

BACHELOROPPGÅVE

Metta feitt, fleirumetta feitt eller eitt feitt?

Ei drøfting av kosthaldsråd og lågkarbodiett for pasientar med hjarte- og karsjukdomar

av

kandidatnummer: 30
Sindre Øydvin

Saturated Fat, Polyunsaturated Fat or Whatever?

A Discussion of Nutritional Advice and Low-Carbohydrate Diets for Patients with Cardiovascular Diseases

Bachelor i sjukepleie
SK 152
mai 2016

Tal ord: 6989

Rettleiar: Irene Valaker



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva *Metta feitt, fleirumetta feitt eller eitt feitt?* i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 30, namn: Sindre Øydvin

JA NEI

Samandrag

Tittel

Metta feitt, fleirumetta feitt eller eitt feitt?

Bakgrunn for val av tema

Eg har valt å skrive om korleis ein kan rettleie ein pasient som ynskjer å gå på lågkarbo. Etter å ha vore i praksis på sjukehus har eg observert vanskar knytt til ernæring til pasienten.

Desse vanskaner fører med seg ulike problem for pasienten. Dette har gjort at mi interesse for god rettleiing innan ernæring til pasienten har blitt vekka.

Problemstilling

Korleis rettleie ein pasient som ynskjer å gå på lågkarbo?

Framgangsmåte

Eg har gjort ein litteraturstudie, der eg har brukt litteratur frå lærebøker, fagbøker, nettaviser, retningslinjer, fagartiklar og forskning for å belyse problemstillinga mi. Forsking fant eg ved å søkje i ulike databasar. Eg brukte tre forskingsartiklar, der to av dei var oversiktsartiklar og den siste var ein randomisert klinisk studie.

Oppsummering

Forsking sprikar når det gjeld kva som reknast som sunt eller ikkje. Dette gjeld for den generelle befolkninga og pasientar med hjerte- og karsjukdom. Det er ikkje sikkert at det berre er eit svar på kva som er eit godt kosthald. Uansett må vi sjukepleiarar halde oss til føringane frå styresmaktene i anbefalingar av kosthald. Det kan vere ein styrkje i at pasienten sjølv får velje kva han vil. Ynskja til pasienten er det som veg mest i val av kosthald. Vi må hjelpe pasienten til å bli informert, ved å rettleie og undervise etter beste evne.

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensing.....	1
1.3 Korleis oppgåva er løyst.....	2
2 Metode	3
2.1 Val av metode.....	3
2.2 Litteratursøk og val av litteratur	3
2.3 Kjeldekritikk.....	4
3 Teori	6
3.1 Iskemisk hjartesyjukdom	6
3.1.1 Historikk, utbreiing og dødsfall	6
3.2 Ernæring.....	6
3.2.1 Ernæring til pasienten – vårt ansvar	7
3.3 Lågkarbokosthald.....	7
3.4 Pasienten og brukaren sin rett på medverknad.....	8
3.5 Undervising og rettleiing.....	8
3.6 Å jobbe kunnskapsbasert.....	9
3.7 Forsvarleg sjukepleie – fagleg forsvarlegheit.....	10
3.8 Helsefremjande og førebyggjande sjukepleie	10
3.9 Presentasjon av forskingsartiklar	11
4 Drøfting	13
4.1 Rettleiing på ernæringsfeltet.....	13
4.2 Hjartepasientar, kosthald og fagleg samarbeid.....	14
4.3 Utfordringar med lågkarbodietten og kosthaldsrettleiing.....	15
4.4 Pasientmedverknad – å myndiggjere pasienten.....	18
5 Konklusjon	19
Litteraturliste	20

1 Innleiing

Feil ernæring er ein risikofaktor for utvikling av hjarte- og karsjukdom. Med det havet av informasjon som finst der ute, kan vi sjå at pasientane blir villeidde og forvirra. Media framstiller lågkarbokosthaldet som både negativt og positivt. Pasienten har sjølv stor moglegheit til å påverke kosthald og ernæring (Høybakk, 2013, s. 219–220), men med det informasjonskaoset som rår, har vi som sjukepleiarar eit ansvar for å følgje opp og kartlegge kostvanane til pasienten (Bjerkheim & Aagaard, 2014).

