



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	28-04-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSD440 1 BOPPG 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	217
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7216
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	42
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Hvordan gi kostråd når forskningen spriker?

- Et Essay om sykepleierens utfordring i kostrådsveiledning.

How to give nutritional guidance when research is so diverse?

- An Essay about the challenges nurses will meet regarding dietary guidance.

**Kandidatnummer: 217**

GRSD19 – Sykepleie desentralisert

FHS/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Elisabeth Kleppe

Innleveringsdato: 12.05.2023

Antall ord: 7216

## Abstract

Dietary guidelines is a huge part of the role as a nurse. One will meet people and patients in all aspects of the role; special healthcare services, local healthcare services, clinics, home care profession, amongst children and young people and drug addiction and psychiatry. Everywhere really. There will always be a need to have knowledge in the dietary and nutritional field as a nurse, no matter where one work.

There is a fundamental disagreement in the nutritional field, dating back many years, where one of the theories has been deemed «the right way» and has been presented as «the truth». As a health care professional, I believe it is vital to have knowledge about this disagreement to get a deeper understanding about the foundation of the nutritional recommendations we have today. This way we have a better basis to guide patients the best way possible.

The main focus of this essey is how challanging it can be as a nurse to give out nutritional recommendations to patients when there is different knowledge and theories out there, and not just what we learn through our curriculum. It is also about the importance to took at the truths with a critical eye. While meeting for several people, I chose to focus my attention on the clinical pathway for patients with Irritable bowel syndrome and the follow up they recieve through nutritional guidance. This is due to the treatment this patient group gets, which primarily consists of adjusting their dietary intake. Through meetings with Karoline, Hege and Cecilie, I have seen how the role as a nurse working with nutritional guidance can be challanging. I also learned that by getting a deeper knowledge in the subject, it can be a resource to get a better understanding regarding the disagreements in this field. The confidentiality regarding people in this essey has been met through the use of fictive names.

## Innhold

Essay som skriveform .....	1
Utfordringer ved kostrådsveiledning og IBS .....	2
Frihetsberøvelsen .....	4
Sykepleierens rolle i dag .....	6
En utfordrer til de norske kostrådene .....	10
Med mat som medisin .....	12
En hverdag som ikke fungerer .....	14
Din kunnskap - din styrke .....	17
Litteraturliste .....	19
Vedlegg 1 - Søkeprosessen .....	23
Vedlegg 2 – Litteraturmatrise .....	25

## Essay som skriveform

Gjennom studiene har vi blitt introdusert for skriveformen Essay, og i utgangspunktet var ikke dette en skriveform jeg hadde tenkte å bruke i oppgaven min. Inntrykket jeg satt igjen med, var at et essay skulle ta utgangspunkt i en pasienthistorie som virkelig berørte i møte med meg som sykepleier. Da jeg likevel så smått begynte å bla i boken *Gode fagtekster* (2003) av Jo Bech-Karlsen, forsto jeg at det er *erfaringer* som er utgangspunktet i et essay, og at det er erfaringer sammen med refleksjoner som bærer teksten i essayet. Bech-Karlsen får frem at det å skrive essay handler om skriveren, og skriverens forhold til emnet som er valgt. Han påpeker at ved å være nysgjerrig på et tema, kan skriving gjennom et essay være en måte å utvikle nye perspektiver på faglige emner. Det var da jeg forsto at det var essay jeg skulle skrive.

For å bevare flyten og sammenhengen i essayet på en best mulig måte har jeg valgt å referere til årstall i teksten etter reglementet, men kun når jeg nevner litteraturen for første gang i hvert kapittel. På samme grunnlag kommer jeg heller ikke til å referere til sidetall i teksten, med mindre det er direkte sitat, parafraaser eller referanser med samme årstall som kan skape rom for misforståelser. Utover dette vil referansene i teksten være uthevet med *kursiv* og tilknyttet forfatter. Jeg henviser mye til *Kosthåndboken* (Arsky et al., 2016), som utelukkende fremheves med *kursiv*. Her har jeg bevisst unnlatt å referere til årstall og sidetall, da alt som omhandler sykdommen jeg skriver om, ligger under et eget oversiktlig kapittel på bare to sider (s. 189-190). Dette tror jeg vil være med på å skape mindre uro i teksten og en større leseglede.

## Utfordringer ved kostrådsveiledning og IBS

Teksten min handler om hvordan det som sykepleier kan være utfordrende å skulle gi kostråd til pasienter, når det er viser seg at det finnes en annen teori om kosthold enn det som blir presentert gjennom pensumlitteratur. Det står mellom to teorier hvor den ene tar for seg at fett er «farlig», som er den teorien pensum baserer seg på, mot teorien om at karbohydrater er synderen. Jeg har valgt å belyse dette gjennom å ha fokus på pasientforløpet ved sykdommen Irritabel tarmsyndrom (IBS – irritable bowel syndrome). Dette fordi «behandlingen» for denne tilstanden hovedsakelig består av å endre kosthold for å redusere symptomer og bedre livskvaliteten (Helsedirektoratet, 2018). Jeg kommer dermed ikke til å skrive om andre behandlingsmetoder til IBS- pasienter som stressmestring, fysisk aktivitet, psykoterapi og medikamentelle råd eller alternativ medisin. Jeg kommer heller ikke til å utdype ulike undergrupper som finnes av sykdommen, eller ta for meg hvordan IBS blir diagnostisert.

Som sykepleier vil man møte pasienter med IBS på flere arenaer, både i spesialisthelsetjenesten for oppfølging, i hjemmesykepleien i forbindelse med andre sykdommer – og ikke minst som en bekjent, en nabo eller familie, egentlig over alt. Jeg har valgt å ikke avgrense til en spesiell arena, men heller ha fokus på hvilken kunnskap innen ernæring og kostrådsveiledning en sykepleier bør ha uansett på hvilken arena man møter pasienten.

Jeg har i lang tid vært interessert i temaet kosthold, og har dermed brukt mye tid på å sette meg inn i temaet. Det startet da jeg for noen år siden kom over en bok som presenterte at 80% av immunsystemet sitter i tarmen. Instinktivt var logikken min at når maten vi spiser passerer tarmen flere ganger for dagen, må den spille en betydelig rolle på immunforsvaret og helsen vår. Gjennom videre kurs og lesing fikk jeg en dypere forståelse om hvor stort ernæringsfeltet er, og jeg ble oppmerksom på at det eksisterer en uenighet mellom ekspertene i dette feltet når det kommer til hva som er «sunt», og at det finnes ulike teorier om hva som er «riktig» å spise. Gjennom studietiden la jeg merke til at det som blir presentert i pensum i forhold til kosthold, baserer seg kun på én av teoriene. Dette fikk meg til å bli usikker på hvordan jeg som sykepleier har «lov» å veilede pasienter innen kosthold.

Er jeg pliktig til å følge den teorien som blir presentert gjennom utdanningen?

Interessen for temaet gjorde at jeg gjennom studietiden ble bevisst på tarmsykdommen IBS. Etter hvert ble jeg oppmerksom på at det var folk rundt meg både på skolen, i praksis og på jobben med denne lidelsen, noe jeg fant overraskende. Det slo meg at dette må være noe som mange sliter med, noe jeg fikk bekreftet. Ifølge Helse Norge (2022) er omtrent 15 % av befolkningen plaget med Irritabel tarmsyndrom. Etter å ha møtt flere personer med IBS, satt jeg igjen med inntrykket av at de strevde på egenhånd for å finne ut av hva de kunne spise. Så da kom jeg tilbake til; hvilken rolle har jeg som sykepleier i kostrådsveiledning til personer med IBS, og kan jeg bruke kunnskapen jeg har utover pensum?

