stemme. Jeg valgte å skrive intervjuene på bokmål. Det gjorde jeg for å unngå at noe tekst kunne gjenkjennes i forhold til dialekt, ord og uttrykk. Utskriftene fra hvert intervju varierte fra 12 – 16 sider. Til sammen har jeg 41 sider transkribert datamateriale.

### **3.9 Analyse**

Hensikten med analysen er å bygge bro mellom rådata og funn ved å stille spørsmål til materialet. Med utgangspunkt i problemstillingen blir materialet organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011, p. 91).

Analysen er i denne oppgaven utført i henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse og presenterer en bred oversikt over begrep knyttet til prosedyrer, tolkning og troverdighet i kvalitativ innholdsanalyse.

Analysen er basert på lydopptakene av samtalene i fokusgruppene med påfølgende transkribering, og egne feltnotater.

#### **3.9.1 Kvalitativ innholdsanalyse**

I denne studien er det transkriberte materialet det empiriske utgangspunkt for analysen, og jeg har støttet meg til Graneheim og Lundman sin kvalitative innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). I følge Graneheim og Lundman (2004) vil en tekstanalyse omfatte systematisk bearbeidelse av tekst ved å dele den inn i meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, koder, kategori og tema. Forfatteren skiller også mellom manifest og latent innhold. Det manifeste innhold er det som sies, og beskriver det synlige og selvfølgelige i teksten. Meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, koder og kategorier hører inn under den manifeste innholdet i teksten. Det latente innholdet fremkommer som en abstraksjon til kategori og tema, og handler om tolkning av den underliggende mening av det som formidles i teksten. Både det manifeste og latente innhold innebærer tolkning av tekst, men varierer i dybde og ulike abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004).



Da denne studien har som formål å fortolke det ”konkrete” om hvilke erfaringer helsepersonell har med energirike smoothies i sykehjem har jeg valgt å legge hovedvekten på det manifeste innhold i teksten. Det manifeste kommer til uttrykk i det som blir sagt og de konkrete erfaringene helsepersonell har med prosjektet ”Redusert nattfaste”. Den manifeste delen legger vekt på det deltakerne sier. Det latente kommer til uttrykk i tema. Det ble derfor naturlig å ta bort kategorien ”koder”. På denne måten blir det en logisk kobling mellom meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, kategorier og tema.

Jeg vil nå beskrive fremgangsmåten i analyseprosessen slik den ble gjennomført i denne studien. Analyseprosessen beskriver i hovedsak fem trinn (tabell 2).

Tabell 2. Skjematisk fremstilling av fremgangsmåten i analyseprosessen

Trinn 1	Naiv lesing for å danne et helhetsinntrykk	Manifest innhold
Trinn 2	Systematisk lesing for å identifisere meningsbærende enheter	
Trinn 3	Kondensering av meningsenheter	
Trinn 4	Kategorier identifiseres	
Trinn 5	Tema identifiseres ut fra abstraksjon av kategorier	Latent innhold

**Trinn 1.** Det første trinnet i analyseprosessen i denne studien gikk med til å lese de transkriberte intervjuene flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk. Hensikten var å bli kjent med materialet. På dette trinnet er det viktig å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side slik at vi kan høre deltakernes stemme tilstrekkelig og åpne opp for de inntrykk materialet kan formidle (Graneheim & Lundman, 2004).

**Trinn 2.** Det andre trinnet i analysen har som hensikt å organisere den delen av materialet vi ønsker å se nærmere på. På dette trinnet ble de tre fokusgruppe-intervjuene systematisk gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er i følge Graneheim og Lundman (2004) korte eller lengre deler av en tekst som beskriver noe om det fenomenet som studeres. I denne studien er de meningsbærende enhetene setninger og lengre utsagn. Jeg fulgte Graneheim og Lundman (2004) sin stegvise fremgangsmåte som forklarer de ulike trinnene i kvalitativ innholdsanalyse. Hver identifiserte meningsbærende enhet som

hadde en selvstendig mening i forhold til studiens problemstilling, ble kopiert fra det transkriberte materialet over i første kolonne i analyseskjemaet. Hver ”representant” ble så markert med en bokstav (A til L) som representerte hvilken helsepersonell som sa hva. De meningsbærende enhetene ble hentet fra forskjellige steder i det transkriberte materialet. De ble så gruppert i ulike tema som omhandler erfaringer med energirike smoothies og hvilke erfaringer helsepersonell har i forhold til egen utvikling gjennom prosjektet ”Redusert nattfaste”.

**Trinn 3.** Tredje trinn er å forkorte de kondenserte meningsenhetene til kortere enheter, men fremdeles helhetlige utsagn og med informantens egne ord. Å kondensere tekst omhandler prosessen som forkorter tekst, men som samtidig bevarer kjernen i innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Kvale & Brinkmann (2009, p. 212) beskriver kondensering som fortetting, som kortere formuleringer av tekst som gjengis med få ord. Jeg prøvde hele tiden å være bevisst på å utføre kondenseringen på den måten at meningsinnholdet i det informantene fortalte ble ivaretatt uten å påføre mine fortolkninger. Disse kondenserte meningsenhetene utgjør det manifeste innholdet (Graneheim & Lundman, 2004).

**Trinn 4.** Trinn fire bestod i å abstrahere kondenserte meningsenheter enheter i kategorier. I følge Graneheim og Lundman (2004) er det å skape kategorier kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Alle relevante data skal kategoriseres og kategorier som har noe til felles som kan beskrives som en rød tråd gjennom analysen (Graneheim & Lundman, 2004).

Disse kategorier utgjør det manifeste innholdet og beskriver en tolkning av den underliggende mening i teksten ved at teksten løftes til et høyere abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004). Dette steget i prosessen var svært utfordrende. Å abstrahere og finne passende betegnelser på kategorier som er overordnet var tidkrevende og jeg opplevde at flere av de ”kondenserte meningsenheter” kunne passe i forskjellige kategorier.

**Trinn 5.** I steg fem ble tema identifisert på bakgrunn av abstraksjoner i kategoriene. Temaene fremkom gjennom å koble sammen betydningen i ”kategoriene” som helhet, som er uttrykk for det latente innholdet i teksten. Som forsker må man forsøke å ”la teksten snakke” ved og trekke frem både det som er manifest og latent (Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim og Lundman (2004) vektlegger imidlertid at prosessen er tidkrevende og krever pauser og tålmodighet for å sikre både den indre homogenitet og ekstern heterogenitet rundt alle deler i analyseprosessen. Det er her hermeneutikken kommer inn. Fortolkning går ut på å

forsøke å forstå mening. For å søke å forstå og tolke resultatene fra innholdsanalysen arbeider man ut fra en forventning om at forståelse innebærer at del og helhet henger sammen (Halkier, 2010, p. 91). Jeg har derfor vært bevisst på at det skal være en logisk sammenheng mellom meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, kategori og tema. Målet er at analysen skal berike forståelsen og at fortolkningen skal lede frem til ny kunnskap (Malterud, 2011, p. 45).

For å få en oversikt over mine fortolkninger fra meningsbærende enheter til tema har jeg vedlagt et eksempel fra deler av min analyse som vedlegg V.

Temaer ble utformet og utbedret underveis og i samarbeid med min veileder. For å få svar på mine to forskningsspørsmål har jeg derfor valgt å kategorisere de ulike tema og kategori som best passer under hvert av forskningsspørsmålene. Disse vil jeg utdype mer i kapittel 4 under presentasjon av funn.

### **3.10 Troverdighet**

I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim og Lundman (2004) viser til at *credibility* (troverdighet), *dependability* (pålitelighet) og *transferability* (overførbarhet) brukes som redskap for å beskrive ulike aspekter ved troverdighet.

*Credibility* handler om hvorvidt forskningens resultatene er gyldige og kan stoles på (troverdighet). For å få tillitt til studien må en kunne følge forfatterens fremgangsmåte ved valg av fokus, informanter, datainnsamling, datamengde og analyseprosess. Å velge informanter med ulik bakgrunn, erfaring og alder er faktorer som er med til å økt troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Da jeg har gjort en evaluering av et gjennomført pilotprosjekt var fokus for min masteroppgave allerede kjent. Min oppgave har vært å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med pilotprosjektet "Redusert nattfaste". Det har jeg gjort ved valg av kvalitativ metode, og bruk av semistrukturert fokusgruppeintervju, som jeg anser som best egnet til å belyse prosjektet. Informantene ble valgt strategisk av fagutvikler ved sykehjemmet, og representerer ulike grupper helsepersonell med spredning i alder, utdanning og erfaring.

Intervjuguiden min bestod av to forskningsspørsmål som ble stilt til alle tre fokusgruppene. Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet etter nøye litteraturgjennomgang og med råd fra min veileder.

Analyseprosessen opplevde jeg som en krevende og omfattende prosess. Etter at alle tre fokusgruppeintervjuer var foretatt og materialet var ferdig transkribert startet jeg analyseprosessen etter Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Analysen er i utgangspunktet foretatt av meg selv med innspill fra medstudenter og min veileder.

Credibility omhandler også hvor godt kategorier og tema dekker tekst. Her refererer Graneheim og Lundman (2004) til hvordan bruk av sitater kan styrke troverdigheten ved å vise til hvilken kategori forfatteren har valgt. Forfatteren må her vise at relevant data ikke systematisk er utelukket. En måte å oppnå dette på er å drøfte aktuelle metoder både i forskermiljø og med informanter.

I denne studien er det blitt utført flere drøftinger med min veileder om valg av kategorier, tema og prosessen videre. I oppgavens del som omhandler presentasjon av funn har jeg med sitater fra de transkriberte fokusgruppe intervjuene. Det har vært viktig for meg å la informantenes stemme komme tydelig frem. For å tydeliggjøre hva som er formulert av meg og hva som er formulert av informantene har jeg valgt å skrive de meningsbærende enhetene i kursiv skrifttype. Det vil bidra til å styrke studiens pålitelighet. I tabell V har jeg gitt eksempler på meningsbærende enheter og kategorisering av disse.

*Dependability* omfatter konsistens og nøyaktighet i forhold til datainnsamling og analyse. For å sikre konsistens må man stille spørsmål om samme tema til alle informantene (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuguide er i så måte et nyttig verktøy. Kvale og Brinkmann (2009, p. 250) sier troverdighet ofte behandles i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Over tid kan imidlertid ny innsikt eller ved at datasamlingen går over lang tid føre til at fokuset på studien endrer seg (Graneheim & Lundman, 2004).

Spørsmålsstillingen i intervjuguiden hadde som hensikt å ha mest mulig åpne spørsmål, slik at informantene kunne fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Samme intervjuguide ble benyttet ved alle tre fokusgruppeintervju, og selv om jeg justerte og forbedret noen av spørsmålene ved andre og tredje intervju var fokus på samme tema likt. Jeg så spørsmål som

jeg på forhånd ikke hadde festet meg med som jeg valgte å følge nærmere i neste intervju. Malterud (2011) viser til at i starten av intervjuene kan forskeren entusiasme ta brodden av klossete intervju spørsmål og vise veien til samtaler som gir ny innsikt. Det er derfor ingen grunn til å klassifisere de første intervjuene som pilotdata som holdes utenfor analysen (2011, p. 53). I en kvalitativ studie er det imidlertid viktigere å lære av prosessen underveis og bruke fleksibiliteten til å justere kursen etter hvert (Malterud, 2011, p. 53). Etter hvert som jeg ble tryggere i intervju prosessen ble det lettere for meg å komme med oppfølgingsspørsmål og klargjørende spørsmål underveis i intervjuet.

Det at jeg selv har transkribert fokusgruppeintervjuene styrker troverdigheten. Gjennom transkribering ble jeg godt kjent med materialet og det som ble sagt. Jeg ble da oppmerksom på svakheter og kunne korrigere meg underveis til neste fokusgruppe intervju.

Det tredje aspektet omfatter *transferability*. Dette aspektet dreier seg om hvorvidt funnene har gyldighet for andre situasjoner og grupper. Forskeren kan argumentere for transferability, men det er leseren som til sist avgjør om funnene er overførbare (Graneheim & Lundman, 2004). Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget, kontekst, forfatterens ståsted, innsamling av data, analysen og beskrivelse av funnen. Troverdigheten styrkes om den dessuten er relevant og anvendbart i andre situasjoner (Drageset & Ellingsen, 2010).

Hvorvidt funnene fra denne studien kan overføres til andre situasjoner vil blant annet være avhengig av samme utvalg av informanter og kontekst. Imidlertid er det sannsynlig at hovedfunnene fra denne studien er relevant og vil gi kunnskaper og forståelse om helsepersonells erfaringer med smoothies og næringsbehov hos eldre slik at studien kan overføres til andre sammenhenger og formål. Det kan likevel tenkes at resultatet hadde vært annerledes med større bredde i erfaringer og opplevelser, om personalet som jobber natt hadde deltatt i intervju. Det var dessverre ikke nok informanter til at det lot seg gjøre å gjennomføre et fokusgruppeintervju. Det samme gjelder om personalet som ikke stilte til intervju hadde deltatt. Årsaken til at informantene som skulle delta på intervju ikke kom, vet jeg ikke, jeg kan bare anta at de hadde glemt det. Hvorvidt resultatet hadde vært annerledes og mer troverdig er derfor vanskelig å si noe om.

### 3.11 Etisk refleksjon

Forskningsetiske prinsipper som respekt, velgjørenhet og rettferdighet ligger til grunn for de verdier vi som forsker må forholde oss til (Malterud, 2012, p. 72). Respekt for individet er det grunnleggende, og deltakernes medvirkning må ses på som en velvillig investering til bidrag og utvikling av ny og relevant kunnskap (Malterud, 2012, p. 140).

Før gjennomføring av studien ble det sendt søknad til Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste AS (NSD). Søknad til Regional Komité for medisinsk forskningsetikk (REK) var ikke nødvendig fordi jeg ikke skulle forske på pasienter. Etter å ha mottatt positiv tilbakemelding fra NSD (vedlegg VI), ble det sendt forespørsel til fagutvikler på sykehjem om tilgang til informanter (vedlegg III).

For å ivareta respondentenes personvern er alt av transkribert materiale anonymisert, slik at navn ble byttet ut med bokstav. Personopplysningene er anonymisert, slik at ingen uttalelser skal kunne identifisere respondentene i den ferdige oppgaven. Både tekst og lydfiler er håndtert konfidensielt, og oppbevart i låsbart skap, kryptert og passordbeskyttet. Lydbånd og utskrifter av intervju blir makulert når masteroppgaven er ferdigskrevet.

Malterud (Malterud, 2011, p. 206) vektlegger at datainnsamling har en personlig karakter der god kontakt mellom informant og intervjuer forutsetter at partene opplever gjensidig tillit og respekt. Deltakeren skal kjenne seg trygg uten å føle seg presset eller invadert. Intervjueren må kjenne ansvar for å håndtere det som blir sagt på en slik måte at det samsvarer med slik det var ment (2011, p. 201).

## 4. PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenteres funn fra tre fokusgruppe intervju av helsepersonell gjort på to sykehjem i en kommune i Rogaland. Helsepersonell har alle til felles at de har deltatt i pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”.

Etter at pilotprosjektet startet høsten 2014 var ett av målene å introdusere energirike smoothies til pasienter om kvelden og natten. Det skulle gjøres av helsepersonell som var på vakt. De ulike smoothiene ble laget etter oppskrifter som var utarbeidet fra Älmhult i Sverige.

For å få svar på forskningsspørsmålene har jeg valgt å presentere forskningsspørsmålene som overskrift med tema og kategorier under hver av disse. Utsagnene jeg presenterer er valgt ut for å understreke hovedfunn, men også for å vise variasjon i tema og kategori som fant sted under fokusgruppeintervjuene.

### **Forskningsspørsmål 1: Hvilke erfaringer har helsepersonell med energirike smoothies til beboere i sykehjem?**

Tabell 3: Tema og kategorier som hører inn under forskningsspørsmål 1.

<b>Tema</b>	<b>Kategorier</b>
1. Noen tåler ikke smoothies	1. Fordøyelsesproblemer og tarmfunksjon
	2. Kvalme
2. Individuell tilpasning	1. Tilsetter næringsstoffer
	2. Bedre resultater med andre ingredienser og metoder
	3. Mer frukt med smoothies
3. Endring i vekt	1. Vekttap og vektøkning
	2. Innføring av ernæringslister
4. Smoothies gir energi	1. Ingen forskjell i nattevåk og uro
	2. Foretrekker smoothies om dagen
5. ”Beboernes opplevelser” med smoothies	1. Liker best norsk tradisjonell kost
	2. Noen går lei av smoothies
	3. Noen liker smoothies

## 1.0 Noen tåler ikke smoothies

### 1.1 Fordøyelsesproblemer og tarmfunksjon

Ikke alle fikk tilbud om smoothies om kvelden eller natten. Det var noen som ikke tålte den. Noen fikk problemer med fordøyelsen og tarmfunksjon. Helsepersonell var også opptatt av at pasientene fikk nok fiber i seg. Hun var usikker på om smoothies gav nok fiber og om fibrene ble ødelagt ved å lage smoothies. Hun gav derfor frukt om dagen og smoothies om kvelden. Hun uttrykker seg slik:

*”Det stod jo et stort stykke i Stavanger Aftenblad når vi begynte med dette her, for da stod det et stykke om at fibrene blir ødelagt i smoothien. Men hvis du spiser for eksempel en pære hel, sant...så jobber tarmene mye bedre, så du tenker jo litt på den delen at på dagtid så får de frukt og så på kvelden så har de fått smoothien, som metnings...sånn har jeg tenkt det...”*

Kandidat A

Helsepersonell kunne også fortelle om en som ikke tålte smoothies, som fikk halsbrann.

*”En fikk jo halsbrann av det...hun tålte ikke det...forskjellige sorter...fikk halsbrann”.*

Kandidat A

### 1.2 Kvalme

For noen pasienter så kan inntak av smoothie føre til kvalme. Det er usikkert om det skyldes innholdsstoffene til smoothien som melk og fløte og olje, som pasienter reagerer på, eller nedsatt fordøyelse. Det kan også være en kombinasjon av årsaker som kan føre til kvalme.