På landsbasis er død av iskemisk hjartesyjukdom den største årsaka til død av alle dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2015). Det er ein del av livsstilsjukdomane som er prega av dagens levevanar. Dette gjer at det blir viktig for sjukepleiarane å gripe tak i kostvanane til pasienten, slik at dei kan få ei betre helse og betre livskvalitet.

Eg har valt å skrive om kostrettleiing til pasientar med iskemisk hjartesyjukdom som ynskjer informasjon om lågkarbokosthald under ein hjartepoliklinisk konsultasjon. Grunnen til at eg har valt dette, er at det er relevant og viktig, i tillegg til at det er svært interessant. Når Helsedirektoratet tilrår befolkninga å redusere inntaket av metta feitt (Helsedirektoratet, 2009), må vi som sjukepleiarar innrette oss etter desse føringane når vi gjev råd. På same tid har pasienten rett til å vere med på å påverke eiga behandling (Jenssen, 2012, s. 50–51). Vi må derfor rettleie og undervise pasienten på ein kunnskapsrik måte (Storaker, 2008, s. 178–179). Det er viktig at vi brukar forskingsbasert påliteleg kunnskap. Om vi ikkje har kunnskapen, må vi tileigne oss han (Nortvedt, 2012, s. 15–16). Spørsmålet denne oppgåva stiller, blir dermed korleis ein best kan rettleie ein pasient som ynskjer å gå på lågkarbo.

Personleg har eg fått interesse for dette temaet gjennom jobbing og praksis på sjukehus. Eg har observert tilfelle der det har vore usikkerheit rundt riktig ernæring til pasienten i samband med diagnostikk og individuell tilpassing.

1.1 Problemstilling

Korleis rettleie ein pasient som ynskjer å gå på lågkarbo?

1.2 Avgrensing

Eg har avgrensa oppgåva mi til å handle om kostrettleiing og vil derfor sjå vekk frå andre tiltak for å fremje helse hjå hjartepasientar. Vidare vil eg leggje vekt på utfordringar når

pasienten sjølv ynskjer meir informasjon om lågkarbokosthald. I den samanhengen er det viktig å understreke at eg er klar over at det er legen som avgjer behandlinga, og det vil dermed vere naudsynt med tett samarbeid med legen. Sjukepleiaren må likevel halde seg til evidensbasert kunnskap på området, og oppgåva vil drøfte utfordringar rundt den opplyste pasienten. Kontekst er sjølvsgt avgjerande når ein skal rettleie ein pasient, men denne oppgåva vil i staden sjå generelt på problemstillinga. Pasienten har ein kjend hjarteskjukdom, nærare bestemt iskemi, er vaksen og ynskjer rettleiing ved ein hjartepoliklinisk konsultasjon.

1.3 Korleis oppgåva er løyst

Eg har presentert problemstillinga mi og den måten eg har valt å avgrense henne på. I det andre kapitlet presenterer eg metoden eg har tatt i bruk for å tilnærme meg problemstillinga mi. Eg presenterer her òg litteraturen og vurderer han kritisk. I kapittel tre har eg tatt med teori som syner faglig grunnlag for å belyse problemstillinga, og eg presenterer forskning på temaet. Denne teorien har eg brukt i kapittel fire for å drøfte korleis vi kan rettleie ein pasient som ynskjer å gå på lågkarbo. Oppgåva avsluttast med ein konklusjon der eg viser resultatet.