Florence Nightingale anses som den første sykepleieteoretiker, og anerkjennes som den moderne sykepleies grunnlegger. Hun gav ut boken *Notater om sykepleie* (2000) på midten av 1800-tallet, som fortsatt er gjeldende pensum innen sykepleierutdannelsen. Det var ikke vanskelig å velge Nightingales sykepleietenkning og menneskesyn som inspirasjon når jeg reflekterer over hvordan mat kan ha en større betydning på hva vi spiser enn først antatt. Hennes sykepleieteori baserer seg på hvordan hun oppfatter mennesket, sykdom og helse i samspill. Hun ser på sykdom som en prosess som er forbundet med fornyelse eller reparasjon, og at naturen (mennesket) på den måten har innebygde selvhelende krefter. Sykepleie blir dermed å legge til rette for pasienten, slik at kroppen på best mulig måte kan helbrede seg selv. På denne måten har Nightingale fokus på personen heller enn diagnosen. Slik jeg forstår denne tilnærmingen, kan riktig mat være en måte å legge til rette for at kroppen kan klare å gjenoppbygge balanse og hele seg selv. Jeg vil bruke Nightingale som inspirasjon når jeg reflekterer gjennom dette fagessayet i møte med Karoline, Hege og Cecilie. Dette er personer som på forskjellige måter har inspirert meg til å jobbe videre med oppgaven, i min søken etter å forstå hva det fordrer som sykepleier å skulle gi god kostrådsveiledning.

I møte med mennesker gjennom livet har jeg fått inntrykk av at kosthold er et tema som opptar mange, men at det oppleves som frustrerende å navigere seg gjennom de mange kostråd og dietter som er lett tilgjengelig i dagens samfunn. Beck-Karlsen (2003, s. 19) skriver «Et faglig essay er et essay som utvikler nye perspektiver på faglige emner». Jeg vil med denne fordypningsoppgaven øke egen kunnskap om et tema, som jeg kan anvende i møte



med pasienter jeg kommer til å møte som ferdig utdannet sykepleier. Samtidig håper jeg at teksten kan være av interesse for flere, og at man ikke trenger å ha bakgrunn i sykepleierfaget for at oppgaven kan være både opplysende og nyttig.

## Frihetsberøvelsen

Karoline var den første jeg traff som hadde diagnosen IBS. Hun var en av de mange sykepleierne jeg kom i prat med da jeg var i praksis i medisinsk avdeling. Omtrent halvveis inn i praksisperioden satt vi på pauserommet og snakket om det som for meg var et interessant tema, nemlig tarm, da hun tilfeldigvis nevnte at hun hadde IBS. Jeg husker at jeg reagerte med å bli målløs. Jeg kunne ikke tro at jeg var så «heldig» som klarte å treffe på, det jeg den gang trodde måtte være det eneste menneske med IBS i en mil omkrets! Karoline fortalte at hun lenge slet med magesmerter og diare, slik Helse Norge (2022) også beskriver som fremtredende symptomer på IBS. Dette førte til at hun i perioder var mindre sosial og takket ofte nei til arrangementer, særlig dersom det ikke var toalett i nærheten. Jeg merket at jeg ble overrasket og hadde vanskelig for å forestille meg hverdagen som Karoline beskrev. Jeg så for meg hvordan en skitur med venner eller en tur til stranden om sommeren plutselig blir en belastning i stedet for å skape den frihetsfølelsen jeg vet det kan være. Det ble med ett ganske tydelig hvor inngripende IBS kan være i livet. Karoline fortalte videre at det nå går bedre, fordi hun har mer kontroll over hvilke matvarer hun reagerer på. På spørsmålet mitt om hvordan hun hadde funnet frem til disse matvarene, var svaret at hun «googlet» og «prøvde seg litt frem» for å finne ut av hva hun tålte.

Som fersk sykepleierstudent, gav ikke dette mening. Jeg stilte meg undrende til at en person med en inngripende diagnose skulle bli overlatt til seg selv for å finne ut av hvilket kosthold som tålt. Jeg har i løpet av studietiden lært om de mange forskjellige oppgavene vi har som sykepleier, som også innebærer fagkunnskap om ernæring, kostveiledning og om å tilrettelegge innen kosthold. I *Grunnleggende sykepleie* (Kristoffersen et al., 2016, s. 192) blir sykepleieoppgaven innen kostråd beskrevet slik: «Dette innebærer inntak av mat og drikke av tilstrekkelig mengde og med riktig sammensetning til å opprettholde normale kroppsfunksjoner, vekst og utvikling og til å fremme helse». Jeg vil tro at dersom personer

med IBS sliter med diaré og mat de ikke tåler, vil det være fare for å få et for lite variert kosthold til å dekke næringsbehovet. Dette fikk meg til å undre meg over hvilken oppfølging pasienter med IBS får fra helsevesenet når det kommer til kostråd, og hvilken rolle spiller sykepleiere i dette?

Her i Norge er det Helsedirektoratet som har ansvar for å følge opp utviklingen i det norske kostholdet, og å gi befolkningen kunnskapsbaserte kostråd. Dette gjelder også for helse- og omsorgstjenesten. På grunn av tidligere dårlig oppfølging av ernæringspraksis i norske sykehus ble *Kosthåndboken* gitt ut som en veileder i ernæringsarbeidet, med målsetting om å bidra til å sikre god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Denne finnes tilgjengelig for alle på nett og oppdateres jevnlig med ny fagkunnskap.

De fleste personer med IBS opplever at symptomene har en sammenheng med maten de spiser, noe som gir mening når jeg leser at hovedfokuset ved «behandling» handler om å tilpasse kosten i samarbeid med pasienten. Det fine med *Kosthåndboken* er at den kommer med egne kapitler for kosthold ved ulike diagnoser og sykdommer, noe som gjør den oversiktlig for helsepersonell å slå opp i for å finne frem til veiledning og råd.

«Behandlingen» ved IBS er først og fremst generelle råd om matvarer som er gunstig å spise, da de kan være symptomlindrende, og noe man bør unngå å spise fordi det kan forverre symptomene. Dette i samspill med regelmessighet og ro rundt måltidene, er første anbefaling. Dersom symptomene ikke lindres tilstrekkelig anbefales «Lav FODMAP-dietten», som er en anerkjent diett innen kostråd ved IBS, hvor mange opplever bedring av symptomene. Denne dietten begrenser matvarer med høyt innhold av kortkjedete karbohydrater og sukkeralkoholer, som kan være vanskelig å fordøye. Helse Bergen (2021) har en egen brosjyre på neste 30 sider hvor denne dietten er utarbeidet for pasienter. Her står god informasjon om hva IBS er, hvordan man kan gå frem for å lindre symptom, samt tydelige lister over matvarer som kan spises og hvilke som bør unngås. Det er i tillegg satt opp forskjellige forslag til måltider gjennom dagen.

Nightingales menneskesyn handler om at vi alle er en gudeskapt del av naturen, og at vi er innpodet med noen fundamentale naturlover «livets lover», som handler om nødvendige betingelser for å kunne opprettholde liv og helse. Hun mener at symptomene man får på sykdom, ofte ikke er symptomer på selve sykdommen, men mangel på frisk luft, lys, varme,

renslighet eller sammensetning av kosthold. Nightingale understreker at hver enkelt person har et eget ansvar «å lytte til» og forholde seg til sin natur og de lover som gjelder for kroppen vår. Videre presiserer hun at «lovene» er så godt som ukjent for oss og at vi (mennesket) ikke tar oss bryet verdt med å sette oss inn i dem (2000, s. 31-86).