*”...lørdagskvelden var jeg på jobb og da hadde vi i hvert fall...ja...til de som ville ha...men klart det var jo noen som ble litt kvalme...og noen sier jo og nei...”* Kandidat D

For noen så førte for mye olje og kremfløte til kvalme:

*”...men det var ikke alltid det var vellykket da...for det med for mye olje og kremfløte det ble kvalmende for mange.. spesielt når de er så gamle som de er...så de kalde drikkene var oftest best...”* Kandidat A



## 2.0 Individuell tilpasning

Det var flere smoothies oppskrifter helsepersonell hadde fått utdelt etter oppskrifter fra Älmhult i Sverige. Noen av helsepersonell gir uttrykk for at det virker veldig fastlåst spesielt i begynnelsen at du måtte følge de oppskriftene som ble tildelt. Det var ikke alle dette falt i smak hos:

*”Jeg vil og si i begynnelsen virker veldig sånn fastlåst at du skulle følge alt dette her ...og du gjorde jo dine erfaringer sant...og det var jo ikke alle dette her falt i smak hos...at det skulle vært litt mer lempelig...rett og slett...ja det synes jeg...det er oppegående folk som går her og de vet hva du putter i ...så de klarer jo og tenke litt selv og rett og slett...”* Kandidat B

### 2.1 Tilsetter næringsstoffer

Etter hvert fikk helsepersonell mer erfaring og visste hva pasienter likte og hvordan de reagerte på smoothies. Det gav helsepersonell større rom for individuell tilpasset smoothies, og det var opp til hver enkelt helsepersonell hvilken oppskrift de ville følge og hvilke ingredienser de ønsket å inkludere. Hvis det var frukt som begynte å bli dårlig som bananer ble det ofte brukt til smoothies. Det ble også brukt frosne bær, yoghurt, melk og fløte. For å få en oversikt over hva smoothies består av kommer noen utsagn fra helsepersonell her:

*”Det var jo mange smoothie oppskrifter, så det var jo opp til hver enkelt hva vi ville lage...vi hadde jo fått tilgang til masse yoghurt som de hadde kjøpt inn her på sykehjemmet, som vi hadde tilgjengelig og frosne bær og...”* Kandidat F

*”Mest frossen og hvis bananene begynner å bli dårlig...så hiver vi oppi noe banan...eller annen frukt og hvis det er noe frukt vi har glemt en plass...”* Kandidat H

*”Etter utgangspunktet oppskrifter som henger der ute på kjøkkenet...som vi gikk slavisk etter hvis der var det der var...mye yoghurt, melk og fløte, og frossen frukt, og en del sukker...”*

Kandidat J

Det var noen smoothie oppskrifter som var mer populær enn andre. Noen ble litt for søt og andre ble litt for sur, men pasienten likte best når smoothien var litt søt. Felles for dem er at smoothiene består av mye frukt og bær:

*”For min egen del så tror jeg nesten jeg ville bare hatt frukt i...for før dette prosjektet så hendte det jo en eller annen gang imellom...at jeg laget smoothie...og da laget jeg av helt friske rene bær...for det følte jeg var vellykket det altså...for da blir det jo ikke sånn kaldt...da har du ikke frossne bær...det blir vel med en gang mer mektig når du har melkeprodukter i...”*

Kandidat J

En av personalet påpekt viktigheten av å få i seg mye frukt i smoothies på grunn av vitaminer:

*”I hvert fall ikke de energibombene...men da kan du heller lage den ene smoothien bare med frukt... for det er viktig å få i seg vitaminer tenker jeg...det trenger vi jo alle uansett... hvor store eller små vi er...”* Kandidat J

## **2.2 Bedre resultat med andre ingredienser og metoder**

Å skulle lage en smoothie som skulle tilfredsstille alle pasienter ble noen ganger en utfordring. Noen av helsepersonell påpekte det å bytte ut noen av ingrediensene og lage forskjellige ut i fra behov. For noen så resulterte det i at det ble litt mye fløte og olje, spesielt til de som var overvektig fra før:

*”Bitte litt ja...det var jo ikke noe metning...de måtte jo ha et glass skulle de mettes...så var det de som var overvektig...de måtte jo bremse opp litt og gi de litt mindre...”* Kandidat A

*”Jeg tilsatte fløten og oljen til de som trengte det til slutt...for det ble alt for mye til de som var godt i hold å få masse fløte og olje og...”* Kandidat B

*”Men så er det jo og at de ikke liker det...men sant...du lærer...da prøver du å unngå...å se om de liker det...men jeg hadde inntrykk av at de ikke likte de typisk veldig tykke og mektige...hadde jeg inntrykk av...”* Kandidat J

Noen av helsepersonell savner alternative måter å lage smoothies på og alternativer til ingredienser. De ønsker mer variasjon i forhold til sunnere alternativer. I stedet for fett og fløte så foreslår en helsearbeider å bytte ut fløte for nøtter. Hun savner også smoothies som metter:

*”Det kunne vært interessant å vite i stedet for fløte...fett i fløte...kunne en brukt fett i nøtter for eksempel...som et sunnere fett...Vi brukte jo ikke noe sånn nøtter eller frø eller noe sånt i*

*smoothien for at de skulle bli mette...skikkelig mette...det var bare egentlig frukt og juice og...melk og søtt og fett...* ” Kandidat H

For noen av pasientene ble smoothien for kald å drikke. De ville ikke ha så kald drikke og ønsket derfor at den først skulle stå på benken til den ble lunken:

*”Det er kaldt var vel egentlig vår erfaring...at vi vil jo ha dette så ferskt og kaldt som mulig men de som bor her ønsket at det skulle stå på benken en time først...at det ble litt varmere...de ønsker ikke så kald drikke...”* Kandidat H

### **2.3 Mer frukt med smoothies**

Å få i seg nok frukt og grønt er viktig. Likevel kan det for eldre være vanskelig å skjære og tygge frukt og grønt. Å få i seg moset frukt eller som smoothies kan derfor være gunstig, da det er enklere å tygge og fordøye. En smoothie kan inneholde langt mer frukt og grønt ved at flere frukter og grønnsaker moses sammen. Hvorvidt pasienten får i seg mer frukt totalt sett gjennom døgnet var usikkert, da helsepersonell opplever dette noe forskjellig. Her er noen av uttalelsene:

*”I smoothien i stedet for i annen frukt...totalen blir den samme, for vi har alltid vært veldig opptatt av frukt og grønt...”* Kandidat D

*”Ja det har vi og men jeg tror allikevel det er mer frukt i smoothien enn i frukten som de ville ha allikevel på kvelden...”* Kandidat H

*””Jeg tror nok av og til for det er ikke alle som klarer å få i seg frukt...du ser på dagen og...skal de få frukt i seg så må du mose det...”* Kandidat A

## **3.0 Endring i vekt**

### **3.1 Vekttap og vektøkning**

Noen av pasientene er underernært i utgangspunktet mens andre oppleves å være feilernært eller overvektig. Helsepersonell har ulike erfaringer med hvordan smoothies opplevde for den enkelte. De som var underernært i utgangspunktet la ikke så mye på seg, men helsepersonell påpekte at det kan skyldes sykdommen i seg selv. Informantene fremhever at

sult kan gi uro, spesielt hos pasienter som er dement. De klarer ikke alltid utrykke at de er sultne. Helsepersonell beskriver det på denne måten:

*”...det vi opplever med demente at hvis de blir sultne så blir de urolig...så er det utagering...så det er veldig viktig at de er mette...”* Kandidat A

En annen uttrykte det slik:

*Ja, det kan jeg se en hos oss...hun klarer ikke gi beskjed og da har jeg prøvd å gitt henne mat og da har hun roet seg og spist opp....ja”* Kandidat C

Demens fører noen ganger til at den demente pasienten glemmer at de har spist eller mener at de har spist og ikke vil ha mer. De kan også gjemme bort maten. Det kan derfor være vanskelig noen ganger å vite hva de liker og om de får i seg nok næring. En av helsearbeiderne uttrykker seg slik :

*”...det er jo veldig vanskelig mange ganger med demente for de er jo demente...at de glemmer fort, at de faktisk nettopp har spist...eller motsatt...at de mener de har spist...og ikke vil ha mer...så det er jo en vanskelig ting mange ganger...i forhold til hvordan det kan være i alle fall...og hvis de mener de har spist...så kan de som sagt bare gjemme vekk maten...og ikke spise den dagen...du må bare prøve deg frem...som regel så...er det av og til de bretter inn maten...så glemmer de den...så får de tenkt seg litt om så plutselig finner de den så...åhhh...så er det ny opplevelse...så begynner de igjen å...så men det er veldig vanskelig å vite hva de egentlig liker...for det vet de jo egentlig ikke...det må du få hjelp av pårørende eventuelt...”*Kandidat J

Noen av de som opplevdes å være overvektig la derimot på seg, og for noen ganske mye. For å illustrere dette har jeg med to sitater:

*”...vi var jo veldig spent på de som var underernært om de ville legge på seg, men det gjorde de ikke, men det er sykdommen sin gang sant, men de som gjerne var overvektig fra før la gjerne på seg veldig...ja det var ganske ekstremt altså...”* Kandidat D

*”De fikk tilbud alle sammen...men det var vel litt av grunnen til at det ble stopp når prøveprosjektet var ferdig fordi at vi så at de som var overvektig la så kraftig på seg...”*

Kandidat H

Noen av pasienten ville heller ikke ha smoothies nettopp på grunn av at de var redde for å legge på seg. De tok derfor individuelle hensyn med å gi ekstra fløte til de som trengte det, og ikke til de som var overvektig fra før:

*”Jeg tror det er noen som bare følger skalaen høyere og høyere mens andre ligger stabilt...ja jeg har inntrykk av det i hvert fall...de liker jo søte ting og spiser søte ting hvis de har lyst på tenker jeg...du passer jo på at du gir lettmelk til en som er for kraftig på en måte...at du tar litt sånne hensyn...og de som er litt tynne...de kan vi heller gi litt ekstra fløte...altså...vi er jo litt bevisste på det da...”* Kandidat J

Noen av helsepersonell gir også uttrykk for at det burde være forskjellige typer smoothies med ingredienser tilpasset den enkelte i forhold til under- og feilernæring:

*”Vi kunne ha hatt en ernæringssmoothie og så kunne vi hatt forskjellige...og så kunne vi hatt...på avdelingene...for det blir jo på en måte en maskin...da lager du en sort sant...for en som var underernært så måtte du putte oppi det etterpå...så du kunne gjort det på den måten...så vi kunne jo gjort det på forskjellige måter...men de varte jo ikke så lenge, holdbarheten på de...så derfor laget vi og gav de der og da...og så skulle de helst drikkes opp innen neste morgen...du kunne kanskje ha det til mellommåltidet hvis det var mye igjen...da måtte vi helle det ut etterpå...”* Kandidat A

### 3.2 Innføring av ernæringslister

Noen av helsepersonell påpekte at hvis det var nødvendig så førte de egen mat og drikkeliste på beboere som var i ernæringsmessig risiko. Noen av personalet påpekte at de savnet mer dokumentasjon på det beboerne faktisk fikk i seg av næringsstoffer. Dessuten var det ikke alltid oppskriftene ble fulgt slavisk. På den måten kan en bedre tilpasse smoothies ut i fra den enkeltes behov:

*...det ble jo ikke skrevet ned når du fulgte en oppskrift...at nå har vi gitt oppskrift en for eksempel...men det er jo det som hadde vært interessant...for da kunne du sett resultatet mer...hvis det stod da hva du hadde gitt...så mye sukker....da betyr det at du ommøblerer rommet etterpå...og hvis du hadde så lite så gikk det helt greit...det hadde blitt en helt annen studie hvis en skrev ned at i dag hadde en fått så og så mange milliliter av den typen....”*  
Kandidat H

#### 4.0 Smoothies gir energi

Det var ulik oppfatning av hvilken innvirkning smoothies hadde på beboerne. Noen av helsepersonell gir uttrykk for at de ble veldig på farten og fikk energi, mens andre ble urolig eller trøtte. De fleste av helsepersonell var likevel enig om at smoothies gav energi. Det var spesielt to beboere som utmerket seg ved å bli veldig energisk. Jeg velger å ta med ett utsagn:

*”Det må være han som etter 20 minutter begynner å ommøblere...det er ganske utrolig synes jeg...det slo ikke feil...etter 20 minutter begynte han å bli urolig og...etter en stund så prøvde vi ikke å gi ham, han fikk andre ting og da så vi at han roet seg og vi fant jo ut grunnen til det...men klart det kunne jo ikke bare være det...han er jo sånn av og til ellers og...men det var så typisk 20 minutter etterpå...da var vi klar til å roe ham ned...da fikk han yoghurt igjen eller skrive...”*Kandidat D

#### 4.1 Ingen forskjell i nattevåk og uro

Erfaringene helsepersonell har fra dette pilot prosjektet der helsepersonell har gitt smoothies om kveld og natten tyder ikke på at pasientene blir roligere og sover bedre. Ofte er det de samme pasientene som går igjen og det skyldes ofte andre ting som smerter. Flere av dem uttrykker seg slik:

*”Jeg kan ikke uttale meg om pasientene har sovet mer eller mindre...det vi hørte på dagtid gjorde ikke noe forskjell synes jeg...”* Kandidat H

*”Men, det har ikke vært min erfaring at det har blitt mindre vandring hos den enkelte...det kan ikke jeg si...det kan jeg ikke se...”* Kandidat B

*”De som vandrer, vandrer frem...noen av de som vandrer er ofte tegn på smerte men de klarer ikke uttrykke det, derfor vandrer...hvertfall ett tilfelle...”* Kandidat G

#### 4.2 Foretrekker smoothies om dagen

Det var stor enighet blant helsepersonell om at det hadde vært en fordel å heller gi smoothies på dagtid. Mange mente det var feil tidspunkt å gi smoothies om kvelden da dette gav alt for mye energi. For mye fett og for mye sukker om kvelden mente de ikke var bra når pasientene skulle sove.

*”Ja jeg tenker at vi har jo gjort det vi har fått beskjed om, men jeg har ikke følt at det har vært noen forandring nei...men vi burde jo gjerne variert...og prøvd på dagtid i plassen...for jeg tenker det er jo energibombe... og det var det jo litt snakk om i avdelingen faktisk...at de tenkte det har motsatt virkning...at de ble mer urolig av at de fikk så mye energi...de forstod ikke helt sammenhengen...” Kandidat J*

*”Det blir feil tidspunkt mener jeg...det er altfor mye fett og alt for mye olje og sukker og...du får alt for mye energi...vi legger jo oss heller ikke halv ni, men rett før du skal legge deg å få sånn...og så skal du sovne...Vi ville jo ikke gitt ungene våre heller smoothie rett før de la seg...vi vil jo at de skal sove...” Kandidat H*

De fleste av personalet mente det beste tidspunktet å gi smoothies hadde vært på morgenen før pasientene stod opp eller om formiddagen som et mellommåltid. Dagens ordning er frukt og vann som mellommåltid om formiddagen. Resultatet mener de hadde vært annerledes om pasientene hadde fått tilbud om smoothies som mellommåltid på dagtid.

*”Ja som mellommåltid sånn som du sier mellom ti og elleve...at en kanskje skulle prøvd ut det der og sett...” Kandidat D*

*”Ja for hos oss da så sitter ganske mange ved stuen rundt forbi eller på romme sitt eller sitter og ser fjernsyn og...da er jo smoothien ganske god og lett og energirik måte og gi de litt ekstra tilskudd...mange sitter nå med ett glass med saft og noe frukt av og til...det er jo ikke alltid de har tid til det, men da hadde vi laget til en smoothie på morgenen og bare skjengt oppi til de...så kunne det vært noe...” Kandidat F*

## **5.0 ”Beboernes opplevelser” med smoothies**

Helsepersonell fikk ulike erfaringer med hvordan beboerne opplevde det å få smoothies. Jeg vil her prøve å presentere de ulike synspunkter og erfaringer helsepersonell fikk med hvordan ”beboerne opplevde” det å få smoothies.

### **5.1 Liker best norsk tradisjonell kost**

Flere av helsearbeidere gav uttrykk for at pasientene foretrakk tradisjonell mat som de var vant med fra før. Det var stor enighet blant helsepersonell at mange av de eldre ikke var vant

med smoothies hjemmefra og derfor favoriserte mer gammeldags mat. Mange eldre foretrekker mat som havresuppe, kakao og skiver om kvelden. For å belyse dette har jeg valgt ut noen sitater:

*”En opplever vel at det er en generasjonen med havresuppe og ikke med smoothie...”*

Kandidat H

*”...det er jo den havregrynet i all slags varianter...jeg har inntrykk av de liker veldig godt...enten det er suppe eller det er grøt eller...bare med melk på eller i yoghurt...”*

Kandidat J

*”Det hadde vært bedre med en kopp med havresuppe...eller kakao...som gjør at du blir trøttere tenker jeg...”* Kandidat H

## 5.2 Noen går lei av smoothies

Noen beboere går etter hvert lei av smoothies. De går lei av å ha smoothies hver kveld. Noen helsepersonell gir uttrykk for at det kan være fordi det er noe de ikke er vant med fra før. Ved å redusere fra å ha det hver kveld til to dager i uken, kan det gjøres mer attraktivt mente helsepersonell. De mente det gav rom for mer variasjon. Her fremkommer noen av utsagnene:

*”Så opplever vi jo og det at noen...å kommer du med den igjen nå...og det smitter over på de andre sant...så da tenkte jeg vi kan ikke ha det for ofte... vi må ha en pause sant...så det ikke blir hver kveld...da når vi sluttet med det...for vi skal begynne på an igjen nå i januar...ja vi har fått beskjed om det...men vi vet ikke hva da...så tenkte jeg ikke hver kveld så de ikke blir lei av det...”* Kandidat A

*”Jeg tror de har vært lei av det...når det på en måte har vært bare kveld...litt den der tenker jeg...at det kanskje hadde vært bedre og hatt to ganger i uken...noe sånn...på det jevne heller...bytte litt på det...så det ikke smaker det samme hele tiden...”* Kandidat J

## 5.3 Noen liker smoothies

Det var noen pasienter som likte smoothies veldig godt. Helsepersonell nevner spesielt en eldre dame på 103. Her beskrives to ulike erfaringer:



*”Jeg opplever det at noen ernæringsdrikker, de var så gode...vi har en på 103, hun slikket glasset med fingeren...” Kandidat A*

*”Det var særlig en hun skrøt sånn av at det var så godt...det var så godt...hver kveld helst...det beste hun hadde smakt...så tilbydde vi jo henne litt mer da hvis det var mer igjen...og ja takk ja...skikkelig godt synes hun det var...ja hvis det var litt om morgenen så fikk hun da og...jeg følte det var det samme hva vi hadde blandet...så likte hun det...”*

Kandidat I

## Forskningsspørsmål 2: Hvilke erfaringer har helsepersonell i forhold til egen bevissthet på ernæring gjennom prosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”?