2 Metode

Ein metode er ein framgangsmåte som er planlagd og fortel oss framgangsmåten for å tileigne oss kunnskap og informasjon om ei problemstilling. Metoden skal hjelpe oss å samle inn data som vi treng for å kaste lys over problemet på ein fagleg fengslende måte (Dalland, 2013, s. 111). Vi snakkar gjerne om to hovudtypar metode – *kvantitativ* og *kvalitativ metode*. Bruken av dei avhenger av formålet ved undersøkinga (Olsson & Sörensen, 2003). Kvalitativ metode legg vekt på forståing og forklarar *koherens* (samanheng) i ei utvikling hjå kvart enkelt individ. Metoden baserer seg på forståing av meininga eller opplevinga av noko. Ein får fram ein heilskap og samanheng ved å gå i djupna på eit problem. Når ein har denne forståinga, kan ein opprette nye teoriar og hypotesar (noko ein går ut frå) som kan prøvast ut i kvantitative studiar (Dalland, 2013, s. 112–113). Desse viser seg ofte i randomiserte kontrollerte studiar (Dalland, 2013, s. 140). I kvantitative metodar ynskjer ein å finne ut om ein hypotese stemmer med data ein har henta inn. Ein får gjennom denne metoden opplysingar med målbare einingar som kan brukast til å skildre verkelegheita utan å gje forklaringar. På denne måten kan ein avdekkje kausale forhold (årsaksforhold). I kvantitative studiar skal forskaren ha eit nøytralt «avstandsforhold» til individet (Dalland, 2013, s. 112-113).

2.1 Val av metode

I denne oppgåva har eg valt å bruke litteraturstudie som metode, då oppgåva vil byggje på eksisterande litteratur. Denne metoden vil gje eit fagmessig grunnlag som vil utdjupe problemstillinga mi på ein fagleg og spennande måte (Dalland, 2013). Ved bruk av eksisterande kunnskap vil eg få eit meir breispektra perspektiv. Det ville vore for omfangsrikt å samle inn kvantitativ og kvalitativ informasjon frå praksisfeltet sett i forhold til dei rammene oppgåva har. Eg kjem òg til å snakke om pasientar i ein fiktiv rettleiingssituasjon for å sjå samanhangen mellom sjukepleie og tiltak.

2.2 Litteratursøk og val av litteratur

I ein litteraturstudie gjer ein greie for val av litteratur. Ein skal skildre framgangsmetode, avgrensingar og orda ein har brukt for å finne fram til den valde litteraturen (Dalland, 2013). Relevant litteratur har eg henta frå internett, frå Brage- og Oria-databasane, og frå biblioteket. Internettsidene eg har brukt i søka mine, er Dagbladet, VG, Dagens Næringsliv, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Lovdata, sidene til regjeringa, tidsskriftet *Sykepleien* og Norsk Sykepleierforbund.

Eg har vidare gjort søk i store databasar som *Cochrane Library*, *SveMed+*, *PubMed* og *Cinahl*. For å avgrense søka mine har eg brukt nøye utvalde søkjeord. Som hjelp til å finne desse søkjeorda har eg brukt PICO-skjema. PICO står for «Patient – Intervention – Comparison – Outcome» (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Å søkje med norske ord var til inga nytte. Gjennom søk på SveMed+ kom det opp synonymord i MeSH (Medical Subject Headings). Den engelske fagterminologien var å føretrakkje ettersom majoriteten av forskinga er publisert på engelsk. Eg valde å bruke desse orda i ulike kombinasjonar: *cardiovascular disease*, *low-carbohydrate diet*, *saturated fat*, *heart disease*, *diet carbohydrate-restricted*, *diet fat-restricted*, *cholesterol LDL*, *nutrition* og *nursing*. Orda vart valde med tanke på at eg trudde eg ville finne artikkelar med høg relevans ut frå problemstillinga mi. Artikkelar som ikkje inneheldt desse søkjeorda, har eg ikkje tatt med. Søk er gjorde for artikkelar publisert gjennom dei siste fem åra. Slik har eg fått med dei nyaste oversiktsartiklane og enkeltstudiane som er utførte på kva innverknad LCHF har på hjarte- og karsjukdom.

2.3 Kjeldekritikk

Ved bruk av kjeldekritikk skal ein vurdere og karakterisere den valde litteraturen. Det gjeld òg andre relevante kjelder. På denne måten kan lesaren reflektere over bruk av kjelder (Dalland, 2013). I denne oppgåva har eg brukt ein randomisert klinisk studie (RCT) og dessutan oversiktsartikkelar over randomiserte kliniske studiar. RCT blir rekna som det beste for å få svar på behandlingseffekten av eit tiltak, og metoden har ein høg bevisverdi (Forsberg & Wengström, 2013).