Når Karoline ble så dårlig av enkelte matvarer at hun ikke klarte å fungere i hverdagen, kan man da se på det som «naturens» (kroppens) måte å gi beskjed på? Og når Karoline på egenhånd prøver å finne ut hva hun kan spise, vil det være en måte «å lytte» til og forholde seg til sin natur?

FODMAP-dietten handler i hovedsak om utprøving av mange forskjellige matvarer, så i prinsippet handler vel det om å «på egenhånd» finne ut av hva man tåler. Var det dette Karoline mente da hun fortalte at hun prøvde seg frem til hvilke matvarer hun kunne spise? En annen forklaring på inntrykket av at Karoline ble overlatt til seg selv, kan være at hun aldri fikk utredning på diagnosen, men på egenhånd kommet frem til at det er IBS som stemmer overens med hennes plager. Ifølge Helse Bergen (2017) er det mange med IBS som ikke oppsøker legen for å finne ut av symptomene sine.

Ut ifra anbefalingene kan det se ut som at pasienter med IBS blir fulgt opp på en tilfredsstillende måte, så det fikk meg til å bli nysgjerrig på hvordan oppfølgingen utføres i praksis?

## Sykepleierens rolle i dag

I min fordypningspraksis, dukket det opp en mulighet til å hospitere ved en medisinsk poliklinikk som har oppfølging av pasienter med tarmsykdommer. Her møtte jeg Hege som fremsto som en trygg og god sykepleier som kunne faget sitt. Hun fortalte meg at rutinene for oppfølging av IBS- pasienter på sykehuset etter at diagnosen er stilt, er å skrive ut brosjyren med «lav FODMAP- dietten» fra Helse- Bergen som pasienten får med seg hjem. Videre oppfølging er fra fastlege som henviser til klinisk ernæringsfysiolog dersom pasienten selv føler behov for dette. Informasjonen om oppfølging underbygges av det jeg finner på Helse Norge (2022) om IBS – hvor det legges opp til at pasienten skal prøve ut diett og

ekskludering av matvarer på egenhånd over tid, slik at det blir tydeligere hvilke matvarer man reagerer på. Jeg spurte Hege om det finnes noe videre oppfølging i forhold til hvordan det går med pasienten under utprøving av dietten, eller noen de kan kontakte ved spørsmål? Hun svarte at det er opp til pasienten selv, men at det finnes mye foredrag og kurs på nettet i regi av Helse Bergen.

Helse Bergen (2023) presenterer to alternativer for oppfølging av sykdommen, som er «IBS-skolen» og «mage-tarmskolen på internett». IBS-skolen er et gruppebasert kurs for pasienter og pårørende, som handler om å lære sykdommen å kjenne, mestring i hverdagen og å dele erfaringer. Kurset går over to dager og man får plass via henvisning fra fastlegen. «Mage-tarmskolen på internett» er et nettbasert tverrfaglig behandlingsprogram, til veiledning for pasienter med IBS. Pasienten har tilgang til kurset i seks måneder, hvor en klinisk ernæringsfysiolog er tilgjengelig for veiledning og spørsmål. Programmet er laget i den hensikt å gi alle et likeverdig tilbud, da det er begrenset kapasitet på «IBS-skolen». Dette virker som et bra tiltak på oppfølging, men jeg ser det fordrer at pasienten selv er i stand til å gjøre en egeninnsats og har nødvendige ressurser til dette. Ut ifra det som Karoline fortalte, kan det virke som at reiseruten ikke bør være for lang mellom hjemmet og kurset, dersom det er viktig å ha tilgang til et toalett. I tillegg tror jeg at man skal føle seg ganske «frisk» for å reise ut og treffe andre mennesker. Tankefull sitter jeg igjen med følelsen av at det er noe som mangler. Hvor kommer sykepleierrollen inn i bildet? I boken *Ernæring* (2015, s. 5) skriver Sortland om hvordan det å få dekket det grunnleggende behovet for inntak av væske og ernæring, hører inn under sykepleierens ansvarsområde. Så hva er rollen til sykepleieren dersom pasienter med IBS i stor grad blir overlatt til egen utforsking av diett og symptomer?

Jeg har funnet ut at pasienter med IBS får oppfølging av en klinisk ernæringsfysiolog dersom de ønsker det, noe som er naturlig siden det må lages en individuell ernæringsplan. Men det å lage en god plan, er ikke det samme som å forsikre seg at pasienten klarer å følge den. Hege informerte om at det er den kliniske ernæringsfysiologens ansvar å tilrettelegge en god ernæringsplan, men det er sykepleierens oppgave å følge opp at pasienten klarer å følge planen, noe jeg også fant under *God ernæringspraksis* (Helsedirektoratet, 2016).

Jeg strever med å finne sykepleierens rolle i kostrådsveiledning når det kommer til oppfølging av pasienter som har IBS. Det kan virke som at klinisk ernæringsfysiologer på en

måte har «overtatt» mye av den konkrete oppfølgingsbiten. Etter en telefon til Haukeland Universitetssykehus fikk jeg bekreftet denne mistanken. Jeg ble fortalt at etter «mage-tarmskolen på internett» kom, så har ikke sykepleierne hatt oppfølging av pasientene slik de hadde før (gjelder foreløpig pasienter tilknyttet Helse-Vest).

Bli sykepleierne overflødige her? Ansvaret ifølge *God ernæringspraksis* er fordelt til at sykepleieren har ansvar for oppfølging av pasienter og ernæringsplan, men kan innhente aktuell fagkompetanse i et tverrfaglig samarbeid med både leger og kliniske ernæringsfysiologer. Så hvordan utføres denne oppfølgingen? Jeg spurte Hege som hadde god erfaring med å jobbe tverrfaglig med klinisk ernæringsfysiologer. Hege hadde selv stilte seg spørrende til om de muligens kunne være litt for «streng» når det kom til kosthold og dietter som skulle følges. Hun hadde i flere tilfeller sett at det som blir bestemt på papiret fordi det er «riktig» kosthold, fort kan bli for krevende og vanskelig for pasienten å gjennomføre.

Mange pasienter var allerede trøtt og lei etter å ha prøvd mye forskjellig og vil bare ha et svar på hva de kan spise, uten å være motivert til å gå inn i et regime av en diett. En ting Hege mener som sikkert, er betydningen av å møte pasienten der han er, noe hun påpeker at sykepleierne er gode på. Noen pasienter *vil* ha råd, og aller helst bli fortalt hva de skal spise, mens andre vil *ikke* bli fortalt hva de kan og ikke kan spise, og mener de kjenner kroppen sin best selv. Mitt inntrykk gjennom studie og praksis stemmer med det bilde Hege beskrev, og at det store fokuset på samarbeid mellom sykepleier og pasient nettopp kan være et argument for at sykepleiere bør ha en vesentlig rolle i oppfølgingen av pasienter med IBS.

Nightingale var den første som forsto og skrev om sammenhengen mellom sykdom, tilheling, kosthold og sykepleie. Hun var tydelig når hun presiserte at noe av det viktigste for alle som skal bestemme hva pasienten skal spise, er å være mottagelig for pasientens mage, fremfor å lese «mat-analyser». Hun mener i mange tilfeller at man bør la erfaring bestemme fremfor teori (2000, s.12). Selv om dette er skrevet på midten av 1800- tallet så skal vi ikke skal langt tilbake for å finne at pasienter med IBS opplevde å ikke ble tatt på alvor, nettopp fordi man ikke kunne finne klinisk bevis (Avdagic, 2018). Jeg har selv latt være å gå til legen dersom jeg forventer å ikke bli trodd, noe jeg tror flere kan kjenne seg igjen i. Pasienten vil alltid være

den som kjenner kroppen sin best.