Tabell 4: Tema og kategorier som hører inn under forskningsspørsmål 2.

Tema	Kategorier
1. Mer bevissthet på ernæring	1. Redusert nattfaste
	2. Mer variasjon og bedre utvalg
	3. Andre måltidsrutiner
2. Bevissthet på å ta ansvar	
3. Behov for mer kompetanse om ernæring	

### 1.0 Mer bevissthet på ernæring

Pilotprosjektet har resultert i at helsepersonell har lært mer om ernæring og blitt mer bevisst på ernæring. De er opptatt av helheten med ernæring og de ønsker å lære mer om det å lage smoothies. De er og opptatt av at det de serverer gjennom hele døgnet skal være næringsrikt.

*”Personlig så tenker jeg mer gjennom eller helheten med ernæring, at jeg har fått litt mer...ja med tanke på de som er underernærte...at ikke bare gjennom smoothien, men gjennom hele måltidet...ja gjennom hele dagen...hva vi serverer...det tenker jeg mer på...”* Kandidat B

En av helsepersonell sier hun er glad for den kompetanse som hun har fått gjennom dette prosjektet og det å lage smoothies. Det mener hun er kommet til nytte for beboere på sykehjem, men også for egen del hjemme:

*”Positivt er jo at vi har lært litt...å sette sammen smoothies...av forskjellige varianter tenker jeg...det er jo positivt både hjemme og her på en måte...at du kan litt...”* Kandidat J

### 1.1 Redusert nattfaste

Flere av helsepersonell fremhever viktigheten av å gi pasienter kvelds og nattmat. Av intervjuene fremkommer det at før dette prosjektet startet så fikk pasientene som oftest tilbud om kveldsmat. Det er vanlig å tilby pasientene et måltid om kvelden oftest i åtte tiden. Maten som ble servert om kvelden var oftest yoghurt, havresuppe eller skiver. Det illustrerer disse eksemplene:

*”Jeg synes de er veldig flinke både før vi begynte med dette, men også å la de få et godt måltid i åtte tiden og nattevaktene...er det våkne pasienter om nettene, og er de utrolige, så tilbyr de veldig fort mat”. Kandidat A*

*”Altså...jeg vil og si det at jeg har og gitt smoothies før dette her prosjektet begynte, men vi gav alltid et måltid i form av kanskje yoghurt, skiver...et måltid som gjorde at de var mette i åtte tiden...som vi nå gir en smoothie. Kandidat A*

Om måltidet på kvelden er smoothies eller annen mat er usikkert, men det er blitt et større fokus på å få i pasientene noe mat senere om kvelden:

*”Fokuset på mat senere på kvelden har vi fått til...om det er smoothie eller andre ting det vet jeg ikke helt...men det å få i pasientene noe mat senere på kvelden det har vi hatt fokus på...det tror jeg vi fortsetter med...” Kandidat H*

Når det gjelder nattmat så er det ikke noen faste rutiner på å gi mat om natten med mindre beboere ber om dette eller er urolig. I fokusgruppe intervjuet kom det frem at lengden på nattfasten vanligvis er mellom 12-14 timer. Etter at pilotprosjektet ble introdusert så var hensikten å tilby pasienter smoothies også om natten for de som var våken og urolig. Noen ganger laget personalet mye smoothies om kvelden som da stod klar i kjøleskap til beboere om natten. En av helsepersonell belyser det på denne måten:

*”Det var jo snakk om det en stund...etter kveldsmaten rett før de legger seg, men og at det skulle stå klart i kjøleskapet til de som ble urolige...så det var klart på natten... hvis noen våknet eller var urolige eller begynte å vandre å sånn...” Kandidat G*

## **1.2 Mer variasjon og bedre utvalg**

Mange av helsearbeiderne ønsker mer utvalg, spesielt i frukt og grønnsaker. Mange påpeker at middagen kan bli litt ensformig av lite grønnsaker som gir lite variasjon og farger. Dessuten er det stor etterspørsel etter bedre utvalg i frukt og gjerne mykere frukt som melon som gjør det lettere å tygge. Epler går det minst av da de er så harde. Av frukt går det mest i banan, pære og druer. Helsepersonell etterspør også mer utvalg i ferske bær som jordbær, blåbær og bringebær. Noen av utdragene fra intervjuene har jeg tatt med her:

*”De får jo variert i hvert fall...av gulerøtter og grønnsaker...tenker jeg...til middag...det hender jo jeg savner litt da...men...alt etter som...av og til gjerne hvis de bare får gulerøtter*

*så savner jeg en ting til...hvis du bare får kålrabi til for eksempel poteter og fiskekaker så blir det bare lyst liksom tenker jeg...så jeg vil ha litt farge tenker jeg...men det varierer jo...noen ganger så er det jo helt perfekt, mens andre ganger så er det jo ikke det...” Kandidat J*

*”Ja også litt mer pålegg sant...næringsrikt pålegg...og litt mer variasjon i frukten ...det er jo så masse fantastisk frukt vi har fått til Norge...” Kandidat A*

*”Jeg kunne tenke meg mer blomkål og brokkoli...for det er i hvert fall min generasjon vant med...men de som er eldre de er vant med mer gulerøtter ser jeg og kålrabi det får vi nesten aldri...” Kandidat D*

*”Jeg kunne tenke meg mer sesong grønnsaker...sesong variert...ikke nå for blomkål liksom...” Kandidat H*

*”Epler går det minst av for de er så harde...at det nytter ikke...kunne heller fått litt andre typer meloner og sånn som er litt mykere...” Kandidat C*

Noen av pasientene har nedsatt matlyst og er underernært. Det kan derfor være en utfordring å tilby mat som frister. Det oppleves mange ganger vanskelig for helsepersonell å vite hva mat en derfor skal tilby:

*”Dette der med underernæring og når pasienten er kommet stadig med store smerter, mister matlyst... hva alternativ kan du tilby som frister, sant...du kjenner av og til at du kunne hatt mer utvalg...hva mangler vi...hva er ikke...det har jeg tenkt en del på...” Kandidat A*

Det fremkommer av intervjuene med helsearbeiderne noen ganger synes det er vanskelig å vite hva de skal tilby pasienter som et godt alternativ til mellommåltid. De ønsker mer utvalg til dagens ordning som består av yoghurt og havregryn:

*”Jeg tenker jo at det er litt andre alternativ i forhold til mellommåltid...ikke bare yoghurt og havregryn og...av og til står jeg veldig tom og...hva skal jeg finne på i dag...det går jo mye i det samme...” Kandidat J*

### **1.3 Andre måltidsrutiner**

Noen av helsepersonell påpekte et sterkt ønske om at middagen ble servert senere på dagen. På ett av sykehjemmene var dagens ordning at middagen serveres klokken halv ett. Det var et ønske om at den forskyves til halv fire. Flere av dem mener det hadde påvirket nattesøvnen

positivt ved å få middag senere på dagen så kunne også kveldsmaten forskyves til senere på kvelden. På den måten kan beboere legge seg litt senere etter kveldsmat, slik at også nattfasten hadde blitt redusert. Det var også helsepersonell som ønsket å beholde dagens ordning, da de mente at det var beboere vant med fra tidligere. De mente det kunne skape forvirring med endring, spesielt hos personer med demens.

*”Men hadde de fått middag halv fire.....så kunne de fått kveldsmat halv åtte så hadde en jo løst hele...og at de legger seg så tidlig...hvis de får kvelds halv åtte så kan de legge seg en time senere...”* Kandidat H

*”...det er deres generasjon tenker jeg, de er vant med å ha middag i de tidene...så jeg tror ikke det...for de blir egentlig litt forvirret...når vi har jul og nyttår og plutselig skal ha middag på kvelden...så kommer de litt ut av det...enkelte i alle fall...de liker og ha det trygt og godt sånn som de alltid har hatt det...”* Kandidat J

## **2.0 Bevissthet på å ta ansvar**

Det var mange helsearbeidere som ønsket en fast person som hadde ansvaret for kjøkkenet og det å lagre maten. Mange savnet også lukten av stekte vafler og at det hadde vært en ansvarlig person for dette. Mange beboere er også vant med kjøkkenstell fra før av og hadde satt pris på å delta. Hadde det vært en med mer ansvar for kjøkkenet så hadde også personalet fått større fokus på egne arbeidsoppgaver. Dessuten nevnes at det hadde blitt større fokus på ernæring og ikke kun at beboere skal spise:

*”Det hadde jo vært veldig godt om det hadde vært en fast...en fast person som stod på kjøkkenet og tok oppvask og lagde maten og hadde ansvaret for det...som kunne laget noe og tatt med pasienter...skulle vært avsatt en person til det...og vi andre som var i avdelingen vi hadde avdelingen...og de andre, ja det hadde vært godt...”* Kandidat B

*”Merker jo det at det ferske frister mer enn...det som du åpner i kartonger...kan jo kjøpe smoothie og, men det blir helt noe annet...du steiker vaflene på avdelingen og kjenner lukten i tillegg til det du skal spise...står og rører i grøten så kommer de bort og rører de sant...delaktig i ting ...det har de gjort alle en eller annen gang før...”* Kandidat A

*”Vi har noen som er fast på kjøkkenet men de er på kjøkkenet og lager frokost eller kveldsmat eller...og det er jo en av oss...som i dag...i dag står du på kjøkkenet og i morgen er det min tur sant...men vi har ikke fokus på ernæring annet enn hva folk skal spise...” Kandidat H*

### **3.0 Behov for mer kompetanse om ernæring**

Det var stor enighet om ønske om mer kompetanse om ernæring i forhold til at beboerne får i seg rett og nok næringsstoffer. De mente de ikke hadde erfaring og kunnskap nok til å gi rett mat til den enkelte beboer, spesielt gjelder dette i forhold til under- og gjerne feilernærte beboere. Noen nevnte også demens og ønske om mer kunnskap om hvilke type ernæring som passer best til denne pasient gruppen. Hovedkjøkkenet er ikke på sykehjemmet så de har derfor ingen kontroll over hva maten beboere får inneholder:

*”Det må jo være generell ernæring som er viktig...se hva pasientene skal ha...å se til at de får rett næringsstoffer...at det er ikke så mange som er underernærte men gjerne feilernærte...at vi kan se litt på det...og vi har ikke kontroll på hva som vi gir de...vi vet ikke hvor mye maten er kokt...ja de får variert kost...men er det da rett type...ja er det rett mat til pasienten kontra den pasienten...vi har ikke erfaring nok... eller kunnskaper nok mener jeg og så lenge kjøkkenet er uttatt fra vårt... så har vi heller ikke den kontrollen...” Kandidat H*

*”Men jeg tenker og hva demente bør ha og ikke bør ha...det er en sånn ting jeg ikke helt vet...altså typisk sånn...det må du i hvert fall ikke gi de på en måte...for det urolige dem enda mer for eksempel...sånn det er jo litt spennende tema tenker jeg...det er jo veldig spennende i forhold til mating...enkelte ting skal du jo ikke ha i forhold til hvilken diagnose du har...du bør unngå enkelte ting gjerne og...det er litt spennende slike ting...” Kandidat J*

## 5.0 DRØFTING AV FUNN

Studiens problemstilling om: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med prosjektet ”Redusert nattfaste”*, danner utgangspunkt for drøftingsdelen i oppgaven.

Hensikt med studien er å undersøke helsepersonellens erfaringer med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”. Målet med pilotprosjektet var blant annet å redusere nattfasten, redusere nattvandring hos demente, bedre ernæringstilstanden for sykehjemsbeboere, samt øke kompetansen hos helsearbeidere på næringsbehov hos eldre.

Grunnlaget for drøftingen er basert på studiens funn. I drøftingsdelen blir studiens funn knyttet opp mot studiens problemstilling, tidligere forskning og aktuell teori. Drøftingsdelen er i likhet med funndelen inndelt i to forskningsspørsmål, med tema og kategorier, som vist i tabell 3 og 4 i kapittel fire.

### **Forskningsspørsmål 1: Hvilke erfaringer har helsepersonell med energirike smoothies til beboere i sykehjem?**

Hvilke erfaringer helsepersonell hadde med energirike smoothies til beboere i sykehjem varierte, men i intervjuene kom det fem tema; Noen tåler ikke smoothies, individuell tilpasning, endring i vekt, smoothies gir energi og ”beboernes opplevelser” med smoothies.

#### **5.1 Noen tåler ikke smoothies**

Funnene viser at det var ikke alle beboere som tålte smoothies. Noen fikk problemer med fordøyelsen og tarmfunksjon, mens andre ble kvalm. Det var også tilfelle av halsbrann etter inntak av smoothies.

##### **5.1.1 Fordøyelsesproblemer og tarmfunksjon**

Normal aldring er assosiert med mange forandringer i fordøyelsen og tarmfunksjon. Tarmperistaltikken svekkes med alderen og øker risikoen for obstipasjon. Ved nedsatt tarmperistaltikk øker behovet for et kosthold som er rikt på kostfiber (Bondevik & Nygaard,

2012, p. 158). Funnene i studien viste at helsepersonell var opptatt av at beboere fikk i seg nok fiber. En av helsepersonell sa hun løste det ved å gi smoothies om kvelden og hel frukt om dagen. Hun mente hel frukt gav mer fiber generelt.

Frukt og grønt består av en blanding av vannoppløselig og uoppløselig fiber (Hessov, Ib & Jeppesen, 2011). I blenderen blir frukt og grønt finkuttet til flytende væske som består både av fibermassen fra frukt og grønt sammen med vann og næringsstoffer - nøyaktig som om du spiste hele frukten eller grønnsaken (Crocker, 2013, p. 26). Blending av frukt og grønt fører også til at vitaminene, mineralene og et variert utvalg av plantekjemikalier blir brutt ned til små partikler, mer enn det en klarer ved hjelp av å tygge maten. Det gjør at maten og fiber blir mer tilgjengelig for kroppen å ta opp som næring på cellenivå (Rinaldi, 2012, p. 4).

Fuhrman (2015) hevder smoothies er en perfekt måte å få i seg fiber fra frukt og grønt. Han forklarer dette med at mange mikronæringsstoffer som finnes i frukt og grønt som inneholder fiber, proteiner eller stivelse, kan være vanskelig å bryte ned bare ved å tygge maten. Blending kan øke absorpsjon og tilgjengelighet av disse næringsstoffene (Fuhrman, 2015). Lustig (2014) hevder derimot at knivbladene i mikseren fullstendig ødelegger de uoppløselige fibret i frukten ved at cellulosen rives i småbiter. Det vannoppløselige fibret er fremdeles intakt i frukten og gjør at maten passerer raskere gjennom fordøyelseskanalen. Fravær av det uoppløselige fibret som beskytter mot for rask absorpsjon gjennom tarmveggen er derimot borte (Lustig, 2014, p. 156).

Helsepersonell kunne også fortelle om en som fikk halsbrann. En forklaring kan være at magesekkens produksjon av saltsyre og fordøyelsesenzymet pepsin reduseres med alderen og kan medføre forstyrrelse i syrebalansen eller pH-verdien i magen (Nes et al., 2006, p. 265). Sure oppstøt gir ofte en sviende smerte nederst i spiserøret, ved at små mengder surt mageinnhold kommer opp i spiserøret (Helsedirektoratet, 2012, p. 189). Inntak av sure drikker med lav pH bør derfor begrenses (Drevon & Blomhoff, 2012, p. 334). Det kan også føre til ernæringsmessige ubalanser og nedsatt absorpsjon av en del næringsstoffer, deriblant mangel på B12 (Drevon & Blomhoff, 2012, Nes et al., 2006, p. 265).

### 5.1.2 Kvalme

For noen beboere så ble det for mye olje. Det kan være noe av forklaringen på hvorfor beboerne ble kvalme. Ved noen anledninger ble smoothien tilsett rapsolje. Rapsolje



inneholder maksimalt med energi, og en matskje rapsolje inneholder ca. 135 kcal (Nilsson, 2008). Rapsolje inneholder omega-3-fettsyrer, og har et høyt innhold av enumettet fettsyrer (Blomhoff, Andersen, Iversen, Johansson, & Smeland, 2011, p. 136).

Nedsatt aktivitet av gallesaft og det fettspaltede enzymet lipase som finnes i bukspyttkjertel kan forårsake redusert utskillelse av fordøyelsesenzymmer (Sortland, 2011, p. 188). Det innebærer at fettrike måltider tolereres dårligere enn før (Nes et al., 2006, p. 265). Det kan tenkes at det kan være en årsak til kvalme. Nedsatt peristaltikk og obstipasjon i tarmen også kan gi symptomer på kvalme (Helsedirektoratet, 2012, p. 198). En kombinasjon av mettet fett fra melk, fløte og umettet fett fra rapsolje kan ha bidratt til at totalinntaket av fettsyrer er mer enn det Helsedirektoratet (2012) anbefaler som bør utgjøre maksimum 35-40% av det totale daglig energiinntak. I smoothies oppskriftene fra Sverige inneholder per porsjon mellom ca.10-30g fett (Nilsson, 2008).

Som smakstilsetning ble smoothies tilsatt sukker eller syltetøy for mer sødme. Det er uklart om mye sukker var årsak til kvalme.