Eg har sett igjennom mange studiar og oversiktsartikkelar for å finne fram til dei beste og mest relevante i forhold til problemstillinga i oppgåva. Mykje av det eg fann, var ikkje relevant og oppfylte ikkje krava mine til avgrensing. For å vurdere studiane eg fann, vart det nytta sjekklister for vurdering av oversiktsartikkelar og RCT. Desse sjekklistene fann eg på nettsida til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vurderinga av forskingsartiklane vart gjort etter tre forhold: om eg kunne stole på resultatata, kva resultatata fortalde, og om dei var hjelpsame, vesentlege og hadde overføringsverdi. Slik eg ser det, står forskingsartiklane eg har valt, i samsvar med desse forholda (Kunnskapssenteret, 2016).

Sidan Helsedirektoratet tilrår eit kosthald med lågt innhald av metta feitt, har eg valt å ta med forskinga dei baserer kostråda sine på. Det var i samanheng med oppdatering av Nordic Nutrition Recommendations i 2014 at den aktuelle studien vart gjennomført. For å kunne

setje seg inn i lågkarbo og diskutere det på best mogleg måte har eg funne studiar som viser at metta feitt ikkje har negativ innverknad på hjarte- og karsjukdom.

I søk etter studiar har eg brukt IMRAD-modellen som eit verktøy til å kvalitetssikre. IMRAD står for «Introduction, Methods, Results and Discussion». Modellen seier noko om kva kvart enkelt av desse punkta skal innehalde (Olsson & Sörensen, 2006, s. 50). Det var dei kvantitative artiklane, som er forklarande prosjekt, som vart å føretrekkje, då dei studerer samanhengar (kausalitet), til dømes korleis lågkarbohydratdiett verkar inn på hjarte- og karsjukdom (Olsson & Sörensen, 2006. s. 70–71).

Eg har òg brukt litteratur frå lærebøker og fagbøker. Eg har tatt med pensumlitteratur som *Grunnleggende sykepleie 2* av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2014) for å få inn den fundamentale sjukepleia som yrkespraksisen byggjer på. For å få med meir spesifikt om kva ein skal kunne som sjukepleiar når det gjeld ernæring, har eg tatt med *Sykepleierens ernæringsbok* av Sjøen og Thoresen (2012). Eg har brukt APA-malen og boka *Metode og oppgaveskriving* av Dallan (2013) ved sitat og referering.

I drøftinga i oppgåva kjem eg til å gå ut frå ein fiktiv rettleiingssituasjon, då eg ikkje har noko praksiserfaring med hjartepasientar som har iskemisk sjukdom. Dette vil gje lesaren eit meir realistisk syn på kva som skjer i praksis under til dømes ein hjartepoliklinisk konsultasjon. I tillegg vil det gje eit innsyn i kva ein framtidig sjukepleiar tenkjer og kva kompetanse, ferdigheiter og meiningar eg har.

3 Teori

3.1 Iskemisk hjartesyjukdom

Arteriell blodforsyning er livsnaudsynt for alt vev i kroppen. Slagvolumet er mengda blod som blir pumpa ut når hjartet trekkjer seg saman (Ørn, 2012, s. 92–93). Det krevst eit visst slagvolum for å bringe oksygen og næringstoff rundt i kroppen. Når hjartet ikkje lenger klarar å halde dette oppe, vil funksjonane i hjernen og andre organ blir påverka (Ilkjær, 2008, s. 691–692). Nedsett tilførsel av oksygen i eit vev kallar ein *iskemi*. Graden av iskemi varierer og er avhengig av forholdet mellom tilbod og etterspurnad. I anatomisk forstand vil det seie forholdet mellom arteriell oksygenforsyning og kor mykje oksygen vevet treng. Dersom vevet dør (*nekrose*) på grunn av manglande tilførsel av oksygen, er det snakk om eit *infarkt* (Ørn, 2012, s. 92–93). *Arteriosklerose* er kalkdanning i arteriane og tap av elastisitet, medan *aterosklerose* vil seie at arterien er tilstoppa på grunn av feittavleiringar og kolesterol (Allan & Veiersted, s. 88). Desse tilstandane vil kunne føre til iskemi (Ørn, 2012, s. 93).