Pasientene jeg møtte i poliklinikken hos Hege hadde en medisinsk oppfølging, som dermed blir ulik oppfølgingen til pasienter med IBS. Samtidig fortalte Hege meg at det var en ting som var felles mellom disse pasientgruppene når det kom til kostrådsveiledning. Hun sa at de ofte får spørsmål fra pasienter med tarmsykdommer om hvilken mat de anbefaler, spesielt dersom det er en diett eller et kosthold som er «i vinden» for øyeblikket. Hun presiserte videre at som sykepleier er det viktig å holde seg nøytral til trender og dietter som pasientene vil ha vår profesjonelle mening om, og at vi må forholde oss til kostrådsveiledningene som er basert på metaforskning og som ligger som føring i Norge. Videre sa Hege at nå for tiden er det faste som er «trenden», og mange pasienter lurte på om dette er lurt og om vi anbefaler det. Jeg synes Hege kom med mange fornuftige råd, men merket at jeg ble litt overrasket da hun kalte faste for en «trend». Jeg hadde nettopp lest boken *Hva og når skal du spise* (2022) av Marit Kolby, hvor hun blant annet legger frem hva faste er og fastens positive funksjon på tarmen. Kolby er matviter og ernæringsbiolog og boken er dokumentert med god forskning. I en vitenskapelig artikkel hun refererer til (de Cabo & Mattson, 2019), kommer det frem at periodisk faste har flere fordeler for mange helsetilstander som blant annet fedme, diabetes, kreft og nevrologiske lidelser. Så er faste da en «trend»? Jeg så på faste som ny og nyttig informasjon som kan være bra for meg som sykepleier å ha i kunnskapsbanken i videre møte med pasienter. Hege virket så trygg i sine avgjørelser og uttalelser, og jeg merket hvordan jeg som student igjen ble usikker på om jeg kan bruke kunnskapen jeg har opparbeidet meg utover pensum, i møte med pasienter og kostrådsveiledning. I nysgjerrighet spurte jeg Hege hvordan hun utførte veiledning i praksis, dersom en pasient spurte om råd angående en diett. Hege svarte at hun hovedsakelig fokuserte på å veilede pasienten til å ikke ekskludere noen matvarer fullstendig, slik at det kan oppstå fare for underernæring, noe som er grunnleggende kunnskap og en del av sykepleiepraksis i møte med pasienter (Sortland, 2015). Men så lenge man som sykepleier tar med seg denne forståelsen og kunnskapen, er det da akseptabelt å bruke forskning utover pensum i kostrådsveiledning?

Min opplevelse etter å ha satt meg inn i temaet er at det er uenigheter i ernæringsfeltet, som er et felt i og en del av det medisinske felt, om hva som er «rett å spise». Stemmer det da som Hege sier, at jeg *kun* må forholde meg til teorien som presenteres i pensum – altså

teorien om å begrense mengden mettet fett (dette kommer jeg tilbake til) - når jeg veileder pasienter?

Jeg tror det er en grunn til at pasienter søker «ut» etter annen informasjon. Av erfaring gjennom venner og bekjente er dette ofte noe som blir gjort fordi noe annet ikke fungerer optimalt. Jeg mener også at som sykepleier burde vi ha samme, eller aller helst *bedre* kunnskap enn pasientene for å klare å veilede på best mulig måte. I dagens samfunn med mye tilgjengelig informasjon blir dette nesten umulig. Jeg ønsker likevel å se nærmere på hva som kan ligge bak usikkerheten jeg kjenner på, når det kommer til hvilke kostråd jeg «har lov» å anbefale som sykepleier.

## En utfordrer til de norske kostrådene

Når jeg leser i pensumbøkene for sykepleiestudiet, ser jeg at samtlige av kostrådene baserer seg på anbefalingene som er gitt fra Helsedirektoratet. Kostrådene her baserer seg på forskning og kunnskapsoppsummering fra flere internasjonale ekspertgrupper som man finner god informasjon om på Helse-Norge (2022). Det enkleste for meg som sykepleier er jo bare å følge disse rådene. Men er det så enkelt?

I boken *Matrevolusjonen* (2011, s. 24-40) skriver den svenske kostlegen Andreas Eenfeldt om hvordan det på midten av 1900- tallet eksisterte to forskjellige teorier fra to forskjellige forskere, som begge hevdet å ha funnet årsaken til hjerte- og karsykdom. Den ene teorien handlet om at det var mettet fett og kolesterol som var årsaken, mens den andre teorien påsto at det var karbohydrater som var problemet. I følge Eenfeldt fantes det ikke bevis for noen av teoriene, men på grunn av en oppfatning om at ikke begge teoriene kunne være «riktig» da de var uforenlige, var det én av teoriene som vant frem – altså teorien vi kjenner om at fett og kolesterol er synderen. Det er flere grunner til at «fett-teorien» vant frem, men i hovedsak er det en blanding av at den ene forskeren, Ancel Keys, var målbevisst, karismatisk og god til å snakke for seg, samt at det var politiske og økonomiske interesser som lå til grunn. Etter å ha lest boken til Eenfeldt, ble det lettere å forstå hvorfor jeg opplever temaet kostråd som utfordrende. Den grunnleggende uenigheten innen

kostrådsfeltet ligger langt tilbake i tid og vil mest sannsynlig følge oss i utviklingen videre da begge teoriene eksisterer fortsatt, selv om det kun var én teori som fikk råderett. De kjemper ennå om den rådende posisjonen i ernæringsfeltet, noe som også driver forskningen frem. Så hvordan vil denne kunnskapen utfordre meg som sykepleier, eller kan den kanskje komme til nytte?

I en rapport fra Nicolaysen komiteen (Hjort, 1962), som ble opprettet i 1960 for å finne årsakssammenheng mellom ernæring og hjerte-karsykdommer, ble det konkludert med at det daglige fettinntaket ikke bør være mer enn 30% av kaloriene, selv om det kun var *indisier* og ikke *bevis* for årsakssammenheng for at kosten disponerer for hjerte- og karsykdommer. Når jeg leste dette fikk jeg en større forståelse for hva som ligger til grunne for de kostrådene som blir gitt i dag. Vi blir fortsatt advart mot å spise mettett fett gjennom kostrådene fra helsedirektoratet og denne teorien er for mange blitt en vedtatt sannhet, selv om flere leger og ernæringsspesialister stiller spørsmål ved den.

I Kleppes masteroppgave, Norske Kostråd fra UIB (2015, s. 58), kom jeg over flere anerkjente vitenskapelige studier som inkluderer en stor Meta-analyse gjort i 2014, hvor resultatet er at det ikke finnes kobling mellom fettinntak og hjertesykdommer. Ifølge nettavisen *forskning* (Spilde, 2021) finnes det overraskende mange studier på at mettett fett fører til økt kolesterol, samt at høyt kolesterol er koblet til hjertesykdom. Det som har vist seg å være forbausende vanskelig å bevise er at mettett fett faktisk fører til hjertesykdom. Dette er en logisk slutning som forskere har trukket, selv om brikkene i puslespillet ikke passer sammen.

Hvordan vil dette utfordre meg som sykepleier innen kostrådsveiledning? Det blir problematisk når det kommer til anbefalinger av hvilke næringsstoffer kroppen trenger. Dette fordi teoriene er så uenige om hva som skaper sykdom i utgangspunktet.

Teorien om sammenheng mellom kolesterol og fett er noe som matviter og ernæringsbiologen Marit Kolby er nysgjerrig på. Hun har nylig publisert en ny hypotese i *American Journal of Clinical Nutrition* (2021) som forklare en mulig teori på hvorfor man ikke finner sammenheng mellom mettett fett og hjerte- karsykdommer. Dette er en debatt som er nyttig for meg som sykepleier å følge med på, nå som nye nordiske ernæringsanbefalinger er ute på høring, og skal publiseres i juni 2023 (Nordisk Samarbeid, 2023).