## **6.2 Individuell tilpasning**

I begynnelsen av prosjektet ”Redusert nattfaste” ble oppskriftene på smoothies som de fikk fra Älmhult i Sverige fulgt. Det var ikke alle beboere det falt i smak hos. Det ble etter hvert gjort noen endringer.

### **6.2.1 Tilsetter næringsstoffer**

Ettersom personalet etter hvert fikk litt erfaring med smoothies ble det lettere å lage dem etter behov. De fikk mer erfaring hva beboerne likte og det gav dem større rom for tilpasse smoothies individuelt. Det var opp til helsepersonell hvilken oppskrift de ville følge og hvilke ingredienser de ønsket å bruke. Det ble brukt mye frossen frukt og bananer. Smoothiene ble også tilsatt yoghurt, melk, fløte og sukker. Oppskriftene fra Sverige ble fulgt hvis de hadde ingrediensene.

Inntak av frukt er viktig for å få i seg vitaminer synes helsepersonell. I følge Jensen (2013) sitter vitaminene både i og like inn under skallet. Det finnes også vitaminer i resten av frukten, men konsentrasjonen er lavere. Vitaminene befinner seg primært der hvor frukt eller

grønnsaken vokser, hvor der er liv (Bild, 2013). ”Vitaminene i frukter og grønnsaker finnes i planteceller” sier Christensen (2014). I blenderen blir noen vitaminer nedbrutt når de blir utsatt for kjemiske reaksjoner som lys og oksygen. Samtidig sier han det blir det lettere for kroppen å oppta de vitaminer og mineraler som er igjen når et eple eller gulrot har vært gjennom blenderen, i forhold til å spise den hel. Årsaken til det er at plantecellene skal nedbrytes før vi får tilgang til vitaminene og mineralene. Ved at blenderen ødelegger celleveggene blir vitaminene og mineralene tilgjengelig og meget lettere å oppta. Allerede i munnhulen kan de fleste av de fettløselige vitaminene tas opp (Ringgaard, 2014). Frukt og grønnsaker inneholder høye konsentrasjoner av vitaminer. Spesielt gjelder dette vitamin C og A. I tillegg inneholder frukt og grønnsaker mineraler som elektrolytter og fytokjemikalier, kjent som antioksidanter (Slavin & Lloyd, 2012). Antioksidanter påvirker immunsystemet og beskytter celler, organer og vev mot skadelig oksidasjon og forhindrer utvikling av sykdom. Frukt og grønt inneholder mange forskjellige antioksidanter, hvor bær har et høyere innhold av antioksidanter enn det frukt og grønt har (Myskja, 2012, p. 74).

Det blir ofte understreket at melk er en viktig kilde til D-vitamin og reduserer risiko for benskjørhet. En Svensk studie publisert i British Medical Journal viser imidlertid en økt risiko for benbrudd og tidlig død hos personer som drakk mest melk i forhold til dem som drakk minst melk. I studien fulgte man 61 433 kvinner og 45 339 menn i 20 og 11 år. Det er usikkert om det skyldes melkesukkeret galactose som kan føre til økt oksidering og inflammasjon. Fermenterte melkeprodukter hadde derimot ingen negativ innvirkning på benbrudd (Michaëlsson et al., 2014).

### **6.2.2 Bedre resultater med andre ingredienser og metoder**

Funnene viser at for noen beboere så ble det for mye fløte og olje i smoothies. Spesielt gjelder det de beboere som var overvektig fra før. Helsepersonell tilsatte da fløte og olje til de som trengte det til slutt. På den måten ble det tatt individuelle hensyn. Beboere foretrakk smoothies som ikke var for tykke og mektig og inneholdt for mange kalorier.

Hovedårsaken til at smoothies kan være uheldig er unødvendig mye fett og sukker. Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler å redusere inntak av daglig sukker til mindre enn 5% av total energiinntak (World Health Organization, 2015). Det inkluderer sukker som frukt juice, men ikke hel frukt. Helsedirektoratet anbefaler at inntak av sukker begrenses til under 10%

(Helsedirektoratet, 2015b). I følge Helsenorge er sukkerinntaket i aldersgruppen 60-70 år på 6-7 energiprosent (Helsedirektoratet, 2015a).

Helsepersonell savner alternative måter å lage smoothie på. De ønsker mer variasjon i forhold til sunnere ingredienser. I stedet for fett fra fløte ønsker de seg et sunnere alternativ for fett som i nøtter. De ønsker også sunne smoothies som metter.

Å tilsette nøtter og frø i smoothies mener Fuhrman (2015) gir en gunstig fettkilde og forhindrer økning i glukose fra frukt. Fett øker opptak av blant annet karotenoider som vi finner i gulrot. Ved å blende dem sammen kan absorpsjon av næringsstoffene økes (Fuhrman, 2015). Karotenoider er en antioksidant og kan omdannes til vitamin A i tarmen. Mangel på vitamin A kan gi redusert syn og nedsatt immunforsvar (Drevon & Blomhoff, 2012, p. 179).

Jeffers (2015) anbefaler frukt med lav glykemisk indeks, som epler og pærer i en smoothie. Hun mener at kalorier fra frukt kan bli for mye, det kan derfor være en god ide å tilføre mer grønnsaker i smoothien. En god regel er å innta 70% grønnsaker og 30% frukt (Oaklander, 2015). Myskja (2012) ønsker også økt inntak av grønnsaker i smoothies. Fiber fra grønnsaker forebygger forstoppelse, nærer de gode tarmbakteriene og bygger kroppens immunsystem (Myskja, 2012, p. 80).

Grønnsaker, bær og frukt med sterke farger er de matvarene som vanligvis er rikest på plantekjemikalier som fungerer som antioksidanter. Plantekjemikalier fungerer som antioksidanter i kroppen og beskytter mot skadelige radikaler og sykdom som demens (Mowé, 2008; Myskja, 2013, p. 62). Fargerik bær inneholder mye fiber, vitaminer og mineraler, og ved å tilføre mye bær som blåbær i en smoothie, kan være gunstig for å tilføre nok antioksidanter som beskytter hjernen. Andre matvarer som er rike på antioksidantrike er granateple og valnøtter (Myskja, 2012, p. 211).

For noen eldre beboere ble smoothies for kaldt å drikke. En av helsepersonell forklarte det med at de ikke var vant med så kaldt fra før. Mange beboere ønsket at smoothies skulle stå på benken først for å bli litt varmere.

En av grunnene til dette kan være at eldre har endret tørstefølelse som kan vanskeliggjøre tyggingen og svelgingen (Sortland, 2011, p. 188). Hvis det som drikkes blir for kaldt kan det medføre hoste og ubehag. Eldre kan også oppleve ising i tennene på grunn av tannslitasje eller redusert tannstatus (Helsedirektoratet, 2012, p. 44). Sure drikker som smoothies som inneholder mye frukt og bær kan forverre isingen ytterligere.

### 6.2.3 Mer frukt med smoothies

Det er litt ulik oppfatning om beboerne får mer eller tilsvarende frukt og bær etter innføring av smoothies. For noen så oppleves det som om de får mer frukt ved å innta en smoothie, mens andre mener at de får det samme som før. Helsepersonell er likevel enig om at de er opptatt av at beboerne skal spise frukt og grønnsaker.

Som funnene tilsier så ble frukt og bær som var vanskelig å tygge eller bananer som var godt moden ofte tilsatt smoothies. Smoothies kan derfor bidra til at det inntas mer frukt og bær ved at det moses sammen noe som gir mindre volum. Det kan føre til at det inntas mer frukt av den grunn.

Å drikke smoothies, spesielt til frokost, er en av de enkleste måtene å tilføre mer frukt på (Oaklander, 2015). I en studie fant Price m.fl. (2015) at kun 4,3% av barn som spiste frokost, spiste frukt. Når skolen tilbød smoothies om morgenen økt tallet til 45,1% (Bates & Price, 2015). Selv om det i denne studien handler om skole barn kan det tenkes at en kan dra paralleller til denne studien om eldre ved institusjon. For eldre beboere som har vanskelig med å innta hel frukt kan smoothies være en løsning for å øke inntaket av frukt, bær og grønt.

En studie viser også at de som regelmessig drikker frukt juice og smoothies lettere oppnådde 5 om dagen enn de som ikke gjør det. Sammenliknet med juice bør smoothies telle som to porsjoner frukt da den oftest inneholder både hel frukt og juice, samt andre næringsstoffer og fiber. Sammenliknet med hel frukt som banan eller en porsjon mango, var heller ikke sukkerinnholdet med smoothies vesentlig mer enn det vi finner i hel frukt (Ruxton, 2008).

## 6.3 Endring i vekt

### 6.3.1 Vekttap og vektøkning

Noen beboere er underernært i utgangspunktet. De som var underernært la ikke så mye på seg men det skyltes sykdommen i seg selv mente helsepersonell. Grunnen til det kan være underliggende sykdom som demens. Funnene tilsier at hvis demente er sultne så blir de urolig, og ved alvorlig demens kan det være vanskelig å gi beskjed når de er sultne. Når personalet har gitt dem mat så har de roet seg og spist opp.

Vekttap er vanlig med demens og eldre med demens blir gradvis avhengig av andre for å dekke næringsbehovet. For eldre med demens er det spesielt viktig å tilrettelegge for at

kostholdet gir nok mat og drikke i samsvar med retningslinjene for kosthold i alders- og sykehjem (Sellevoid & Skulberg, 2005).

Funnene viser at personer med demens kan glemme at de har spist. I tillegg kan de glemme hvordan man spiser. De kan også glemme bort maten. Mange kan heller ikke uttrykke egne behov. De kan derfor være vanskelig å vite om de får i seg tilstrekkelig mat og drikke. Noen ganger glemmer de også at de nettopp har spist, eller mener de ikke har spist og vil ha mer. De kan derfor behov for hjelp og tilrettelegging ved måltider.

Kognitive problemer kan gjøre det vanskelig for personer med demens å velge mat eller gi uttrykk for mat preferanser. Funnene tyder på at noen ganger må en få hjelp av pårørende til å finne ut hva slags mat og smaker beboerne liker og er vant med å spise, for de vet det ikke alltid selv. Det er viktig å få informasjon om beboernes tidligere spisevaner for å vite hva beboerne liker og ikke liker. Helsepersonell kan også vise menyer med bilde av maten som er tilgjengelig (Nazarko, 2013). Beboere med demens må observeres for å avdekke hva de mestrer og ikke mestrer under måltidet (Berg, 2006, p. 49). De fleste eldre klarer kun små porsjoner til hvert måltid. De kan derfor ha behov for mange små måltider for å spise og drikke nok (Sellevoid & Skulberg, 2005). Blir mestring av måltider vanskelig kan det føre til at inntak av mat og drikke blir for lavt og beboeren kan tape vekt og bli dehydrert (Helsedirektoratet, 2012, p. 201). Berg (2006) fremhever også viktigheten av å gi beboere nok tid til å spise og unngå for mange forstyrrelser under måltidet. Synet og lukten av mat kan og være med å stimulere sansene til å avgjøre om en er sulten eller mett (Berg, 2006, p. 54).

Demente har ofte nedsatt oppmerksomhetsevne. Det gir seg ofte utslag i redusert evne til å skille mellom forskjellige former for stimulering. Uro som lyder vil ofte avlede den demente fra å holde oppmerksomheten på det å spise og drikke (Sellevoid & Skulberg, 2005). Noen ganger begynner de å plukke i maten uten helt å huske eller forstå hva de egentlig er i ferd med å gjøre (Tuntland, 2006, p. 210). Som en av helsepersonell sa så kan samtaler med pårørende om hva som gir gode måltider være med å fremme kvaliteten på ernæringen. Det samme gjelder samtaler med kollegaer og øvrig helsepersonell for å sikre beboere god ernæringsopplevelse slik at de får i seg tilfredsstillende ernæring.

Energi- og næringstett kost anbefales for dem som er i risiko for å utvikle underernæring, nedsatt allmenntilstand eller demens. Energi- og næringstett kost er mat som har et høyt innhold av energi fra karbohydrater, proteiner og fett i forhold til rettens vekt og volum. Den består av råvarer med mye vitaminer og mineraler i forhold til hvor mye energi den

inneholder (Nævisdal T., 2013). Maten bør fordeles på fire hovedmåltider og to mellommåltider (Helsedirektoratet, 2012). Målet med energi- og næringstett kost er å forebygge og behandle underernæring og komplikasjoner knyttet opp til dette (Nævisdal T., 2013).

Mange eldre kjenner ikke sultfølelse i så stor grad som tidligere, og tilbud om sen kvelds og tidlig frokost kan derfor trigge lysten på mat. Ved et sykehjem i Oslo ble beboere med ernæringsproblemer tilbudt ekstramåltider. For å redusere antall timer nattfaste, ble det innført tilbud om individuell tidlig frokost og/eller sen kveldsmat for alle beboere. Av de 23 beboerne var det 13 stykker som takket ja til senkvelds, og halvparten takket ja til tidlig frokost. Et interessant funn var at de underernærte oftere takket ja til ekstra måltider enn resten av beboerne (Jonvik, Sørland, & Wibe, 2011).

I følge Mowé (2002), er det viktigere å få i seg nok kalorier enn å være bekymret for å spise for mye, da underernæring er et langt større problem enn overvekt blant eldre. Jo mindre mat man spiser, desto større krav til matens ernæringsmessige kvalitet, slik at maten inneholder tilstrekkelig mengder av kalorier, næringsstoffer og vitaminer. Det gjelder ikke minst behovet for vitamin C som man får ved å spise frukt og grønnsaker (Mowé, 2002).

Som det fremgår i denne studien var det ikke de undervektige som la på seg. Funnene viser at det var gjerne de som var overvektig fra før som la på seg, og noen la på seg en del etter innføring med smoothies. Årsaken til at de som var overvektige fra før la på seg er uklart. Noen av helsepersonell hevdet at det kunne skyldes at de var feilernært fra før. Noen av beboerne likte søt mat og spiste det om de fikk det servert. Når de så fikk søt smoothies med fløte, sukker og fett kunne det bli for mye søt og feit mat. Det kan føre til at de fikk for mye energi med smoothies som i tillegg til vanlig mat gav for mange kalorier.

Noen av tiltakene helsedirektoratet anbefaler er kost basert på matvarer med lav energitetthet, å unngå drikke tilsatt sukker, og å redusere porsjonsstørrelser (Helsedirektoratet, 2012, p. 176). Å redusere energiinntaket ved å redusere inntaket av energitette matvarer som inneholder mye fett og sukker kan derfor være gunstig (Drevon & Blomhoff, 2012, p. 450). En annen årsak kan være genetiske faktorer og biologisk ubalanse i appetittreguleringen, som kan være avgjørende for matinntaket. Enkelte medikamenter kan også bidra til økt appetitt (Nævisdal T., 2013).

I følge en nyere studie inntar mennesker som er overvektige færre essensielle næringsstoffer (Agarwal, Reider, Brooks, & Funlgoni, 2015). Forskerne sammenliknet kosthold av 18.177 deltakere. Resultatene viser at over 40% av amerikanere spiser utilstrekkelig mengder av ulike vitaminer og mineraler. De som var mest overvektig har opptil 12 prosent lavere inntak av vitaminer A, C, D og E, samt kalsium og magnesium sammenliknet med normalvektige (Agarwal et al., 2015).

Noen av beboerne ville heller ikke ha smoothies da de var redd for å legge på seg, og helsepersonell var derfor påpasselig med å gi individuelle hensyn med ikke å gi fløte til de som ikke trengte det.

Flere studier peker på at det å innta hel frukt kan være gunstigere enn smoothies i forhold til å regulere overvekt. I en studie av Mourao (2007) m.fl., ble det funnet at inntak av hel frukt fører til mer tilfredshet som gjør at en føler seg fortere mett enn ved å innta smoothies. De fant ut at når voksne drakk frukt bestående av mye karbohydrater, førte det til at total energi inntaket steg med mer enn 12% kalorier. De som var overvektig fra før var spesielt utsatt for ytterligere overvekt. Fordi smoothies er en drikke kan smoothies gi mindre tilfredshet enn ved å innta hel frukt. Dermed kan det føre til større energiinntak med smoothies med påfølgende økt vekt (Mourao et al., 2007). Dette støttes også av annen teori. Lustig (2014) mener at bladene i blenderen ødelegger de uoppløselige fibrene i frukten. Det medfører at den geléaktige barriere mellom maten og tarmveggen reduseres. Absorpsjon av sukker øker gjennom tarmveggen som kan overbelaste leveren og gi vektøkning (Lustig, 2014, p. 157). Hel frukt mener han ikke er i nærheten av å være et like stort problem som å drikke juice, fordi effekten av fruktose begrenses av fiber i frukten (Lustig, 2014, p. 158).

I følge en ny studie av Hebden m.fl (2015) hjelper et kosthold med mye hel frukt å opprettholde en sunn vekt. Denne studien sammenliknet resultater av 17 studier som analyserer fruktinntak og effekt på vektøkning over tid. Funnene viser at de som spiste mer frisk eller tørket frukt hadde lavere risiko for å gå opp i vekt på lang sikt. Forskere mener at inntak av hele frukt reduserer det totale kaloriinntaket, noe som bidrar til vektnedgang (Hebden, O'Leary, et al., 2015). Dette støttes også av en tilsvarende review studie (2012) som viser at kosthold som bestående av mye frukt og grønnsaker som inneholder fiber ikke var assosiert med vektøkning, og viser seg å kunne forebygge vektøkning, og gi lavere forekomst av overvekt. Best effekt av vitaminer, mineraler og fytokjemikalier i frukt og grønt oppnås ved å beholde skallet på når det er mulig (Slavin & Lloyd, 2012).

Ruxton (2008) fant i sin studie at smoothies ikke utgjør noen risikofaktor for overvekt. Studien viser at de som drikker frukt juice var mindre tilbøyelig for overvekt enn de som ikke drakk juice. Forskjellen mellom juice og smoothies er vannoppløselig fiber innhold i smoothie. Over halvparten av fiber i smoothies er pektin som gir en mettende følelse. Det er derfor utenkelig at moderat smoothies forbruk kan utgjøre noen risiko faktor for overvekt (Ruxton, 2008).