3.1.1 Historikk, utbreiing og dødsfall

Historisk sett skjedde det ein stor auke i hjarte- og karsjukdom i 1950–1970-åra, og denne kom i samanheng med auka inntak av sukker og metta feitt. Helsedirektoratet tok grep og tilrådde endring i kosthaldet, med særleg redusert feittinntak (Sjøen & Thoresen, 2012, s.39–41). Utreiinga av hjarte- og karsjukdom har gradvis gått ned i etterkant av dei nye tilrådingane (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 39–41). Den positive utviklinga skriv seg òg frå andre førebyggjande tiltak og betre behandling (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 39–41). Hjarte- og karsjukdom er den største årsaka til død i Noreg: 29,6% av alle dødsfalla i landet har opphav i slike sjukdomar (Folkehelseinstituttet, 2015). I 2008 var iskemisk hjartesyjukdom årsaka til 14 % av dødsfalla, som er det høgste av alle dødsårsaker (Ørn & Brunvand, 2012, s. 163)

3.2 Ernæring

Matinntaket vårt påverkar kroppen. Det å gje rett ernæring til pasientane er like viktig som all medisinsk behandling. For å halde oppe kroppsfunksjonane treng vi energi. Karbohydrat, feitt og protein gjev oss dette (Thoresen, 2012, s. 552).

Helsedirektoratet stiller opp tolv kostråd, som er «matvarebaserte kostråd som i første rekke er rettet mot friske voksne individer med normal grad av fysisk aktivitet». Råda er dei same til personar med hjerte- og karsjukdom. Desse råda er basert på «systematiske kunnskapsoppsummeringar og forskning på feltet». Det ein i størst grad vil leggje vekt på, er

feittsyresamansetjinga, inntaket av fisk, frukt og grønnsaker, grove kornvarer, salt, brus, godteri og snacks (Helsedirektoratet, 2016b). Det viktigaste kostrådet er å senke inntaket av feite kjøt- og meieriprodukt, då dei inneheld mykje metta feitt. Feite matvarer vi burde erstatte desse med, er mjuk og flytande margarin, raps- og soyaolje, feit fisk og tran. Totalsamanhengen i kosten er avgjerande for utviklinga av hjerte- og karsjukdom (Helsedirektoratet, 2009).

3.2.1 Ernæring til pasienten – vårt ansvar

Sjukepleiarar må vurdere ernæringsstatusen til pasientar med hjarte- og karsjukdom. Det er viktig å tilpasse eit individuelt kosthald i samsvar med livsstil og kulturell bakgrunn. Dersom pasienten er dårleg ernært, påverkar det energien, og det går utover velværet til pasienten. Ernæring eit grunnleggjande behov som vi sjukepleiarar skal følgje opp (Høybakk, 2013, s. 211–212). Eit kosthald er privat, og vi må derfor respektere det pasienten et. Sjukepleiaren er plikta til å dele kunnskapen sin, men uansett er vala pasienten tar, ei individuell privat avgjersle (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 42). Ved vurdering av ernæringsstatus kan vi bruke eit kostintervju, der vi kartlegg ernæringsvanar (Bjerkheim & Aagaard, 2014).

Ernæring er ein risikofaktor for å utvikle hjertesjukdom. Kosthald som aukar kolesterolnivået i blodet, er hovudgrunnen til utvikling av aterosklerose. Vi kan skilje mellom LDL- og HDL-kolesterol. HDL-kolesterolet er det gode og LDL-kolesterol er det dårlege. Blodnivået av LDL-kolesterol bør liggje under 3,0 mmol/l. HDL-kolesterol bør liggje på lågare enn 5,0 mmol/l. HDL-kolesterol reduserer danninga av aterosklerose, derfor anbefalast det at verdien er høgare enn 1,0 mmol/l for menn og 1,2 mmol/l for kvinner. Ved å ete sunt kan ein senke LDL-nivået i blodet (Høybakk, 2013, s. 219–220).

3.3 Lågkarbokosthald

Lågkarbo er eit kosthald som baserer seg på hypotesen om at menneska opp gjennom tidene har levd på og fått den største energimengda si gjennom animalsk feitt, og at dei derfor er anatomisk tilpassa dette. I eit lågkarbokosthald blir metta feitt rekna som sunt, saman med eit lågt inntak av karbohydrat (Dahlqvist, 2011).