## Med mat som medisin

Forekomsten av kroniske sykdommer som er knytt til levevaner er økende ifølge *Kosthåndboken* (Arsky et al., 2016). Eksempler på forhold og sykdommer som kan påvirke eller påvirkes av kosthold og ernæringsstatus er diabetes, hjerte- og karsykdommer, beinskjørhet og visse kreftsykdommer. For meg var det nærliggende å undre meg over om ikke sykdommer i tarmen, hvor mat passerer mange ganger for dagen, muligens også kan relateres til kosthold?

Sofie og Erik Hexeberg, ektepar og begge med medisinsk doktorgrad fra Universitetet i Bergen, baserer sin praksis i Tønsberg på å bruke «mat som medisin» for sine pasienter. Ofte også i tillegg til tradisjonell medisinsk behandling. Erik er spesialist i indremedisin og har i tillegg jobbet ti år i legemiddelindustrien. Sofie har også jobbet flere år på indremedisinsk avdeling, samt fire år ved Statens legemiddelverk. De startet Dr. Hexebergs klinikk i 2010 og skriver i boken *Nytt blikk på autoimmun sykdom* (2019) at de siden den gangen gradvis har utviklet seg gjennom stadig undring for hvordan mat kan påvirke kroppen, noe som har åpnet opp for en større forståelse.

I forhold til pasienter med IBS, skriver de at det begynte med en oppdagelse av at pasientene ble bedre i magen når de unngikk mat som gav utslag på proteinintoleranse tester. De oppdaget at mange av pasientene med IBS, i tillegg hadde betennelsessykdommer som også ble bedre etter omlegging av kosten. De bruker løpende forskning samt erfaringer fra pasientene som grunnlag i bruk av metoden. Når jeg leste Hexeberg sin bok, opplevde jeg at måten de jobber på handler om å, sammen med pasienten, legge til rette for at kroppen kan «hele seg selv» ved bruk av mat. De presiserer at målet ikke er at pasientene skal greie seg uten tradisjonell behandling, men å bruke mat som medisin med en individuell tilnærming, med et ønske om best mulig helse for den enkelte.

En av sykepleierens viktigste oppgave etter at hun har sørget for frisk luft til pasienten, er å observere hvordan maten virker, skriver Nightingale for over 150 år siden. Hun mener bestemt at man ikke kan basere seg på hva læreboken og kjemien sier når man skal sette sammen sykedietter, som det den gang het. Kjemien vil kun gi oss en liste basert på hva maten inneholder, men ingen ting om hva pasientens mage trenger.

Hovedspørsmålet er hva pasientens mage kan assimilere eller få næring ut av, og her er pasientens mage den eneste dommeren. Kjemien kan ikke fortelle oss dette. Pasientens mage må være sin egen kjemiker. (Nightingale, 2000, s. 112)

Var Nightingale allerede her inne på noe som er vanskelig å forholde seg til i dagens samfunn, når det kommer til veiledning i kosthold? Helsedirektoratet (2016, 24. oktober) kommer med tydelige anbefalinger når det gjelder mengden inntak av de forskjellige næringsstoffene. Disse gjelder generelt for alle og tar utgangspunkt i friske personer. Samtidig skal en sykepleier ha kunnskap om at behovet for energi og næringsstoffer øker ved kroniske sykdommer, skriver Sortland i *Ernæring* (2015, s. 24). Kanskje mitt inntrykk av at kostrådsveiledning virket utfordrende, i stedet handler om at det blir vanskelig å lytte til pasientens opplevelser, når det finnes tydelige retningslinjer som bør følges for å sikre at pasienten får i seg riktige næringsstoffer?

Et eksempel på hvor jeg opplevde at kostrådene strider mot pasientens erfaring, var da jeg hørte på podkasten «s\*\*t happens» med Crohns glede, som jeg fikk anbefalt av sykepleier Hege på medisinsk poliklinikk. Her møter vi Ida som ble alvorlig syk som 17-åring med kronisk fordøyelsessykdom. Hun savnet et sted hvor hun kunne høre om andres erfaringer, samt å få tips og råd til hvordan takle livet som kronisk syk, og startet dermed podkast 18 år seinere til hjelp for andre i samme situasjon. I episode 48 (2022) har Ida invitert klinisk ernæringsfysiolog Camilla Thuen fra Haukeland Universitetssykehus, til å svare på spørsmål fra lyttere og å gi råd. Et av rådene Thuen gir er å spise små og hyppigere måltid fremfor store, fordi kroppen tåler dette bedre. Dette er et råd som også anbefales til IBS-pasienter i *Kosthåndboken*. Ida sin erfaring var at det, uavhengig av mengde mat eller antall måltid, førte til like lang tid på toalettet. For å ha kontroll over sykdommen og ikke ødelegge dagen, valgte derfor Ida å spise én gang for dagen etter at hun hadde gjort unna dagens gjøremål. Dette resulterte i at hun kunne ha en tilnærmet «normal» hverdag, og hun slapp unna med den ene gangen på toalettet.

I boken *Nytt blikk på autoimmun sykdom* (2019), skriver Hexeberg at pasientens egne tiltak og erfaringer ofte blir neglisjert av leger i dagens samfunn. Hexeberg mener at måten legevitenenskapen har utviklet seg på, er ved at leger og forskere har lært av anekdoter – eller sykehistorier, og at faget er formet ved kritisk gjennomgang av disse sykehistoriene. De

mener at det fortsatt er nyttig å lære på denne måten, som kan gi gode grunnlag for videre hypoteser og studier.

Det at velutdannede leger som Hexeberg velger å gjøre en så stor endring i måten å jobbe på, gjør at jeg får utrolig respekt for ernæringsfaget. Jeg får en forståelse av at faget er av stor betydning og krever å bli tatt på alvor. Den store uenigheten som eksisterer på feltet blir også tydelig, noe som er med på å styrke opplevelsen av at veiledning innen kosthold kan være utfordrende.

## En hverdag som ikke fungerer

I fordypningspraksisen min ble jeg kjent med sykepleier Cecilie i hjemmesykepleien, som nettopp var kommet tilbake fra en lang sykemeldingsperiode og fått tilrettelagt arbeid. Hun fortalte hvordan hun i mange år slet med IBS -symptomer som magesmerte og akutt diare, og hvordan hun lenge utsatte å gå til legen. Jeg har etter hvert forstått at det er mange som ikke oppsøker legen, og Cecilie forklarte dette med at «det blir en del av hverdagen», i tillegg til at man tenker «det går jo over». Videre fortalte Cecilie hvordan hun måtte være i forkant med alt hun gjorde. Skulle hun på butikken, måtte hun ta det før hun spiste i tilfelle hun måtte løpe på toalettet. Hun var glad i å gå på fjellet og fortalte at det ble vanskelig å gå lange turer hvor hun måtte ha med seg mat, fordi hun aldri visst hvordan hun kom til å reagere på maten. Det endte ofte opp med at selv om hun hadde med seg mat, så lot hun være å spise i frykt for hvordan hun kom til å reagere på den. Det var tryggest. Jeg prøvde å forestille meg en av de mange fjellturene jeg selv har gått - når sulten kommer og man ser frem til et måltid, så oppleves alternativet om å stå over måltidet, som en bedre løsning. Hun sier at hun ikke skjønnte selv hvor ille det var, før hun ikke lengre fungerte i hverdagen. En hverdag som for meg allerede oppleves som svært begrenset.