I en senere studie utført av Kvamme (2012) viser at eldre som hadde en KMI under 25 viste økt dødelighet. Den laveste dødeligheten finnes hos de som er moderat overvektig (KMI 25-30). Noe av forklaringen kan ligge i at moderat overvektig har ekstra energireserver og mer muskelmasse (Kvamme et al., 2012). Dette funnet støttes også av andre studier som har funnet at eldre godt kan ha noe høyere KMI enn yngre uten å defineres som overvektig. KMI mellom 24 og 29 er gunstig fordi det er uttrykk for høyt innhold av muskelmasse og god funksjonsevne (Øien, 2003).

Helsepersonell gir uttrykk for at de kunne tenke seg forskjellige typer smoothies som var tilpasset den enkelte beboer i forhold til under- eller feilernæring.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2010) anbefaler hjemmelaget smoothies som kan gjøres fullverdig både med og uten fiber. Andre smoothies kan være beriket med proteiner, eller gjøres fettfri (Guttormsen et al., 2010; Helsedirektoratet, 2012).

### **6.3.2 Innføring av ernæringslister**

Helsepersonell gav uttrykk for at de synes det var vanskelig å vite hva pasienter fikk i seg av næringsstoffer. De var usikker på hva oppskriftene inneholdt av energi og kalorier. Det var ikke alltid oppskriftene som de fikk ble fulgt slavisk. Hadde næringsinnholdet i hver oppskrift blitt notert hadde de hatt mer oversikt over hvor mye den enkelte fikk i seg av næring.

Helsepersonelloven §39 og 40 sier at den som yter helsehjelp skal føre journal hvor relevante og nødvendige opplysninger om pasientens og helsehjelpen (Lovdata, 2013-2014). Helse- og omsorgstjenesteloven §7-1 pålegger kommunehelsetjenesten å utarbeide individuell plan for beboere (Lovdata, 2013-2014). For sykehjem legger Statens helsetilsyn som hovedgrunn at sykehjem må ha systemer som sikrer at beboere vurderes for ernæringsmessig risiko, og at dette dokumenteres i beboernes journal (Skjær, Steen, & Knoff, 2010). Ernæringsplan kan



inneholde dokumentasjon om pasientens ernæringsstatus, behov for energi og næringsstoffer og anbefalinger om tiltak (Helsedirektoratet, 2012, p. 92).

Det viktigste målet er å tilføre nok energi, protein og andre næringsstoffer for å forebygge eller behandle dårlig ernæringsstatus. Maten og matens konsistens bør tilpasses den enkelte beboer og spisebehov (Bergstad et al., 1995). Hos pasienter som ikke klarer å innta den mengde mat som dekker behovet, bør det gis ekstra næringstilskudd som både er smaksrike og kaloririke (Mowé, 2002).

Det er viktig at også overvektige får tilstrekkelig energi- og næringstilførsel (Bergstad et al., 1995, p. 66). Overvektige kan ha lavere nivåer av ulike vitaminer. Kostveiledning bør legge vekt på hvordan kostholdet kan bli mindre energitett og likevel mette. Å begrense søte og energirike drikker kan være ett tiltak (Helsedirektoratet, 2012, p. 176).

## **6.4 Smoothies gir energi**

Det var nokså stor enighet mellom helsepersonell at smoothies gav energi. Noen fikk mer energi enn andre. Det var spesielt en beboer som fikk smoothies om kvelden som etter kort tid ble veldig urolig. Helsepersonell valgte derfor å gi ham skiver og yoghurt og opplevde da at han roet seg. En av helsepersonell omtaler smoothies som en energibombe.

Årsaken til at noen beboere blir urolig og får energi kan være mengden sukker som ble tilsatt smoothies, i tillegg til fruktsukkeret fra frukt, slik at det blir for mye energi.

### **6.4.1 Ingen forskjell i nattevåk og uro**

Erfaringer helsepersonell har fra dette prosjektet tilsier at det å gi smoothies om kveld og natten ikke tyder på at beboerne har blitt roligere eller sovet bedre. Helsepersonell mener ikke smoothies utgjorde noen stor forskjell på nattesøvn og uro. De mener at nattevåk og uro kan være relatert til andre ting som for eksempel smerter.

En årsak til smerter kan være legemidler, da disse kan føre til at eldre får vondt i magen og ikke får sove. Eldre reagerer ofte mer på legemidler enn yngre og legemiddeldosering bør derfor reduseres (Josefsson, 2014). En kaloririk drikke som smoothies til natten kan redusere uro og gjøre at de eldre sover bedre (Josefsson, 2014).

En annen forklaring på smerter og uro hos demente kan være på grunn av underbehandlende smerter fra kronisk betennelse i vev, muskulatur og nervesystem. Fettsyrer som inneholder omega-3, kan ha god effekt mot betennelse (Myskja, 2013, p. 60). Vandring kan også springe fra et udekket behov som at de eldre er sultne eller tørste, må på do eller mangel på fysisk aktivitet (Myskja, 2013, p. 122) .

#### **6.4.2 Foretrekker smoothies om dagen**

Helsepersonell var enig i at å gi smoothies om kvelden ikke var gunstig. Smoothies inneholder for mye energi som sukker, fett og olje. Det førte til at beboere hadde mye energi, ble urolig og ikke fikk sove. Helsepersonell mente at den beste tiden ville være om dagen, enten om morgenen når de stod opp eller om formiddagen, mellom frokost og middag. Dagens ordning består av frukt og vann som mellommåltid om formiddagen, og mange mente at det kunne være et gunstig tidspunkt for å få energi, og et godt supplement til dagens ordning.

I en studie av Brown (2009) ble det funnet at hele 65% av 688 deltakere som drikker smoothies regelmessig mener at smoothies er et ypperlig alternativ til frokost eller lunch. Hvis en tar alle de 2013 deltakere med i betraktning, både de som drikker smoothie regelmessig og de som drikker av og til var det 38% som mente at smoothies egnet seg best til frokost eller lunch (Brown, 2009). Mange eldre unnlater å drikke om kvelden for å slippe å gå på toalettet om natten. Å stimulere væske- og næringsinntaket med en energi- og proteinrik drikke om dagen, kan derfor være positivt for å forebygge dehydrering og demens (Øien, 2003).

### **6.5 ”Beboernes opplevelser” med smoothies**

#### **6.5.1 Liker best norsk tradisjonell kost**

Det var flere av beboerne som foretrakk norsk tradisjonell mat, mat som de var vant med å spise fra før. Mange var ikke vant med smoothies hjemmefra. I studien kom det frem at det er en generasjon med havresuppe og ikke med smoothies, og at de liker havregryn i all slags varianter. De foretrakk mat som de var vant med å spise fra før som skiver, kakao, yoghurt og havresuppe. Erfaringer helsepersonell gjorde var også at beboerne ble trøttere av den norske tradisjonelle kosten.

I en studie av totalt 1320 deltakere var det 41% menn som ikke viste noen interesse for smoothies, og 47% av disse var over 65 år. Interessen avtok ytterligere med økende alder. En av hovedgrunnene var at de ikke likte konsistensen på smoothies og at den smakte for søtt (Brown, 2009).

### 6.5.2 Noen går lei av smoothies

Helsepersonell opplever at noen beboere går lei av smoothies. De går lei av å ha det for ofte. Beboerne gir også uttrykk for misnøye når de får servert smoothies hver kveld. Helsepersonell mener derfor det kan være lurt å ta en pause en stund og heller ha det to ganger i uken eller å ha forskjellige typer smoothies for å unngå at beboerne går lei.

Ved en pilotstudie gjennomført ved et sykehjem ble det servert smoothies som mellommåltid og suppe som sent kveldsmåltid. Smoothien ble så tilsatt energi-, kostfiber, C-vitaminer og mineraler tilpasset den enkeltes smak og behov (Sortland et al., 2009).

### 6.5.3 Noen liker smoothies

Selv om det var ulik oppfatning av smoothies, var det også noen av beboerne som likte smoothies veldig godt. Det ble nevnt en eldre dame som var veldig glad i smoothies, så fornøyd at hun faktisk slikket glasset med fingeren for å få i seg alt. Det ble også nevnt en annen beboer som synes det var svært godt. Helsepersonell hadde inntrykk av at det var det samme hva de blandet sammen så likte hun det. Hun fikk tilbud om mer smoothies hvis det var mer igjen om kvelden og fikk tilbud også om morgenen om det var mer igjen fra kvelden før.

Funnene tilsier at mange eldre liker søt mat og drikke. Med alderen skjer det en gradvis tap av smaksceller. Smaksceller på tungen forringes slik at evnen til å smake søtt og salt reduseres. I hvor stor grad smakcellene forandres og hvilke praktiske følger dette har for appetitt og matinntak er usikkert (Nes et al., 2006, p. 265). Det kan i så fall være en forklaring for hvorfor noen beboere liker smoothies svært godt.

En annen forklaring kan være at smoothies er et godt alternativ fremfor hel frukt og annen søt mat når tyggefunksjonen er nedsatt (Bondevik & Nygaard, 2012, p. 178).

## **Forskningsspørsmål 2: Hvilke erfaringer har helsepersonell i forhold til egen bevissthet på ernæring gjennom prosjektet ”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”?**

Jeg vil her prøve å utdype de ulike erfaringer og synspunkter helsepersonell ervervet i forhold til egen bevissthet og forståelse om ernæring gjennom pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”. I forhold til dette forskningsspørsmålet ble det identifisert følgende tema: Mer bevissthet på ernæring, bevissthet på å ta ansvar, og behov for mer kompetanse om ernæring.

### **7.1 Mer bevisst på ernæring**

Pilotprosjektet viser at helsepersonell har blitt mer bevisst på mat og ernæring. De er opptatt av helheten av ernæring. Ikke bare fokus på smoothies, men opptatt av at helheten på det de serverer gjennom hele dagen skal være næringsrikt. De ønsker også å lære mer hvordan lage smoothies.

Pilotprosjektet har også bidratt til et økt fokus på mat og ernæring senere om kvelden. Om det dreier seg om smoothies eller annen mat, er det viktigste at beboere får mat senere på kvelden. Helsepersonell er også opptatt av å lage mest mulig variert kost. For de som ikke kan tygge og må ha most mat så har helsepersonell blitt flinkere å mose grønnsakene for seg, potetene for seg og kjøttet for seg, så det ser mer delikat og fristende ut for beboere. Helsepersonell er også glad for den kompetansen prosjektet har gitt, og ved å lage smoothies. Det mener hun har kommet beboere til gode.

#### **7.1.1 Redusert nattfaste**

Funnene viser at flere av helsepersonell fremhever viktigheten av å gi beboere kvelds og nattmat. Det er vanlig å tilby beboere et kveldsmåltid i åtte tiden. Dersom det er urolige og våkne beboere om natten blir de raskt tilbudt mat.

Før prosjektet ”Redusert nattfaste” startet fikk beboere tilbud om yoghurt, skiver eller havresuppe om kvelden. Etter at prosjektet ”Redusert nattfaste” ble innført har beboere fått tilbud om smoothies om kvelden og for de som er våkne og urolig om natten. Servering av næringsrik og fristende kveldsmat tilpasset den enkelte handler om å ta hensyn til beboernes ønsker og behov slik at beboerne blir tilbudt tilstrekkelig næring om kvelden og natten.

Helsepersonell gir uttrykk for at om det er sengeliggende pasienter så blir de tilbudt mat jevnt og trutt.

Mange eldre klarer kun små porsjoner til hvert måltid. De trenger da tilbud om mange måltider for å spise og drikke nok (Sellevoid & Skulberg, 2005). Helsedirektoratet (2012) anbefaler 5 måltider i løpet av dagen, hvor 4 av disse er hovedmåltider og 1 mellommåltid. For personer i ernæringsmessig risiko bør det legges inn to mellommåltider (Helsedirektoratet, 2012, pp. 117-118). Regelmessige måltider øker muligheten for bedre absorpsjon av næringsstoffer og er spesielt viktig for at eldre skal få i seg nok næring. Det stiller likevel krav til at kosten inneholder samme mengde vitaminer og mineraler fordelt på hyppige måltider spredt over døgnet (Tuntland, 2006, pp. 52-53).

Etter at pilotprosjektet ”Redusert nattfaste” ble introdusert fikk beboerne tilbud om smoothies også om natten. Det skulle stå klart i kjøleskapet til de som var våkne og ble urolig på natten.

Funnene av denne studien viser at lengden på nattfasten er vanligvis mellom 12-14 timer. Nasjonale retningslinjer anbefaler 11 timer mellom dagens siste måltid og første måltid den påfølgende dag. Hvis dette er vanskelig kan det legges inne ekstra mellommåltider (Helsedirektoratet, 2012). Ved Stange sykehjem ble det innført et ekstra måltid. Beboerne som var syke, eldre og demente ble roligere etter at ett av kaffemåltidene ble erstattet med et næringsrikt tilleggsmåltid. Det resulterte i at nattfasten ble kuttet med en time, og førte til færre var våkne og behøvde ekstra mat om natten (Kristiansen, 2014).

Ahlgren og Malmqvist (2010) anbefaler at mellommåltid først og fremst inneholder karbohydrater, ettersom det er lageret av glykogen i leveren som først behøver å fylles opp. For å oppnå det bør mellommåltidet inneholde minst 100 kcal og 10-15g karbohydrater (Ahlgren & Malmqvist, 2010). Når det gjelder smoothies etter oppskrift fra Sverige inneholder de ca. 200 kcal som gir ca. 20g karbohydrater per porsjon (Nilsson, 2008).

Aagaard (2010a) gjennomførte en undersøkelse på oppdrag av Helsedirektoratet, om mat og måltider blant beboere i sykehjem. Det kom frem av flere synes det gikk for langt tid mellom kveldsmat og frokost neste dag. Det kom frem av undersøkelsen at beboerne ønsket seg mer mat som suppe, og at de hadde løst dette ved å ha kjeks og liknende på rommet (Aagaard, 2010a).

### 7.1.2 Mer variasjon og bedre utvalg

Funnene viser at mange av helsepersonell ønsker mer og bedre utvalg i mat, og spesielt i frukt og grønnsaker. Middagen kan noen ganger bli litt ensformig og helsepersonell ønsker mer variasjon og farger på grønnsaker. Noen av helsepersonell kunne tenke seg mer blomkål og brokkoli, og kålrabi, det får vi nesten aldri, sier en av helsepersonell. Andre kunne tenke seg mer sesong grønnsaker.

Når det gjaldt frukt så var det mange som kunne tenke seg mer utvalg. Det går lite epler for de er så harde mener helsepersonell som heller kunne tenke seg mykere frukt som melon som er lettere å tygge. Helsepersonell etterspør også mer utvalg i ferske bær som blåbær, jordbær og bringebær.

Det kan være en utfordring sier helsepersonell å finne mat som frister for beboere som har store smerter og nedsatt matlyst. Helsepersonell kunne tenke seg alternativ og mer utvalg i forhold til dagens ordning. De kunne også tenke seg mer utvalg i kosten i forhold til mellommåltid. Dagens ordning består mye i yoghurt og havregryn. De mener det går mye i det samme.

En av helsepersonell forteller om et kveldsmåltid hun hadde lært på en tidligere arbeidsplass, som hadde positiv effekt på nattesøvn. Den bestod av et halvt glass med sur melk med litt sukker på toppen. Den ble så varmet i mikrobølgeovn i ett minutt slik at den delte seg. Det var mange av de eldre som likte dette svært godt og fikk dette til kveldsmedisinen. De kalte det sprenget melk.

Mange eldre på sykehjem spiser hver dag mat som er tilberedt av kommunale storkjøkken og har dermed mindre mulighet til å velge hva de vil spise og når de vil spise. Pasient- og brukerrettighetslovens §3-1 er ment å styrke beboernes valg og involvere brukerne (Lovdata, 2013-2014). For de med demens som ikke kan være med å bestemme er pårørende en viktig ressurs. I en undersøkelsen ble beboere ved sykehuset presentert for et menykort der de selv kunne sette sammen måltidet. Undersøkelse viste at pasienter som spiste lite, hadde et høyere energiinntak når de fikk velge ulike retter fra meny (Aagaard, 2010b). I Åfjord kommune har det vært viktig å involvere beboere i tilbereding og mataktiviteter. Der blir beboerne involvert i pådekking, matlaging og de kan påvirke hva som skal stå på menyen (Flesland, 2015).

### 7.1.3 Andre måltidsrutiner

Flere av helsepersonell mener at middagen burde serveres senere på dagen. På ett av sykehjemmene serveres middag klokken halv ett. Det var ett ønske om at de forskyves til halv fire. Helsepersonell mener det hadde vært positivt for nattesøvnen om at middagen ble servert senere på dagen. Da kunne også kveldsmåltidet forskyves til en time senere på kvelden. På den måten kunne beboerne legge seg litt senere etter kveldsmaten og nattfasten hadde blitt redusert.

Det var likevel motsigelser da noen av helsepersonell mente at dagens ordning var best. De mente at det var best å beholde dagens ordning da beboere var vant med å ha middag tidlig. De mente det kunne skape forvirring blant beboere og at beboere foretrekker å ha det trygt og godt slik som før.

En undersøkelse utført av Aagaard (2008) viser at organisering av måltidene ved mange sykehjem medfører at tiden mellom de tre hovedmåltidene på dagen ofte er for kort slik at de eldre ikke rekker å bli sultne mellom måltidene. Det medfører at nattfasten kan bli for lang og at beboere kan være uten mat halve døgnet (Aagaard, 2008).

Undersøkelser viser at for å sikre et tilstrekkelig energi-, vitamin- og mineralinntak kan det være nødvendig å forandre både måltidsrytme og antall hoved- og mellommåltider. Hvis frokostmåltidet serveres for tett oppunder middagen kan det gå ut over appetitten til middag. Noen sykehjem har god erfaring med at det serveres lunch midt på dagen og middag noe senere, og forskyve kveldsmat til mellom klokken 1900 og 2100. I tillegg er det behov for mellommåltider (Sortland, Gjerlaug, & Harviken, 2013; Sortland et al., 2009).