Dr. Wolfgang Lutz har vore ein pioner innanfor «lågkarbomiljøet». Han er ein av dei fremste eksponentane for evolusjonær tankegang, som har som formål å forstå kva mat mennesket er best tilpassa (Poleszynski, 2010). Lutz tilrår eit kosthald med lite karbohydrat og mykje feitt. Han meiner vi burde ete 72 nyttbare gram karbohydrat kvar dag. Nyttbare gram er

mengda karbohydrata ein tar opp av 100 gram av ei valt matvare. I eit eple er det 12 gram nyttbare karbohydrat. Tillatne matvarer i lågkarbodietten er fisk, alle typar kjøt, egg, animalske produkt (som t.d smør), animalsk feitt, salat, blad, grønsaker og nøtter. Matvarer som ein ikkje burde ete så mykje av er karbohydratrike matvarer som stivelse og mykje frukt (Lutz, 2010).

Lege Erik Haxeberg og Pål Jåbekk skriv i ein kronikk (Dagbladet, 2015) at «[e]t sunt kosthold består av kjøtt, fisk, egg, fete meieriprodukter, grønnsaker, nøtter, frø, frukt og bær». Dei støttar lågkarbodietten og tilrår eit feitt kosthald med lågt inntak av karbohydrat. Lågkarbo har òg fått negativ omtale i media. Førsteamanuensis Kjetil Retterstøl ved Universitetet i Oslo hevdar at eit lågkarbokosthald med høgt inntak av metta feitt kan føre til hjarteinfarkt. Espen Rostrup, som er doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Bergen, er einig i at kosthaldet kan vere direkte usunt (Dagens Næringsliv, 2013).

3.4 Pasienten og brukaren sin rett på medverknad

Pasienten sin rett til å ta del i behandlinga er lovfesta som ein av dei grunnleggjande reglane i pasientrettslova (Eilertsen, 2009, s. 40). Brukarmedverknad vil seie at dei som er brukarar av ei teneste, får ein innverknad på avgjerdsprosessar og utforming av tenestetilbod (Jenssen, 2012, s. 50–51). Den nemnde lova tar opp den retten pasienten har til å vere med på å avgjere behandlingmetode. Forma på denne medverknaden skal individualiserast og utformast av pasienten og helsepersonellet (Lovdata, 2015). I samarbeid mellom pasient og sjukepleiar er likeverd og det å anerkjenne kvarandre sentrale omgrep. Skal pasienten oppleve likeverd, må vi anerkjenne kvarandre som likeverdige. Dette gjeld både erfaringane og kunnskapane til kvarandre (Jenssen, 2012, s. 50–51).

3.5 Undervising og rettleiing

Ikkje alle sjukdomar kan kurerast ved hjelp av medisinar. Like viktig som medisinsk behandling er at pasientar med langvarig kronisk sjukdom treng å meistre ei livsstilsending. Meistring handlar om at pasienten opplever å ta kontroll over eige liv, og at han eller ho har krefter og mot til å takle utfordringar. For å kunne oppleve dette er nylæring naudsynt, og dette kan gje pasienten god livskvalitet (Storaker, 2008, s. 178–179). I spesialisthelsetenestelova § 3-8 punkt 4 blir det slått fast at opplæring av pasientar og pårørande er sjukehusoppgåver som særleg må bli sørgde for (Lovdata, 2016). Rettleiing og undervising er viktige pedagogiske sjukepleieoppgåver. Rettleiinga tar utgangspunkt i ynska til pasienten og kastar lys over den noverande situasjonen. Ein kan dermed ikkje strukturere

og planleggje henne på førehand. Undervising er derimot ein planlagt og målretta funksjon der pasienten får moglegheita til å lære ny kunnskap, nye haldningar og nye ferdigheiter. For å finne fram til kva kunnskap, erfaringar og verdiar pasienten har, må sjukepleiar opprette ein dialog. Dialogen skal hjelpe å synleggjere kva innhaldet i rettleiinga skal innehalde. Rettleiinga kan inkludere tilrettelegging og at ein hjelper pasient med læring av ny kompetanse (Storaker, 2008, s. 178–179).