Inntrykket Cecilie satt igjen med etter at hun hadde blitt diagnostisert med IBS og fått utlevert «FODMAP- dietten», beskrev hun som *overveldende*. Hun fortalte at hun var så utkjørt og sliten av lidelsen, at hun ikke var i stand til å prøve ut rådene og dietten til punkt og prikke. Det eneste hun tenkte på var å få i seg mat som hun tålte, slik at hun kunne få

hverdagen tilbake. Historien til Cecilie bekreftet det min egen magefølelse sa meg, om at det var noe som manglet. Hvor blir det av *Kosthåndbokens* anbefalinger om å prøve ut FODMAP-dietten under veiledning av ernæringskyndig helsepersonell, for å sikre et fullverdig kosthold?

*Den som setter pasientens mat ved siden av ham og håper at han vil spise etter hvert, forhindrer ganske enkelt at han får i seg mat i det hele tatt [...] Hvis sykepleieren er en intelligent person, og ikke bare tallerkenbærer i fast rute til og fra pasienten, så bør den personen bruke sin intelligens også i denne forbindelse.*

(Nightingale, 1984, s. 68-69)

Inntrykket jeg sitter igjen med er at pasienter med IBS får både veiledning og informasjon, samt oppfølging av ernæringsfysiolog dersom ønskelig, men dette fordrer at pasienten ber om det selv. Både FODMAP- dietten og IBS- skolen krever en egeninnsats av personer som er i eget hjem, og ikke en «innlagt pasient» som får oppfølging av kommune- og spesialisthelsetjenesten. I *Sykdom og behandling* (Ørn, 2016, s. 280) står det presisert at FODMAP- dietten er nokså omfattende, og at pasienter bør veiledes av ernæringsfysiolog for å unngå et for ensidig kosthold. Er det mulig at denne pasientgruppen faller litt mellom to stoler siden de ikke er «innlagte pasienter», og at vi dermed ikke har et godt nok system til å klare å fange opp hvilket behov de har? I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1a) har alle i Norge rett på nødvendig helsehjelp, noe som ifølge mitt inntrykk ikke fungerer tilfredsstillende for pasienter med IBS. Samtidig, dersom vi skal klare å gi nødvendig helsehjelp på best mulig måte, må det bli tydelig på hvilket område pasientene trenger oppfølging. Mitt inntrykk er at denne pasientgruppen sliter lenge med plagene sine før de oppsøker hjelp. Når de endelig tar tak i problemet, er løsningen å fortsette utprøvingen av matvarer på egenhånd. Det virker for meg som at dette er en gjentakelse av det som de allerede har prøvd over lengre tid. Jeg vil tro at noe av poenget med å oppsøke hjelp, handler om å *ikke* stå i det som er vanskelig alene?

Cecilie opplevde at selv om hun fikk samtale og informasjon om sykdommen, ble det overveldende å sitte hjemme å skulle ta fatt på en 30 sider lang brosjyre. Jeg spurte henne om det var noe hun savnet, eller skulle ønske var annerledes når det kom til oppfølging av IBS. Cecilie svarte, at for henne hadde det vært nyttig med ett opphold av noe slag, både for å

lande i diagnosen, men også for å få hjelp til å komme i gang med dietten. I tillegg nevnte hun at det hadde vært fint om det eksisterte en «gruppe» for pasienter med samme diagnose, som kunne gi mulighet til å treffes i nærmiljøet for å utveksle erfaring og støtte. Da jeg spurte henne om hun hadde oppsøkt Mage-tarmforbundet, som er en organisasjon for personer med en diagnose knyttet til fordøyelses plager, svarte Cecilie at det var en god organisasjon, men det erstattet ikke det å kunne møte noen fysisk med samme problematikk.

I podkasten «s\*\*t happens» fortalte Ida at hun også savnet oppfølging. Hun sa at samtalene hun fikk med klinisk ernæringsfysiolog (KEF) gikk ut på å forklare hvilken mat hun skulle prøve ut, men beskrev inntrykket hun satt igjen med som; «værsågod, dette skal du klare selv». Hun endte alltid rett inn på sykehuset med magesmerter etter en slik utprøving. KEFen, Camilla Thuen, oppmuntret til å gi beskjed dersom man ikke er komfortabel som pasient å ta ansvar for utprøvingen alene. Samtidig bekreftet hun at flere burde ha fått hjelp tidligere. Hun mener at dersom KEFer hadde kommet tidligere på banen, ville de klart å unngå misforståelser og pasientene hadde fått en bedre start. Ida stilte seg spørrende til hvorfor det ikke er naturlig å få en innkallelse til KEF dersom man er hjemme og får diagnosen, på lik linje som pasienter med en tarmsykdom får besøk av en KEF i løpet av innleggelsestiden? Thuen svarte at i en ideell verden skulle hun ønske at alle pasienter fikk et slikt tilbud.

Dette drar meg tilbake til spørsmålet som dukket opp på medisinsk avdeling; om sykepleieren er «overflødig» i oppfølgingen til denne pasientgruppen? Mitt inntrykk er at sykepleierne heller burde ha vært mer på banen. I en vitenskapelig artikkel fra *American Journal of Nursing* (Anastasi & Capili, 2013), leser jeg at pasienter med IBS ofte føler seg misforstått eller avvist av helsepersonell. Det kommer tydelig frem at pasientene fortsatt trenger støtte og oppfølging av sykepleier etter at en «behandlingsplan» er tilrettelagt. Selv om denne artikkelen er publisert for ti år siden er opplevelsen jeg sitter igjen med, etter å ha snakket med både Karoline, Hege og Cecilie, at dette fortsatt er gjeldende. Det virker som om det «mangler et ledd» i oppfølgingsprosessen til personer med IBS. Nesten som at klinisk ernæringsfysiologer har fått ansvaret for en hel pasientgruppe, der hvor det heller burde ha vært et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og klinisk ernæringsfysiologer.

Dette er noe som Hege, sykepleier ved medisinsk avdeling, bekreftet. Hun opplevde at mange med IBS ble overlatt til seg selv uten å få god nok oppfølging med tanke på kosthold. Hennes teori rundt dette var at siden IBS ikke er en livstruende sykdom, så får de heller ikke like stort fokus og oppfølging som de sikkert burde. Jeg antar at vi da begynner å bevege oss inn på et større tema som muligens handler om ressursbruk...

## Din kunnskap - din styrke

Det som gjorde meg interessert i IBS i utgangspunktet, var inntrykket jeg satt igjen med etter å ha snakket med flere pasienter. Samtlige fortalte om utfordringene ved selv å måtte finne ut av hvilken mat de tålte. Jeg har i løpet av denne perioden vært i kontakt med flere personer med IBS som ikke har fått plass i oppgaven min, men historiene vil være av samme karakter.

Da jeg begynte denne prosessen, stilte jeg meg undrende til hvorvidt det var utfordrende å gi kostrådsveiledning til pasienter med IBS. Slik jeg ser det nå i lys av ny kunnskap, kan det se ut som at utfordringen heller handler om sviktende *tett* oppfølging av pasientene. I *Kosthåndboken* kommer det tydelig frem, at utfordringen til pasienter med IBS er den individuelle utprøvingen og tilretteleggingen for den enkelte, både når det kommer til å eliminere matvarer og det å sikre at næringsbehovet blir dekket. Når det kommer så tydelig frem hva som er utfordringen, synes jeg det er overaskende at det er *her* pasientene opplever svikt i systemet. Sortland skriver i *Ernæring* (2015, s. 13) at sykepleieren har en viktig rolle i å ivareta pasientens behov for ernæringsbehandling, og at det dermed er vesentlig at sykepleieren har nødvendig kompetanse og kunnskap om pasientens ernæringsbehov, uansett helsetilstand og alder. Dette blir vanskelig for sykepleiere å gjennomføre til pasienter med IBS, dersom de faktisk ikke er inkludert i oppfølgingsprosessen.