## 7.2 Bevissthet på å ta ansvar

Funnene viser at det var mange som ønsket en fast person som hadde ansvar for kjøkkenet og matlaging. Hadde det vært en med mer ansvar for kjøkkenet og måltidene så hadde de kunne involvere beboere mer i matlaging og laget noe sammen med dem. Helsepersonell mente at mange beboere hadde satt pris på å få være delaktig i matlaging med å steike vafler og kjent lukten av nylaget mat. Mange beboere var også vant med matstell fra før. Hadde det vært en fast person på kjøkkenet hadde også helsepersonell fått mer fokus på egne arbeidsoppgaver i

avdelingen og mer tid til hver enkelt beboer. Helsepersonell mener også at det hadde ført til større fokus på ernæring og ikke kun på hva beboerne skal spise.

Ved Smidsrød Helsehus i Nøtterøy kommune har hver avdeling på sykehjemmet et lite postkjøkken der beboernes måltider tilberedes og serveres av en kokk. De har også innført et fjerde måltid og to retter å velge mellom til middag. Kokken står for tilbereding av maten og pleierne serverer i tråd med de ønsker beboerne har (Flesland, 2015).

På Økerhjemmet i Oslo har de innført en nederlandsk modell, som legger vekt på å gjøre sykehjemmet til et hjem. Her er beboerne med å forbereder måltidene. De blir tatt med på råd når menyen skal lages, er med på innkjøpene, med på å tilberede maten og de kjenner matlukten (Flesland, 2015).

### **7.3 Behov for mer kompetanse om ernæring**

Det var stor enighet blant personalet om ønske om mer kompetanse i forhold til ernæring. De var opptatt av generell ernæring og å gi riktig mat til den enkelte beboer for å få i seg nok næringsstoffer. Mange uttrykte usikkerhet i forhold til å vurdere hvor mye mat den enkelte beboer har behov for. Måltidene ble ikke næringsberegnet. Det var ikke så mange som var underernært kom det frem av intervjuet, men gjerne feilernært, de var derfor opptatt av å tilføre rette næringsstoffer. De mente de ikke hadde erfaring nok og kunnskap nok til å gi riktig mat til den enkelte beboer, spesielt gjaldt dette i forhold til under- og feilernærte pasienter. Noen nevnte dessuten demens og at de ønsket mer kunnskap om hvilke type ernæring som passet denne pasient gruppen. Hadde de visst litt mer i forhold til hvilken mat som kan skape uro blant beboere så mente de det hadde vært lettere å forebygge. Siden hovedkjøkkenet ikke er på sykehjemmet har de heller ikke kontroll på hva middagen og kaffematen inneholder. Personalet ble heller ikke tatt med på råd når det gjaldt fastsetting av middagsmeny.

I en nasjonal kartleggingsundersøkelse om mat og måltider i sykehjem fant Aagaard (2010b) at åtti prosent av respondentene hevdet at personalet trenger mer kunnskap om ernæringsarbeid i sykehjem. Dette gjelder kunnskap om anbefalinger for kosthold, beregning av ernæringsbehov til eldre og syke, beboere som spiser lite og mat ved demens (Aagaard, 2010b). Kostregistrering og næringsberegning kan være et redskap både i planlegging av



menyer, ved mat og måltider, samt for å bevisstgjøre helsepersonell om hvilke næringsstoffer de ulike matvarene gir (Sortland et al., 2013).

Både Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet mener at kommunene må ha en mat- og måltidspolitikk som sikrer et trygt, velsmakende og ernæringsmessig godt mattilbud. Det må også legges til rette for hyggelige rammer rundt måltidet og hensyn til individuelle ønsker og behov. Målet bør være at måltider på sykehjem skal være av høy ernæringsmessig kvalitet, samtidig som den skal smake og dufte godt (Flesland, 2015; Flesland & Steffensen, 2015).

## 6.0 AVSLUTNING

Hensikt med denne masterstudien var å undersøke helsepersonellens erfaringer med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”. Målet med pilotprosjektet var blant annet å redusere nattfasten, redusere nattvandring og uro hos demente, bedre ernæringstilstanden for sykehjemsbeboere, samt øke kompetansen hos helsearbeidere på næringsbehov hos eldre. For å redusere nattfasten ble de eldre tilbudt energirike smoothies ved sengetid og for de som er våkne om natten.

### 6.1. Oppsummerende betraktninger

**Forskningsspørsmål 1:** *Noen tåler ikke smoothies, individuell tilpasning, endring i vekt, smoothies gir energi, ”beboernes opplevelser” med smoothies.*

Noen beboere opplevde problemer med fordøyelsen og tarmfunksjon. En av forklaringene kan være nedsatt tarmperistaltikk som øker behovet for kostfiber. En annen forklaring kan være mangel på magesaft som kan medføre at sure drikker med lav pH tolereres dårligere.

For noen beboere ble det for mye olje i smoothies som gjorde at de opplevde kvalme. For mye inntak av fettsyrer og melkeprodukter ble for mektig for mange. Nedsatt evne to å fordøye fettsyrer kan være en årsak, og at totalinntaket av fettsyrer ble for mye.

Smoothies som var litt søt på smak og inneholdt mye frukt og bær var å foretrekke. Forskning viser at det er lettere for cellene våre å ta opp de vitaminer og mineraler som er nedbrutt ved hjelp av blenderen fremfor å spise hel frukt. For å få nok fiber fra fukt og bær kan det likevel være en fordel også å innta hel frukt, bær og grønnsaker. Det var likevel enighet både blant forskere, samt funnene tilsier å innta frukt, bær og grønt kan ha mange helsefordeler og tilfører et bredt spekter av viktige vitaminer, mineraler og antioksidanter.

Helsepersonell savnet alternative måter å lage smoothies på som var sunnere og som mett. Å tilsette nøtter og frø kan være ett sunnere alternativ på fettkilde som også forhindrer økning i glukose fra frukt. Å tilsette mer grønnsaker i smoothies kan også bidra til å redusere inntaket av kalorier fra frukt, samt å tilføre mer fiber.

Det var uenighet om de fikk mer frukt med smoothies. Det var likevel enighet om å tilsette frukt i smoothies er en gunstig måte å tilføre mer frukt på, spesielt for de som ikke kan spise hard frukt som epler.

Beboere som hadde demens la ikke så mye på seg og årsaken mente helsepersonell kan være sykdommen i seg selv. Rastløshet og uro hos den demente kan noen ganger skyldes sult, og det er derfor viktig at de er mette. Beboere med demens må observeres for å avdekke at de får i seg tilstrekkelig mat og drikke, og flere små måltider som er energi-, og er næringstett kan derfor være nødvendig. Studier viser også at sen kveldsmat kan trigge lysten på mat.

Funnene viser at det ikke var så mye underernæring, men at noen av beboere opplevdes å være feilernært eller overvektig. Studier viser at overvektige kan innta for lite vitaminer og mineraler. De bør derfor ikke ha for mye fett og sukker og ekstra tomme kalorier, men at behovet for nødvendige næringsstoffer likevel dekkes. Andre studier peker på det å innta hel frukt kan være gunstig for å opprettholde en sunn vekt. Hel frukt gir mer metthetsfølelse, og mindre total energiinntak, enn ved å innta smoothies. Andre forskere mener at et moderat smoothie forbruk ikke utgjør noen risiko for overvekt. Forskning viser også at eldre kan ha moderat overvekt, og at det er positivt i forhold til mer muskelmasse og ekstra energireserver.

Helsepersonell uttrykker at de merket ingen forskjell i nattevåk og uro. En forklaringen kan være at uro og vandring om natten kan være uttrykk på andre ting som smerter. En annen forklaring kan være at smoothies tilsatt sukker gav mye energi som førte til at beboere ble urolig og ikke fikk sove. Helsepersonell mente derfor at det beste tidspunktet for å få smoothies er om morgenen når de står opp eller om formiddagen mellom frokost og middag.

Mange beboere foretrakk tradisjonell mat som de var vant med hjemmefra. Funnene tilsier at mange ikke var vant med smoothies fra før, og foretrakk derfor havresuppe og havregryn, skiver, kakao og yoghurt. Erfaring helsepersonell gjorde var at beboerne ble trøttere av den tradisjonelle kosten.

Noen likte smoothies svært godt, mens noen går lei av å ha smoothies hver kveld. Det er derfor ønskelig med et opphold, eller unngå å ha smoothies hver kveld.

**Forskningsspørsmål 2:** *Mer bevisst på ernæring, bevissthet på å ta ansvar, behov for mer kompetanse om ernæring.*

Pilotprosjektet har resultert i at helsepersonell har blitt mer bevisst på ernæring. De er opptatt av at helheten på den maten som gis gjennom hele dagen skal være næringsrik. Prosjektet har også resultert i et større fokus på mat og ernæring om kvelden. Lang nattfaste kan forebygges ved å endre måltidsrytmen slik at kveldsmåltidet blir gitt senere om kvelden, og et måltid om natten for de som er våkne. Om det er smoothies eller annen mat er ikke så viktig. Det viktigste er at beboere får tilbud om et sent kveldsmåltid som fast rutine til alle beboere.

Helsepersonell ønsket også et bedre utvalg i mat, og da spesielt i frukt og grønnsaker. Mange kunne også tenke seg mykere frukt som var lettere å tygge, og mange etterspør ferske bær. Større utvalg i forhold til mellommåltid som består for det meste av yoghurt og havregryn er også ønskelig.

Beboere og helsepersonell bør få større innflytelse på valg av meny. Undersøkelse viser at beboere som får være med å bestemme hva og når de vil spise, hadde et høyere energiinntak. Å involvere beboere i tilbereding og matakiviteter kan også fremme matlyst. For beboere som er i ernæringsmessig risiko eller under-, feilernært kan næringsberegning av maten og registrere alle faste måltider og tidspunktene for disse.

Det var mange helsepersonell som ønsket en fast person som hadde ansvar for kjøkken og matlaging. For å få til et godt samarbeid om beboernes ernærings situasjon kan det være en ide å opprette en ernæringsgruppe, eller en fast kontaktperson på sykehjemmet som er et bindeledd mellom beboere, kjøkken og helsepersonell. Fast kontaktperson på kjøkken mener helsepersonell vil være gunstig for beboere som da får mer fokus på ernæring, og at beboere kan ta del i matstell. Det gjør også at helsepersonell kan konsentrere seg om sine kliniske oppgaver.

Helsepersonell mente de manglet den erfaring og kunnskap til å vurdere hvor mye mat og næringsstoffer den enkelte hadde behov for. Det er et ønske fra helsepersonell om å lære mer om ernæring, og spesielt ernæring tilpasset den enkelte beboer med nedsatt matlyst, og ved sykdom som demens.

Helsepersonell er også glad for den kompetansen prosjektet har gitt, og mener det har kommet beboere til gode.

## 6.2 Studiens avgrensing

En svakhet ved denne studien kan være at den baserer seg på funn om helsepersonellens erfaringer med smoothies om kvelden og ikke natten. Kanskje resultatet hadde vært annerledes om jeg hadde mer informasjon fra helsepersonell som jobbet natt, om hvilke erfaringer de hadde med pilotprosjektet og smoothies.

En annen mulig svakhet ved denne studien kan være at det var helsepersonell som var positive og som ønsket å delta i studien, som deltok i fokusgruppeintervju. Det kan tenkes at jeg hadde fått andre funn, og at resultatet hadde blitt annerledes om alle informanter som i utgangspunktet skulle ha deltatt i fokusgruppe intervju, også hadde kommet.

Analysen er basert på Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse. Metoden er hermeneutisk for å forske på hvilke erfaringer helsepersonell har med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”. Da det er første gang jeg foretar et forskningsarbeid og analyse, det kan derfor være en mulighet for at jeg har oversett noe.

I forhold til den teoretiske referanserammen kan en alltid spørre seg om det ville vært andre teorier og forskning som hadde egnet seg bedre til å belyse problemstillingen. I forhold til emnet ernæring så er det begrenset tilgang til litteratur og databaser ved UiS, noe som har gjort valgt av teori og forskning noe begrenset.

## 6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell fikk med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”. Mitt ønske er at studien skal være et bidrag til en bevisstgjøring hos helsepersonell, og at helsepersonell blir mer inspirert og motivert til å fortsette å fokusere på at sykehjemsbeboere skal ha optimal ernæring til alle døgnetstider. Jeg håper også helsepersonell er blitt mer inspirert til også å lage egne oppskrifter på smoothies med andre ingredienser som kan øke næringsverdien ytterligere. Jeg håper også studien kan bidra til at kommunen blir inspirert, og kan tilby mer tilpasset og hensiktsmessige ernæringstiltak.

Jeg er svært takknemlig for å fått tatt del i dette prosjektet og jeg er ikke i tvil om at smoothies er kommet for å bli på norske sykehjem og ved andre institusjoner. Jeg tror det i sammenheng med andre ernæringstiltak er en utmerket kilde til å optimalisere ernæringen ytterligere, da smoothies kan gi næring i form av blant annet, karbohydrater, proteiner, fett, vitaminer, mineraler, fiber og antioksidanter. Dessuten kan alle ha glede av smoothies, selv de med tygge- og svelgevansker, og det er lett for cellene å ta opp og nyttiggjøre seg av næringen. Jeg håper derfor at denne studien kan være en inspirasjon til å fortsette med å lage smoothies.

Utfordringen fremover slik jeg ser det er å optimalisere smoothies slik at de i større grad kan tilpasses den enkeltes behov, ønsker og tilstand. Jeg håper også at det vil inspirerer til å begynne å lage frukt og grønnsaks juice. Det kan være en fordel for de med blant annet svelgevansker som ønsker klare drikker som gir rikelig med næring, men uten fiber. Smoothies kan også tilpasses den enkeltes behov i forhold til å tilsettes mer proteiner, karbohydrater eller fettsyrer.

Funnene i studien åpner for videre forskning om smoothies. Ved gjennomgang av tidligere forskning fremkom det at det er gjort få kvalitative og kvantitative studier på smoothies. Det vil derfor være nyttig med forskning med et større antall informanter, for å få frem flere nyanser på hvordan smoothies kan bidra til å optimalisere kostholdet ytterligere, også i sammenheng med redusert nattfaste. Det kan også være behov for ytterligere forskning om andre alternativer til hensiktsmessig mat om kvelden og natten.

## 7.0 REFERANSER

- Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. Retrieved from Halden:  
<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/148556>
- Aagaard, H. (2010a). "Ærlig talt" *Mat og måltider i sykehjem: En undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*.
- Aagaard, H. (2010b). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse. *Sykepleien Forskning*, 4(1), 36-43. Retrieved from  
<https://sykepleien.no/forskning/2010/03/mat-og-maltider-i-sykehjem-en-nasjonal-kartleggingsundersokelse>
- Aagaard, H., & Roel, S. (2008). Utvikling av ernæringsjournal: beskrivelse av ernæringsjournalen og dens praktiske gjennomføring foretatt av sykepleiestudenter.
- Agarwal, S., Reider, C., Brooks, J. R., & Funlgoni, V. L. (2015). Comparison of prevalence of inadequate nutrient intake based on body weight status of adults in the United States: an analysis of NHANES 2001-2008. *J Am Coll Nutrition*, 34(2), 126-134. doi:10.1080/07315724.2014.901196
- Ahlgren, M., & Malmqvist, C. (2010). Nattfasta. In K. kommun (Ed.), *Handledning vid arbete med att förkorta nattfastan*. Sverige.
- Allen, V., Methven, L., & Gosney, M. (2013). The influence of nutritional supplement drinks on providing adequate calorie and protein intake in older adults with dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(9), 752-755. doi:10.1007/s12603-013-0364-5
- Alzheimer's Society. (2013). Alzheimer's Disease Facts and Figures Retrieved from  
[https://www.alz.org/downloads/facts\\_figures\\_2013.pdf](https://www.alz.org/downloads/facts_figures_2013.pdf). from Alzheimer's Association  
[https://www.alz.org/downloads/facts\\_figures\\_2013.pdf](https://www.alz.org/downloads/facts_figures_2013.pdf)
- Bates, D., & Price, J. (2015). Impact of Fruit Smoothies on Adolescent Fruit Consumption at School. *Health Education Behav.*, 42(4), 487-492. doi:10.1177/1090198114561514
- Berg, G. (2006). *The Importance of Food and Mealtimes in Dementia Care*. Norway: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Bergstad, I., Halvorson, M., Kase, B. F., Myklestad, B. Ø., Ose, T., & Pedersen, J. I. (1995). *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bild, L. E. (2013). Sidder vitaminerne virkelig i skrællen? *Vitenskap dk*.

- Blomhoff, R., Andersen, L. F., Iversen, P. O., Johansson, L., & Smeland, S. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Retrieved from Oslo:
- Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (2012). *Tverrfaglig Geriatri* (Vol. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brown, M. (2009). Smoothies: Consumers knowledge, attitudes and beliefs around the nutritional content of smoothies. Retrieved from [https://www.safefood.eu/SafeFood/media/SafeFoodLibrary/Documents/Publications/Research Reports/9354-Smoothies-AW\\_web-FINAL-030309.pdf](https://www.safefood.eu/SafeFood/media/SafeFoodLibrary/Documents/Publications/Research Reports/9354-Smoothies-AW_web-FINAL-030309.pdf)
- Crocker, P. (2013). *Juicing & Smoothies for Dummies*. Canada: John Wiley & Sons Canada, Ltd.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt. *Samtale er en grunnleggende og kanskje den mest gyldige form for kunnskapsutvikling vi kjenner til.*, (4), 332-335. <https://www.nsf.no/forskning/nyttestoff/590472/a-skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju-> Retrieved from <https://www.nsf.no/forskning/nyttestoff/590472/a-skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju->
- Drevon, C., A., & Blomhoff, R. (2012). *Mat og medisin* (Vol. 6. utgave). Kristiansand: Cappelen DammHøyskoleforlaget.
- Ebrahimi, Z., & Wijk, H. (2009). En hypotesegenererende studie av nattfastans lengd, undernæring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Vard i Norden*, 29(1), 45-48.
- Eide, H. D., Iversen, P. O., & Aukner, C. (2013). Gamle spiser for lite og har for lang nattfaste. *Forskningsmagasinet for Høyskolen i Oslo og Akershus*(1/2013). Retrieved from <http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-mat/2013/07/eldre-pa-sykehjem-i-oslo-spiser-lite>
- Flesland, R. (2015). *Appetitt på livet*. Retrieved from Oslo: [http://www.forbrukerradet.no/forside/presse/pressemeldinger/\\_attachment/1199216?\\_ts=14e4e3c7854](http://www.forbrukerradet.no/forside/presse/pressemeldinger/_attachment/1199216?_ts=14e4e3c7854)
- Flesland, R., & Steffensen, A. (2015). Appetitt på livet [Press release]. Retrieved from <http://www.delta.no/nyheter/nyhetsarkiv/appetitt-p%C3%A5-livet>
- Fuhrman, J. (Producer). (2015). Which is Better for my Health, a Green Juice or a Green Smoothie? *Smart Nutrition. Superior Health*. Retrieved from [http://www.drfuhrman.com/library/better\\_for\\_health.aspx](http://www.drfuhrman.com/library/better_for_health.aspx)
- Gilje, N., & Grimen, H. (2010). *Reptisjonshefte til Samfunnsvitenskapens forutsetninger* (Vol. 2). Oslo: Universitetsforlaget.



- Gjerstad, L., Fladby, T., & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowe, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2010). *Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-undererning.pdf*. Oslo.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Polen: Gyldendal Akademisk.
- Hebden, L., O'Leary, F., Rangan, A., Singgih, L. E., Hirani, V., & Allman-Farinelli, M. (2015). Fruit Consumption and Adiposity Status in Adults: A Systematic Review of Current Evidence. *Reviews in Food Science and Nutrition*, 26. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.uis.no/pubmed/?term=Fruit+Consumption+and+Adiposity+Status+in+Adults%3A+A+Systematic+Review+of+Current+Evidence>
- Meld. St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar, (2012-2013). Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015*. Retrieved from Oslo:
- Helsedirektoratet. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Retrieved from Oslo:
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). Alzheimers og andre demenssykdommer. Retrieved from <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/demenssykdommer> website:
- Helsedirektoratet. (2015a). *Kostråd: Mindre sukker til hverdags*. Oslo: helsenorge.no Retrieved from <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/mindre-sukker-til-hverdags> - Anbefalt-sukkerinntak-i-forhold-til-dagens-kosthold.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Næringsstoffanbefalinger - energi, karbohydrater, fett, protein, vitaminer, mineraler*. Oslo Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/neringsstoffanbefalinger-energi-karbohydrater-fett-protein-vitaminer-mineraler>.
- Helsedirektoratet. (2015c). *Utviklingen i norsk kosthold 2014*. Retrieved from Oslo:
- Hessov, Ib, & Jeppesen, P. B. (2011). *Klinisk ernæring* (Vol. 1). København: Munksgaard Danmark.
- Jonvik, K. L., Sørland, R., & Wibe, T. (2011). Spiste flere måltider. *Sykepleien*, 8. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2011/06/spiste-flere-maltider>

- Josefsson, P. (2014). Medicinering inte enda alternativet. *Kommunal arbetaren*.
- Kiil, R. (2015). Demens Retrieved from <http://nasjonalforeningen.no/forskning/demensforskning/>. from Nasjonalforeningen for folkehelsen <http://nasjonalforeningen.no/forskning/demensforskning/>
- Kristiansen, I. (2014). Innføring av et fjerde måltid i sykehjem (Pilotprosjekt) Retrieved from <http://www.utviklingscenter.no/innfoering-av-et-fjerde-maaltid-i-sykehjem.5736580-179648.html>. from Utviklingscenter for sykehjem i Hedmark <http://www.utviklingscenter.no/innfoering-av-et-fjerde-maaltid-i-sykehjem.5736580-179648.html>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvamme, J. M., Holmen, J., Wilsgaard, T., Florholmen, J., Midthjell, K., & Jacobsen, B. K. (2012). Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromso and HUNT studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(7), 611-617. doi:10.1136/jech.2010.123232
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2011). *Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfunnsforskning* (Vol. 6). Denmark: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Forskning, Sykepleien*, 03108, 172-175. doi:10.4220/sykepleieief.2008.0036
- Lovdata. (2013-2014). *Norges Lover*: Gyldendal Juridisk.
- Lustig, R. (2014). *Søtt og farlig*. Oslo: Forlag Lille Måne AS.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (Vol. 3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manders, M., de Groot, C. P., Blauw, Y. H., Dhonukshe-Rutten, R. A., van Hoeckel-Prust, L., Bindels, J. G., . . . van Staveren, W. A. (2009). Effect of a nutrient-enriched drink on dietary intake and nutritional status in institutionalised elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(10), 1241-1250. doi:10.1038/ejcn.2009.28
- Michaëlsson, K., Wolk, A., Langenskiöld, S., Basu, S., Lemming, E. W., Melhus, H., & Byberg, L. (2014). Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies. *British Medical Journal*. doi:Http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6015

- Milne, A. C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). *Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition*. Retrieved from
- Mourao, D., Bressan, J., Campbell, W., & Mattes, R. (2007). Effects of food form on appetite and energy intake in lean and obese young adults. *International Journal of Obesity*, 31(11), 1688-1695. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579632>
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Den norske legeforening*, 122, 815-818.
- Mowé, M. (2008). Kan ernæring forebygge eller dempe utvikling av Alzheimers sykdom? *Demens & Alderspsykiatri*, 12(3), 24-27. Retrieved from <http://www.aldringohelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2738>
- Myskja, A. (2012). *Sannheten om mat*. Oslo: Stenersens Forlag AS.
- Myskja, A. (2013). *Hjerte mitt har ikke demens* (Vol. 1). Bergen: Cappelen Damm.
- Nævisdal T. (2013). *Mat og måltider i eldreomsorgen*. Arendal kommune: Arendal kommune og Helsedirektoratet.
- Nazarko, L. (2013). Maintaining good nutrition in people with dementia. *NRC*, 15(9).
- Nes, M., Müller, H., & Pedersen, J. (2006). *Ernæringslære* (Vol. 5). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nilsson. (2008). *Nutritionshandbok för personal inom särskilt boende*. Retrieved from Sverige:
- Nilsson, B. (2007). Gedamers hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*, 1(4), 266-268.
- Oaklander, M. (2015). Should I Drink Smoothies?, Health Diet/Nutrition. *TIME magazin*. Retrieved from <http://time.com/3737812/smoothies-healthy-breakfast-fruit/>
- Øien, H. (2003). Kostråd til eldre. *Helsenytt for alle*.
- Olsen, T. Å. (2011). Hvordan gjøre en vellykket datainnsamling. *Sykepleien Forskning*, 6, 292-296.
- Paterson, J. G. (2008). Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital. *Nursing Standard*, 22(41), 35-40.
- Pedersen, J. I., Hjartåker, A., & Anderssen, S. A. (2009). *Grunnleggende ernæringslære* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Poulose, S. M., Carey, A. N., & Shukitt-Hale, B. (2012). Improving brain signaling in aging: could berries be the answer? *Expert Reviews Ltd*, 12(8), 887-889. doi:10.1586
- Rinaldi, B. (2012). *Green Smoothies*. USA: Penguin Group.
- Ringgaard, A. (2014). Juice og smoothie: Går vitaminerne tabt i blendren og fruktpresseren? *Vitenskap dk*.

- Ruxton, C. H. S. (2008). Smoothies: one portion or two? *British Nutrition Foundation*, 33, 129-132. Retrieved from [http://nutrition-communications.co.uk/uploadedfiles/file/2008 BNF smoothies opinion.pdf](http://nutrition-communications.co.uk/uploadedfiles/file/2008%20BNF%20smoothies%20opinion.pdf)
- Sellevoid, G. S., & Skulberg, V. B. (2005). *Nok-mat-rett-mat-og-trivelige-maltider-for-eldre-sykehjemspasienter-et-kvalitetssikringsprosjekt*. Retrieved from Bergen:
- Skjær, W., Steen, M., & Knoff, R. H. (2010). *Veileder for tilsyn med kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten*. Oslo Retrieved from [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/underernaring\\_sykehj\\_internserien3\\_2010.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/underernaring_sykehj_internserien3_2010.pdf).
- Slavin, J. L., & Lloyd, B. (2012). Health Benefit of Fruits and Vegetables. *American Society for Nutrition. Adv. Nutr.*(3), 506-516. doi:10.3945
- Sortland, K. (2011). *Ernæring -mer enn mat og drikke* (Vol. 4). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland, K., Gjerlaug, A. K., & Harviken, G. (2013). Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattfaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie. *Vard i Norden*, 33(107), 41-45. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/detail/detail?sid=96ef636f-e0c7-4c2b-8b86-4249759a17c7%40sessionmgr198&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26scope%3dsite%26db%3dc8h%26AN%3d2012093184%26msid%3d201394267&hid=107&vid=0&bdata=JnNjb3BIPXNpdGU%3d-db=c8h&AN=2012093184>
- Sortland, K., Skjægstad, G., Jansen, L., & Berglund, A. L. (2009). Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem - en pilotstudie. *Vard i Norden*, 29(4), 25-29.
- Strand, B. H., Tambs, K., Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk, G., & Rosness, T. A. (2014). Hvor mange har demens i Norge? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*(3), 2. doi:10.4045/tidsskr. 13.1601
- Suominen, M., Laine, A., Routasalo, P., Pitkala, K. H., & Räsänen, L. (2004). Nutrient content of served food, nutrient intake and nutrient status of residents with dementia in a Finnish nursing home. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 8(4), 234-238. Retrieved from <http://www.mna-elderly.com/publications/187.pdf>
- Tuntland, H. (2006). *Sykdommer hos eldre* (Vol. 1). Danmark: N.W. Damm & Søn.
- vonArnim, C. A., Herbolsheimer, F., Nikolaus, T., Peter, R., Biesalski, H. K., Ludolph, A. C., . . . ActiFE, U. (2012). Dietary antioxidants and dementia in a population-based

case-control study among older people in South Germany. *Journal Alzheimers Dis.*, 31(4), 717-724. doi:10.3233/JAD-2012-120634

Wathne, K. O., Mowe, M., Bergstad, I., Toven, H., Skarr, B. L., M., Skulberg, V. B., . . . Øien, H. (2006). *Når matinntaket blir for lite*. Retrieved from Oslo:

Webb, C., & Kevern, J. (2001). Focus group as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 798-805.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298218>

World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years*. Retrieved from Geneva:

World Health Organization. (2015). Sugars intake for adults and children Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1).  
from WHO

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1)

## Vedlegg I

### Ernæringsbomber fra Älmhult



#### **Fruktidrikk** (1 porsj/175kcal) **Syrlig drikk** (1 porsj/250 kcal)

1,3 dl H-mjølkk  
1-2 ss semper  
1 dl bær eller frukt  
sukker (viss behov)

0,5 dl fløte  
0,5 dl kulturmilk el yoghurt  
1 ss konsentrert juice/nektar  
smakes til med sukker



#### **Næringsdrikk** (1 porsj/315 kcal)

1 eggeplomme  
0,5 dl fløte  
0,5 dl kulturmilk eller yoghurt  
3-4 ss konsentrert juice eller frosne bær  
Sukker/melis



#### **Milkshake (10 porsjoner)**

**200 kcal pr porsj.**

4 dl H-mjølkk  
3 dl mild naturell yoghurt  
7 dl fløteis  
1 dl kremfløte  
2 dl syltetøy

#### **Kveldsdrikk (10 porsjoner)**

**230 kcal pr. porsj.**

4 dl H-mjølkk  
4 dl mild yoghurt (evt m.smak)  
1 dl kremfløte  
1 dl rapsolje  
1 dl sukker (smakes til)  
Miks alt – tilsett  
5 dl frosne bær og miks igjen

#### **Ananas eller appelsindrikk** **170 kcal pr. porsj. (10 porsj)**

1 l H-melk  
2 dl kremfløte  
5 ss sukker  
3 ts vaniljesukker  
2 dl ananas eller appelsinjuice

#### **Bananmilkshake (10 porsjoner)**

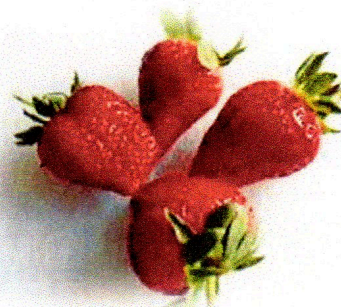
**200 kcal pr. porsj.**

4 dl H-mjølkk  
6 dl fløteis  
2 dl kremfløte  
4 modne bananer

#### **Shake med juice (10 porsjoner) 220 kcal pr porsj.**

4 dl H-mjølkk  
1 dl kremfløte  
1 dl rapsolje  
2 dl konsentrert juice, nektar eller saft  
0,5 dl sukker eller til passe søtt

Kjør alt utenom juice og sukker i mikser til jevn konsistens. Tilsett juice og miks igjen. Sukker til slutt..



## Vedlegg II

Tabellen viser relevante funn fra forskning og artikler.

	<b>Forfatter</b>	<b>Tittel</b>	<b>Årstall</b>	<b>Metode</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Funn</b>
1	Agarwal, m.fl.	Comparison of prevalence of inadequate nutrient intake based on body weight status of adults in the United States	2015	Kvantitativ studie	Journal Am. Coll Nutrition	Funn viser at overvektige har mangel på næringsstoffer sammenliknet med normalvektige.
2	Allen, V., Methven, L., Gosney, M.	The influence of nutritional supplement drinks on providing adequate calorie and protein intake in older adults with dementia	2013	Kvantitativ studie	The Journal of Nutrition, Health & Aging	Næringsdrikker til eldre og demente kan være nødvendig for å øke protein og kalori inntak. Best resultat om de gis mellom måltider.
3	Bates, D., Prince, J.	Impact of fruit smoothies on adolescent fruit consumption at school.	2015	Experimental study	Health education & behavior	Tilbud om smoothies til frokost førte til at skolebarn inntok mer frukt.
4	Bild, L.E.	Sidder vitaminerne virkelig i skrællen?	2013	Vitenskapelig artikkel	Videnskab dk	Hvor sitter vitaminene i frukt?
6	Brown, M.	Smoothies: Consumer knowledge, attitudes and beliefs around the nutritional content of smoothies	2009	Research article	Safefood research	Studier gjort på bakgrunn av informasjon om smoothies.
7	Ebrahimi, Z., Wijk, H.	En hypotesegenerende studie av nattfastans längd, underernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre	2009	Kvantitativ deskriptiv studie	Vård i Norden	Kombinasjon av underernäring og lang nattfaste påvirker de eldres livskvalitet

## Vedlegg II

Tabellen viser relevante funn fra forskning og artikler.

							negativt, og kan forbedres ved å minske nattfastens lengde.
8	Eide, H.D, Iversen, P.O, Aukner, C.	Gamle spiser for lite og har for lang nattfaste	2013	Artikkel fra Høgskolen i Oslo og Akershus	Forskning	Lang nattfaste katalysator for sykdom og underernæring.	
9	Fuhrman, J.	Which is better for my health, a green juice or a green smoothie?	2015	Article	Dr. Fuhrman web page	Hva er best for min helse, en grønn juice eller smoothie?	
10	Hebden m.fl.	Fruit Consumption and Adiposity Status in Adults: A Systematic Review of Current Evidence	2015	Randomised study	Food Science and Nutrition	Inntak av hel frukt forebygger overvekt hos voksne.	
11	Jonvik, K.L, Sørland, R., Wibe, T.	Spiste flere måltider	2011	Prosjekt	Sykepleien	Ekstramåltider i sykehjem førte til at beboere spiste mer.	
12	Kvamme J.M., m.fl.	Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromsø and HUNT studies	2012	Research report	J Epidemiol Community Health	Laveste dødelighet blant eldre med moderat overvekt.	
13	Manders, M., Groot, m.fl.	Effect of a nutrient-enriched drink on dietary intake and nutritional status in institutionalised elderly	2009	Randomisert studie	European Journal of Clinical Nutrition	Viser at næringsdrikken øker total inntak av næringsstoffer til eldre som er i fare for underernæring.	
14	Michaëlsson, K. m.fl.	Milk intake and risk of mortality and fractures in	2014	Cohort studies	BMJ/Helsebiblioteket	Funn viser at melk kan gi økt risiko	



## Vedlegg II

Tabellen viser relevante funn fra forskning og artikler.

15	Milne m.fl.	women and men: cohort studies Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition	2009	Randomised study	The cochrane library	Næringsstilskudd med energi og protein gir økt vekt for eldre på sykehjem.
16	Mourao, D.M. m.fl.	Effects of food form on appetite and energy intake in lean and obese young adults	2007	Crossover study	International Journal of obesity	Større energiinntak med smoothies kontra hel frukt hos de med overvekt.
17	Mowé, M.	Behandling av underernæring hos eldre pasienter	2002	Research article	Den norske legeforening	Underernæring er vanlig blant eldre på institusjon. Gir en oversikt over hva underernæring medfører og behandling.
18	Mowé, M.	Kan ernæring forebygge eller dempe utvikling av Alzheimers sykdom?	2008	Research article	Demens og alderspsykiatri	Ernæringsmangel kan gi økt risiko for AS
19	Nazarko, L.	Maintaining good nutrition in people with dementia	2013	Clinica review	Nursing & Residential Care	Aldring kan føre til redusert appetitt og underernæring hos demente.
20	Paterson, J.G.	Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital	2008	Review article	Nursing standard	Næringsstilskudd har positiv effekt for eldre på sykehjem for å forebygge underernæring.

## Vedlegg II

Tabellen viser relevante funn fra forskning og artikler.