I «s\*\*t happens» mente Ida at hennes «redsel» for mat kunne ha vært unngått dersom hun hadde hatt en «støtteperson» som kunne ha hjulpet henne gjennom fasen med utprøving av forskjellige matvarer. Thuen i samme episode, er enig i at flere burde ha fått hjelp tidligere.

Det å få sent hjelp, fører til at pasientene leser seg opp på internett, og hun anbefaler dem til å være mer kritisk til hva de leser, samt diskuterer med helsepersonell før de innfører store endringer i kosten. Jeg tenker nettopp på grunn av dette, vil det være viktig for meg som sykepleier å ha god kunnskap om temaet, slik at jeg på best mulig måte vil klare å møte pasientene der de er.

I forhold til utfordringen jeg har kjent på ved det å skulle gi kostrådsveiledning som sykepleier, har jeg fått en bedre forståelse av hva som ligger bak den grunnleggende uenigheten som eksisterer på ernæringsfeltet, samt hva som ligger til grunne for anbefalingene vi blir presentert for gjennom pensum. Dette er kunnskap jeg mener vil være til fordel for meg og pasientene når det kommer til det å gi kostrådsveiledning.

I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund (2019), står det at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Så lenge jeg forholder meg til retningslinjene og faglig forsvarlighet, ser jeg ingen grunn til å ikke kunne bruke andre validerte kunnskapsbaserte teorier enn de som blir presentert gjennom sykepleiestudiet, dersom jeg ser at det kan være nyttig. Jeg forstår viktigheten av å ha felles retningslinjer, ellers ville det fort blitt kaotisk, men synes det er viktig som sykepleier å være åpen for at det finnes annen forskning som kan komme til nytte, dersom man møter på pasienter som ikke får tilstrekkelig hjelp ved bruk av de veiledende kostrådene. Sykepleieren skal som sagt holde seg oppdatert på forskning, noe jeg gjennom denne fordypningsoppgaven nå har sett mye av på begge sider av kostrådsteoriene. Jeg mener det handler om hvordan jeg som sykepleier forholder meg til forskning jeg finner, og kunne vurdere ulike kilder med et sunt kritisk blikk – til det beste for pasienten.

Sortland skriver i *Ernæring* at sykepleiere har en viktig rolle når det kommer til formidling av kunnskap. En del av formidlingen handler nok om å faglig begrunne for pasienten de valgene som blir tatt når det kommer til kostråd. I tillegg kan jeg som sykepleier hjelpe pasienten med å finne frem til gode kilder eller forskning, slik at pasienten selv kan klare å ta gode valg. Det at det eksisterer så stor uenighet i kostrådsfeltet, gjør det desto viktigere å tilegne seg oppdatert og relevant kunnskap for å kunne klare å komme med gode anbefalinger som sykepleier. Jeg tror fortsatt at det kan være utfordrende å skulle veilede innen kostråd, men jeg vil påstå at det er en styrke å ha mye kunnskap.

## Litteraturliste

- Anastasi, J. K. & Capili, B. (2013). Managing Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Nursing*, 113(7), 42-53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654469/>
- Arsky, G. H., Arntzen, R. B., Berg, O., Bjørnstad, E., Brantsæter, A. L., Bye, A., Christensen, H., Finstad, R., Flaaten, V., Frigstad, S. O., Garagozlian, S., Gjøen, A. U., Guttormsen, A. B., Gørbitz, C., Holler, T., Ha, L., Henanger, H. H., Haaland, R., Haugum, B., ... Aas, A. (2016). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.
- Avdagic, D. (2018, 28. oktober). – *Lite forståelse for tarmsykdom*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2018/10/lite-forstaelse-tarmsykdom>
- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster: Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget.
- Chowdhury, R., Warnakula, S., Kunutsor, S., Crowe, F., Ward, H.A., Johnson, L., Franco, O. H., Butterworth, A. S., Forouhi, N. G., Thompson, S. G., Khaw, K. T., Mozaffarian, D., Danesh, J. & Angelantonio, E. Di. (2014, 21. mars). *Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190354/>
- Crohnglede. (2022, 11. mars). Klinisk ernæringsfysiolog Camilla gir svar. [Audio podkast episode 48]. I *S\*\*t happens med Crohnglede*.
- De Cabo, R., & Mattson, M. P. (2019). Effects of Intermittent Fasting on Health, Aging, and Disease. *The New England Journal of Medicine*, 381(26), 2541-2551. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1905136>
- Eenfeldt, A. (2011). *Matrevolusjonen: Naturlig sunn med skikkelig mat* (2. utg.). Forlaget Lille måne AS.
- Flatland, K. & Dobloug, H. (Programleder). (2022, 14. desember). Hva og når skal jeg spise? Med Marit Kolby. [Audio podkast episode]. I *Åpen Journal med Katarina og Harald*. PLAN-B.



Helse Bergen. (2017, u.d.). *Irritabel tarmsyndrom Pasientrettet gruppeundervisning.*

<https://helse-bergen.no/seksjon/Nasjonalt%20kompetansetjeneste%20for%20funksjonell%20mage-tarmsykdommer/Documents/IBS-skole%20lege%20presentasjon%20TH.Gulen.VD%20september%202017.pdf>

Helse Bergen. (2021, u.d.). *Kostråd ved irritabel tarm Lav FODMAP-dietten.* <https://helse-bergen.no/seksjon/Nasjonalt%20kompetansetjeneste%20for%20funksjonell%20mage-tarmsykdommer/Documents/Kostbrosjyre%20lav%20FODMAP%20-%20Mars%2021.pdf>

Helse Bergen. (2023, 1. mars). *IBS-Skole.* <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/seksjon-for-fordoyelsessjukdommar/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer/ibs-skolen>

Helse Bergen. (2023, 15. mars). *Mage-tarmskolen på internett.* <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer-nkfm/mage-tarmskolen-pa-internett#hovedmal-med-prosjektet>

Helsedirektoratet. (2016, 14. juni). *1.3. Fordeling av ansvar og oppgaver for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/fordeling-av-ansvar-og-oppgaver-for-ernaeringsarbeidet-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2016, 24. oktober). *2. Inntak av næringsstoffer.* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/inntak-av-naeringsstoffer>

Helsedirektoratet. (2018, 5. oktober). *Råd om kosthold ved ulike diagnoser og sykdomstilstander.* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander#kosthold-ved-irritabel-tarm-ibs>

Helse Norge. (2022, 10. august). *Irritabel tarmsyndrom (IBS).*

<https://www.helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/irritabel-tarm/>

Helse Norge. (2022, 31. oktober). *Helsedirektoratets kostråd*.

<https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/helsedirektoratets-kostrad/>

Hexeberg, S. & Hexeberg, E. (2019). *Nytt blikk på autoimmun sykdom*. Cappelen Damm.

Hjort, P. F. (1963). Ernæring og hjerte-kar-sykdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr.

2, 125-126. [https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmloi/bitstream/handle/11250/2377463/Hjort\\_1963\\_Ern41.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmloi/bitstream/handle/11250/2377463/Hjort_1963_Ern41.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kleppe, E. (2015). *Norske Korstråd*. [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen open research archive. <https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/1956/9498/130711065.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kolby, M. (2022). *Hva og når skal vi spise*. Frisk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov, bind 2* (3. utg.). Gyldendal.

Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie: Hva det er og hva det ikke er*. Gyldendal.

Nightingale, F. (2000). *Notater om sykepleie*. Gyldendal.

Nordisk Samarbeid. (2023, 11. januar). *Sunt og bærekraftig kosthold: Siste nytt om de nordiske ernæringsanbefalingene*. <https://www.norden.org/no/news/sunt-og-baerekraftig-kosthold-siste-nytt-om-de-nordiske-ernaeringsanbefalingene>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf.