21	Poulose, S.M., Carey, A.N., Shukitt-Hale, B.	Improving brain signaling in aging: could berries be the answer?	2012	Review Journal	Expert Review Neurother.	Kan bær bidra til å forhindre kognitiv svikt?
22	Ringgaard, A.	Juice og smoothie: Går vitaminerne tabt i blenderen og fruktpresseren?	2014	Vitenskapelig artikkel	Videnskab dk	Går vitaminene tapt i blenderen?
23	Ruxton, C.H.S.	Smoothies: one portion or two?	2008	Journal compilation	British Nutrition Foundation	Smoothies inntak bør telle som to porsjoner frukt.
24	Slavin, J.L., Lloyd B.	Health Benefits of Fruit and Vegetables	2012	Review Journal	American Society of Nutrition	Funn viser at frukt og grønnsaker tilfører viktige kostfiber, mineraler og vitaminer og har mange andre helsefordeler.
25	Sortland, K., Gjerlaug, A.K., Harviken, G.,	Vektdokumentasjon, kroppsmasseindeks, måltidsfrekvens og nattfaste blant eldre sykehjemsbeboere - en pilotstudie	2013	Kvantitativ metode	Vård i Norden	Studien viser at både vekttap og vektøkning forekommer i sykehjem. Gode rutiner for veiing og vektregistrering nødvendig. Sent kveldsmåltid nødvendig.
26	Sortland, K., Skjegstad, G., Jansen, L., Berglund, A.L.	Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem - en pilotstudie	2009	Kvantitativ metode	Vård i Norden	Kostregistrering og næringsberegning kan være nødvendig i

## Vedlegg II

Tabellen viser relevante funn fra forskning og artikler.

27	Suominen, M., m.fl.	Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a Finnish nursing home	2004	Kvantitativ studie	The Journal of Nutrition, Health & Aging	planlegging av mat og måltider i sykehjem. Mange eldre som er demente eller i fare for demens spiste ikke nok og fikk derfor ikke i seg nok næringsstoffer. Funnene viser at oksidativ stress har betydning for utvikling av Alzheimers sykdom. Antioksidanter som vitamin C og E kan bidra til å redusere utviklingen.
28	VonArnim, C.A., Herbolzheimer, F., Nikolaus, T., et al.	Dietary antioxidants and dementia in a population-based case-control study among older people in South Germany	2012	Case-control study	J Alzheimers Dis.	Undersøkelse av mat og måltider i sykehjem
29	Aagaard, H.	Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet	2008	Research report, Bok	Høgskolen i Østfold	Ønsker bedre tilbud av frukt, redusere nattfaste og nasjonale retningslinjer for å bedømme ernæringsstatus.
30	Aagaard, H.	Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingsundersøkelse	2010	Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse	Sykepleie Forskning	Undersøkelse om mat og måltidet
31	Aagaard, H.	"Ærlig talt": mat og måltider i sykehjem: en	2010	Research report	Høgskolen i Østfold	

## Vedlegg II

Tabellen viser relevante funn fra forskning og artikler.

32	Aagaard, H.	undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold Utvikling av ernæringsjournal: beskrivelse av ernæringsjournalen og dens praktiske gjennomføring foretatt av sykepleiestudenter	2004:8	Research report	Høgskolen i Østfold	ved somatiske sykehjem i Østfold (beboere). Utvikle verktøy for å kartlegge ernæringsstatus hos pasienter.
----	-------------	--	--------	-----------------	---------------------	---

## Vedlegg III

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *”Redusert nattfaste for beboere i sykehjem”*

### **Bakgrunn og formål**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie om hvilke erfaringer du har med å delta i pilotprosjektet «Redusert nattfaste for beboere i sykehjem». Alle som har vært med å gjennomføre pilotprosjektet blir invitert til å delta i denne studien. Studien inngår som en del av masteroppgaven til Siv Janne Salomonsen i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger (UiS), og er et samarbeidsprosjekt mellom XXX kommune og UiS.

Bakgrunnen for studien er at vi ønsker å vite mer om hvilke erfaringer du har med nattvandring, uro og underernæring blant demente og underernærte beboere i sykehjem etter at de over tid er blitt tilbudt næringsrike og energirike drikker.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Studien er lagt opp som en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju. Vi ønsker en åpen samtale der du kan fortelle fritt om dine erfaringer med å delta i pilotprosjektet. Du forteller bare det du selv vil. Selve samtalen vil være på 1,5 – 2 timer og gruppen vil bestå av 4-8 deltakere.

Samtalen setter søkelyset på hvilke erfaringer du har med tildeling av energirike næringsdrikker til eldre demente og underernærte beboere i sykehjem. Temaene som blir tatt opp er: Ernæring og energidrikker, nattvandring, uro, underernæring og kompetanseheving.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Intervjuene blir tatt opp på bånd, og bare opplysninger som registreres om deg er de opplysningene du gir i intervjuet. Vi garanterer konfidensialitet ved at ingenting av det som blir sagt kan spores tilbake til deg. Informasjonen som samles inn skrives ned og analyseres, og planlegges å bli presentert i en masteroppgave og eventuelt i en vitenskapelig artikkel. I masteroppgaven, og i en eventuell vitenskapelig artikkel, vil all informasjon anonymiseres slik at ingen informasjon kan spores tilbake til den enkelte. Båndopptaket blir oppbevart innelåst og vil bli slettet etter at masterstudien er avsluttet i 2016.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Siv Janne Salomonsen (masterstudent); tlf: 4116199, email: [siv.janne@online.no](mailto:siv.janne@online.no) eller Signe Berit Bentsen (professor/operasjonssykepleier); tlf: 51834112, email: [signe.b.bentsen@uis.no](mailto:signe.b.bentsen@uis.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg IV

### **Intervjuguide - helsepersonell i pilotprosjektet «Redusert nattfaste for beboere i sykehjem»**

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonell med pilotprosjektet ”Redusert nattfaste”.

Velkommen og takk for at du er villig til å delta i denne samtalen.

Du har deltatt i pilotprosjektet «Redusert nattfaste for beboere i sykehjem» i XXX kommune. Vi har derfor invitert deg som har deltatt i pilotprosjektet til en samtale om hvilke erfaringer, tanker, og meninger du har om dette.

Det er først og fremst din erfaring som vi ønsker å ta del i med utgangspunkt i noen spørsmål som blir stilt underveis i samtalen. Vi er interessert i både negative og positive erfaringer. Det er ingen svar som blir sett på som mer rette eller mer betydningsfulle enn andre. Båndopptaker vil bli benyttet, så forsøk å snakke høyt og tydelig. Vi garanterer konfidensialitet ved at ingenting av det som blir sagt kan spores tilbake til deg. Båndopptaket blir oppbevart forsvarlig og vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet.

#### **Innledende spørsmål**

- Hva var årsaken til at du ble med i pilotprosjektet?
- Kan du si noe om forventninger du har til å være med i pilotprosjektet?
- Kan du fortelle om dine erfaringer med eldre beboere på sykehjem og ernæring?
- Fortell om hvilke typer kost beboere har fått før du ble introdusert i pilotprosjektet.

#### **Forskningsspørsmål 1: Hvilke erfaringer har helsepersonell med energirike smoothies til beboere i sykehjem?**

- Etter at pilotprosjektet startet ble det innført energirike smoothies for demente urolige beboere. Har du sett endringer etter innføring av smoothies, i så fall hvilke? På hvilken måte tror du smoothies har bidratt til endringen?
- Kan du si noe om hva smoothies består av?
- Hvilke erfaringer har du med under- og feilernærte beboere etter at det ble innført energirike smoothies?
- Hvilke tanker og meninger har du om at smoothies kan være et supplement til det daglige kostholdet?
- Har du erfaringer med situasjoner der behovet for smoothies for demente og behovet for smoothies for under-, og feilernærte er annerledes?

#### **Forskningsspørsmål 2: Hvilke erfaringer har helsepersonell i forhold til egen bevissthet på ernæring gjennom prosjektet ”Redusert nattfaste”?**

- Hvilke tanker og erfaringer har du med hvorfor nattevandring og uro forekommer hos demente og hva kan gjøres for å bedre tilstanden?
- Kan du fortelle om tanker og meninger du har om å inkludere smoothies som et permanent tilbud i sykehjem?
- Kan du si noe om hvordan en kan bedre ernæringen til beboere i sykehjem? Hva ville dere gjort annerledes?

## **Vedlegg IV**

- Statens råd for kosthold og ernæring anbefaler frukt og grønt. Hvilke erfaringer har du med frukt og grønt i avdelingen? Har det skjedd endringer av inntak av frukt og grønt etter innføring med smoothies?
- Har økt fokus på ernæring og smoothies bidratt til mer bevissthet om mat og ernæring?
- Har prosjektet bidratt til at du har lyst å lære mer om smoothies og ernæring? Hvis ja, kan du si noe om hva du har lyst å lære mer om?

## **Avslutning**

- Hva motiverer deg til å fortsette med å forbedre ernæringen til eldre sykehjemsbeboere?
- Er det noe annet du ønsker å tilføre før vi avslutter intervjuet?

## Vedlegg V

### Eksempel på innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman

Forskningsspørsmål 1: Hvilke erfaringer har helsepersonell med energirike smoothies til beboere i sykehjem?

Tema	Kategori	Kondenserte Meningsenheter	Meningsbærende Enheter
Smoothies gir energi		Det må være han som etter 20 minutter begynner å ommøblere...etter 20 minutter begynte han å bli urolig...da var vi klar til å roe ham ned...etter en stund gav vi ham andre ting som yoghurt eller skive og så da at han roet seg...	"Det må være han som etter 20 minutter begynner å ommøblere...det er ganske utrolig synes jeg...det slo ikke feil...etter 20 minutter begynte han å bli urolig og...etter en stund så prøvde vi ikke å gi ham, han fikk andre ting og da så vi at han roet seg og vi fant jo ut grunnen til det...men klart det kunne jo ikke bare være det...han er jo sånn av og til ellers og...men det var så typisk 20 minutter etterpå...da var vi klar til å roe ham ned...da fikk han yoghurt igjen eller skrive..." Kandidat D
	Ingen forskjell i nattevåk og uro	Noen ble veldig på farten etter å ha fått smoothies, noen begynte å springe og var våkne mens noen ble trøtte.	"Ja om det hadde noen effekt...om det var bedre enn et brødmåltid...Noen ble veldig på farten etterpå..., de begynte å springe og våkne...noen ble trøtte og noen ble veldig våkne...så det var litt artig..." Kandidat A
		En som skulle få smoothie en kveld, da reiste hun seg opp og begynner å gå og slikker glasset...og da var det full fart...	"Hun hadde fått en...jeg skulle gi deg smoothie i kveld..., da reiser hun seg opp og begynner og går og hun slikker glasset... og da var det full rulle..." Kandidat A
		Jeg merker ikke noe forskjell...	"Jeg merker ikke noe forskjell..."



## Vedlegg V

			<i>Kandidat H</i>
		Jeg kan ikke si at det er noe forskjell...	<i>"Nei jeg kan ikke si at det er noe forskjell..." Kandidat D</i>
		Jeg kan ikke uttale meg om pasientene har sovet mer eller mindre...det vi hørte på dagtid gjorde ikke noe forskjell synes jeg...	<i>"Jeg kan ikke uttale meg om pasientene har sovet mer eller mindre...det vi hørte på dagtid gjorde ikke noe forskjell synes jeg...det varierer jo uansett ..." Kandidat H</i>
		Tror ikke noen ble så veldig mye roligere av det...det tror jeg ikke...	<i>"Tror ikke noen ble så veldig mye roligere av det i den forstand...det tror jeg ikke..." Kandidat J</i>
		Nei jeg synes egentlig ikke det...	<i>"Nei jeg synes egentlig ikke det..." Kandidat I</i>
		Jeg synes de var som de pleier...	<i>"Jeg synes de var som de pleier..." Kandidat I</i>
		Det har egentlig vært på det samme...	<i>"Det har egentlig vært på det samme ja..." Kandidat J</i>
		Det er likt som før...ikke noe stor forskjell	<i>"Det er jo likt som det var før...det er ikke noe stor forskjell..." Kandidat I</i>
		Det har ikke vært min erfaring at det har blitt mindre vandring hos den enkelte...	<i>"Men, det har ikke vært min erfaring at det har blitt mindre vandring hos den enkelte...det kan ikke jeg si...det kan jeg ikke se at..." Kandidat B</i>
		De som vandrer, vandrer...for noen er det ofte tegn på smerter men de klarer ikke uttrykke det, hvertfall ett tilfelle...	<i>"De som vandrer, vandrer frem...noen av de som vandrer er ofte tegn på smerte men de klarer ikke uttrykke det, derfor vandrer...hvertfall ett tilfelle..." Kandidat G</i>
		Jeg tar av og til noen nattevakter,	<i>"Jeg tar av og til noen nattevakter, men det er</i>

## Vedlegg V

		og de sover stort sett... det er de samme som går igjen...og det skyldes gjerne andre ting...	<i>sjelden...sånn i ny og ne...men de sover stort sett, det er de samme som går igjen...og det er det jo gjerne andre ting som skyldes altså ja..."</i> Kandidat G
Foretrekker smoothies om dagen		...vi har gjort det vi har fått beskjed om, men jeg har ikke følt at det har vært noen forandring...men vi burde gjerne prøvd på dagtid i plassen...for jeg tenker det er jo energibombe...og det var det litt snakk om i avdelingen...at de tenkte det har motsatt virkning...at de ble mer urolig av at de fikk så mye energi og de forstod ikke sammenhengen...	<i>"Ja jeg tenker at vi har jo gjort det vi har fått beskjed om, men jeg har ikke følt at det har vært noen forandring nei...men vi burde jo gjerne variert...og prøvd på dagtid i plassen...for jeg tenker det er jo energibombe... og det var det jo litt snakk om i avdelingen faktisk...at de tenkte det har motsatt virkning...at de ble mer urolig av at de fikk så mye energi...de forstod ikke helt sammenhengen..."</i> Kandidat J
		Hos oss sitter mange ved stuene eller på rommet sitt og ser fjernsyn...og da er smoothien ganske god og lett og energirik måte og gi de litt ekstra tilskudd...mange sitter nå med ett glass saft og noe frukt, men har vi tid da kunne vi laget smoothie på morgenen og bare skjengt oppi til de....	<i>"Ja for hos oss da så sitter ganske mange ved stuene rundt forbi eller på romme sitt eller sitter og ser fjernsyn og...da er jo smoothien ganske god og lett og energirik måte og gi de litt ekstra tilskudd...mange sitter nå med ett glass med saft og noe frukt av og til...det er jo ikke alltid de har tid til det, men da hadde vi laget til en smoothie på morgenen og bare skjengt oppi til de...så kunne det vært noe..."</i> Kandidat F
		Jeg tenker i ettertid at hun kanskje	<i>"Ja jeg tenker nå i ettertid...kanskje hun</i>

## Vedlegg V

	skulle hatt den smoothien på formiddagen...	<i>heller skulle hatt den smoothien på formiddagen..."</i> Kandidat B
	Men ikke rett før vi skal legge oss...	<i>"Men ikke rett før vi skal legge oss..."</i> Kandidat H
	Nei, jeg kan ikke tenke meg det da blir jeg høy...	<i>"Nei jeg kan ikke tenke meg det da blir jeg høy...ha ha..."</i> Kandidat D
	Det blir feil tidspunkt mener jeg...det er altfor mye fett og alt for mye olje og sukker og ...du får alt for mye energi...vi legger jo oss heller ikke halv ni, men rett før du skal legge deg å få smoothie...og så skal du sove...	<i>"Det blir feil tidspunkt mener jeg...det er altfor mye fett og alt for mye olje og sukker og...du får alt for mye energi...vi legger jo oss heller ikke halv ni, men rett før du skal legge deg å få sønn... og så skal du sovne...Vi ville jo ikke gitt ungene våre heller smoothie rett før de la seg...vi vil jo at de skal sove..."</i> Kandidat H
	Vi skulle prøve dette ut på kvelden og jeg tenker at det hadde vært noe helt annet for pasienten å fått dette på dagtid...enten når de står opp eller som et mellommåltid...	<i>"Nei, vi skulle prøve det ut på kvelden, og jeg tenkte og at det hadde vært noe helt annet for pasientene å fått dette på dagtid...enten da når de står opp eller...som et mellommåltid..."</i> Kandidat H
	Jeg hav det gjerne dagen etterpå til frokost...	<i>"Jeg gav det gjerne dagen etterpå til frokost til de som likte det godt..."</i> Kandidat K
	Ja som mellommåltid mellom ti og elleve...at en kanskje skulle prøvd ut det der og sett...	<i>"Ja som mellommåltid sønn som du sier mellom ti og elleve...at en kanskje skulle prøvd ut det der og sett..."</i> Kandidat D

## Vedlegg V

		Ikke smoothie på kveld...	<i>"Ikke smoothie på kveld..." Kandidat H</i>
		Jeg kunne tenke meg og prøvd det på formiddagen...	<i>"Nei...jeg kunne tenke meg og prøvd det på formiddagen altså..." Kandidat D</i>
		Jeg ville jo tenkt sånn i elleve tiden jeg...mellom frokost og middag...	<i>"Jeg ville jo tenkt sånn i elleve tiden jeg...mellom frokost og middag en gang..." Kandidat J</i>
		Som et mellommåltid...nå får det tilbud om frukt og saft og vann...	<i>"Som et mellommåltid da...nå får de tilbud om frukt eventuelt...og saft eller vann..." Kandidat J</i>
		Det må være slik at det er to ganger i uken gjerne...og at du kan tilby det som et mellommåltid hvis noen har lyst på...	<i>"Det må være slik at det er to ganger i uken gjerne...og så heller eventuelt at du kan tilby det som et mellommåltid...hvis noen som har lyst på...at du lager det da..." Kandidat J</i>



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Signe Berit Bentsen  
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 28.11.2014

Vår ref: 40537 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40537</i>	<i>Redusert nattfaste for beboere i sykehjem</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Signe Berit Bentsen</i>
<i>Student</i>	<i>Siv Janne Salomonsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Siv Janne Salomonsen [siv.janne@online.no](mailto:siv.janne@online.no)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)