<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-

07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2)

Sortland, K. (2015). *Ernæring – mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Spilde, I. (2021, 31. januar). *Ny norsk modell kan forklare kolesterol-mysterium*. Forskning. <https://forskning.no/hjertet-mat-og-helse/ny-norsk-modell-kan-forklare-kolesterol-mysterium/1806166>

Zinöcker, K. M., Svendsen, K. & Dankel, N. S. (2021). The homeoviscous adaptation to dietary lipids (HADL) model explains controversies over saturated fat, cholesterol, and cardiovascular disease risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 113(2), 277-289. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa322>

Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (red.). (2016). *Sykdom og behandling* (2. Utg.). Gyldendal

## Vedlegg 1 - Søkeprosessen

Gjorde søk tidlig i prosessen for bruk i litteraturstudie, før jeg hadde landet på å skrive et essay. Brukte derfor ingen av disse i oppgaven.

DATABASE	DATO	SØK	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Cinahl	22.02	S1	Irritable bowel syndrom	4930	
		S2	Guidance in diet	0	
		S3	Guidance in diet - som tekstord	49210	
		S4	S1 AND S3	3	Ingen relevante artikler
		S5	Nutrition services	1213	
		S6	S1 AND S5	4	Ingen relevante artikler (én med IBD)
		S7	«Nutritional advice» - som tekstord.	300	
		S8	S1 AND S7	2	Relevant: Diarrhea Predominant-Irritable Bowel Syndrome (IBS-D): Effects of Different <b>Nutritional</b> Patterns on Intestinal Dysbiosis and Symptoms.
		S9	Public health nutrition	585	
		S10	dietary guidance - som tekstord	355	

		S11	S9 AND S10  Etter å ha lest overskrift på 9, leste jeg sammendrag på 3.	9	Relevant:  Dietary Guidance on Food Processing for Safe, Healthy, and Sustainable Diets.
		S12	S10 and S1	3	Mulig relevant

Gjorde nytt søk for bruk i essay. Her fant jeg én relevant artikkel for temaet. Valgte å bruke denne selv om den er fra 2013, da funnene fortsatt kan være relevant. Lagt ved i litteraturmatrisen.

DATABASE	DATO	SØK	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Cinahl	05.05	S1	IBS or irritable bowel syndrome	4783	
		S2	nursing interventions	9567	
		S3	Dietary guidance – som tekstord	346	
		S4	S1 and S2 and S3	0	
		S5	S1 and S2	14	Leste overskrift på alle, og sammendrag på 4. Fant én relevant – nr 13:  «Managing Irritable Bowel Syndrome»

## Vedlegg 2 – Litteratormatrise

	<u>Forfatter,</u> <u>publiseringsår,</u> <u>tidsskrift</u>	<u>Tittel</u>	<u>Hensikt</u>	<u>Metode</u>	<u>Hovedfunn</u>
1	<b>Forfatter:</b>  Spilde, I.  <b>Årstall:</b> 2021  Forskning	<b>Tittel:</b>  «Ny norsk modell kan forklare kolesterol-mysterium».	<b>Hensikt:</b>  Informere om norsk hypotese som kan forklare «kolesterol mysteriet»	<b>Metode:</b>  Artikkel publisert i forskning.no  31. januar	<b>Hovedfunnt:</b>  Vet foreløpig ikke om ideén stemmer eller hva den har å si i praksis.
2	<b>Forfatter:</b>  Zinöcer, M. K.  Svendsen, K.  Dankel, S. N.  <b>Årstall:</b> 2021  The American Journal of clinical nutrition	<b>Tittel:</b>  «The homeoviscous adaptation to dietary lipids (HADL) model explains controversies over saturated fat, cholesterol, and cardiovascular disease risk»	<b>Hensikt:</b>  Hypotese modell om hvorfor man ikke finner sammenheng mellom inntak av mettet fett og hjerte-karsykdom.	<b>Metode:</b>  Hypotese, presentert som HADL-modellen  Utført i Norge	<b>Hovedfunn:</b>  Forklarer hvordan økning av kolesterol i blodet kan være en av kroppens reguleringsmekanismer, og ikke et tegn på sykdom (hos friske personer).

3	<b>Forfatter:</b>	<b>Tittel:</b>	<b>Hensikt:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Hovedfunn:</b>
	<p>Avdagic, D</p> <p><b>Årstall:</b> 2018</p> <p>Sykepleien</p>	<p>«- Lite forståelse for tarmsykdom»</p>	<p>Ønsker å øke bevisstheten rundt IBS og behandling.</p>	<p>Artikkel publisert i sykepleien.no 28. oktober.</p>	<p>Ønsker å øke bevisstheten rundt IBS og behandling.</p>
4	<b>Forfatter:</b>	<b>Tittel:</b>	<b>Hensikt:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Hovedfunn:</b>
	<p>Chowdhury, R. Warnakula, S. Kunutsor, S Crowe, F. Ward, H. A.  Johnson, L. Franco, O. H. Butterworth, A. S. Forouhi, N. G. Thompson, S. G. Khaw, K. T. Mozaffarian, D. Danesh, J. Angelantonio, E. Di.</p> <p><b>Årstall:</b> 2014</p> <p>National Library of Medicine</p>	<p>“Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis”</p>	<p>Å gjennomgå bevisene om sammenhengen mellom fettsyrer og hjerte-karsykdom.</p>	<p>En systematisk oversikt og metaanalyse utført i UK.</p>	<p>Det ble konkludert med at bevisene ikke klart støtter retningslinjene som oppmuntrer til høyt forbruk av flerumettede fettsyrer og lavt forbruk av mettet fett.</p>

5	<b>Forfatter:</b>	<b>Tittel:</b>	<b>Hensikt:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Hovedfunn:</b>
6	<p>Anastasi, J. K.</p> <p>Capili, B.</p> <p><b>Årstall:</b> 2013/2017</p> <p>National Library of Medicine</p>	<p>«Managing Irritable Bowel Syndrome»</p>	<p>Hvordan hjelpe pasienter med å kontrollere denne livsendrende tilstanden.</p>	<p>Vitenskapelig artikkel, først publisert i «American Journal of Nursing» i 2013.</p>	<p>Pasienter med IBS føler seg ofte avvist eller misforstått av helsepersonell. Sykepleierollen er vesentlig også etter at IBS- symptomene og behandlingsplan er diskutert og evaluert.</p>
7	<p>Hjort, P. F.</p> <p><b>Årstall:</b> 1963</p> <p>Tidsskrift for Den norske lægeforening</p>	<p>«Ernæring og hjerte-kar-sykdom»</p>	<p>Finne årsaks-sammenheng for å forebygge hjerte- og karsykdom, som mentes å være knyttet til endringer i kosten.</p>	<p>Rapport</p>	<p>Rapporten argumentere for at kosten <i>sansynligvis</i> disponerer for hjerte- og karsykdom, men påpeker samtidig at dette kun er <i>indisier</i> og ikke <i>beviser</i>.</p>
7	<p>De Cabo, R.</p> <p>Mattson, M. P.</p> <p><b>Årstall:</b> 2019</p>	<p>«Effects of Intermittent Fasting on Health, Aging, and Disease”</p>	<p>Viser hvordan forskjellig type faste kan påvirke helsen ved å bremse eller reversere aldring og sykdom.</p>	<p>Vitenskapelig artikkel</p>	<p>Studier viser at periodisk faste har mange fordeler for helsetilstander som fedme, diabetes mellitus, kardiovaskulær sykdom, kreft og</p>



	The New England Journal of Medicine				nevrologiske lidelser, men det kan være vanskelig for mennesker å utføre eller opprettholde periodisk faste.
--	---	--	--	--	---