I samanheng med undervising og rettleiing kjem alltid pasienten sine ynske for kunnskap og ferdigheiter i sentrum. Fleire sjukehus har utarbeidd faste skriftlege prosedyrar, som undervisingsopplegg for pasientar med hjarte- og karsjukdom. Dette kan brukast som ein mal i undervisinga, men det er aktiv deltaking frå pasienten si side ein ynskjer å få fram. Aktiv deltaking vil fremje ny læring. Problema i den nye livssituasjonen vil vere avgjerande for val av innhald i rettleiinga (Storaker, 2008, s. 178–179).

Empowerment er eit omgrep Verdas helseorganisasjon (WHO) brukar. På norsk kallar vi dette for «myndiggjering», og det handlar om at pasienten skal stå sentralt i val rundt si eiga helse og i å vere med i avgjerdene kring eiga behandling. Målet er å gje pasienten ei aktiv rolle (Sykepleien, 2014). I denne prosessen vil pasienten kunne skaffe kontroll over eigen situasjon og betre han. Sjukepleiaren er ein aktiv rettleiar i prosessen, slik at pasienten greier å få fram eigne val og mål, og slik at han eller ho står ansvarleg for dei (Mosand & Stubberud, 2010). Det er enkeltmennesket som står i sentrum for dette, og derfor vil kartlegging av levevanar vere naudsynt (Sykepleien, 2014). Myndiggjeringssituasjonen krev to ekspertar – pasienten og helsepersonellet. Sjukepleiaren har fagkunnskapen, og pasienten kjenner seg sjølv best (Tveiten, 2011, s. 178).

3.6 Å jobbe kunnskapsbasert

Kunnskapsbasert praksis er viktig for sjukepleiarar, då faget krev at vi er fleksible i bruken av kunnskap. Når vi skal gje råd til pasientane, bør vi bruke påliteleg forskingsbasert kunnskap. Denne kunnskapen held oss oppdatert. Dersom han ikkje er der, lyt vi etterspørje og søkje etter informasjon (Nortvedt, 2012, s. 15–16). Informasjon gjennom media kan vera utfordrande. Vi må jobbe kunnskapsbasert og finne ut om informasjonen er påliteleg (Sykepleien, 2014). Praksisen skal vere knytt opp mot den beste tilgjengelege kunnskapen og forskinga. Om ein sjukepleiar ikkje held seg oppdatert på den nye kunnskapen, kan han stillast til ansvar. I tillegg til dette kravet kjem krav om å praktisere sjukepleie i samsvar med fagetiske retningslinjer og lovverk (Kirkevold & Nortvedt, s. 243–244).

Det er einigheit i sjukepleiarmiljøet om at forskingsbasert kunnskap er nødvendig for å vidareutvikle kunnskapsgrunnlaget for faget. Cochrane hevdar at kunnskapen ein får ut frå randomiserte kliniske studiar har den høgste kvaliteten. I slike studiar blir forskingssubjekta trekte ut tilfeldig til enten å vere i eksperiment- eller kontrollgruppa. Dette gir likt utgangspunkt. Slik kan forskjellar i studien registrerast som eit sikkert resultat av sjølve behandlinga (Kirkevold & Nortvedt, s. 243–244).

3.7 Forsvarleg sjukepleie – fagleg forsvarlegheit

I helsepersonellova § 4 står det at «[h]elsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Lovdata, 2011). Kravet om forsvarleg yrkesutøving vil seie at vi har eit sjølvstendig ansvar for at arbeidet blir utført på forsvarleg vis. Vi skal ikkje handtere situasjonar utan kompetanse. Kjem vi opp i slike situasjonar, skal vi hente inn støtte eller vise til kvalifisert personell om det er tenleg (Norsk Sykepleierforbund, 2013).

3.8 Helsefremjande og førebyggjande sjukepleie

I eit samandrag frå stortingsmelding nummer 47 (Regjeringa, 2009), står det at «Gitt de utfordringer helsetjenesten står ovenfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse». Det helsefremjande arbeidet er ikkje styrt av prosedyrar. Ved å bruke gode rutinar og engasjement kan vi jobbe helsefremjande. Å oversjå problem som ikkje er styrte av prosedyrar, er lett. Det krev derfor omsynsfull organisering frå leiinga, samt relevant opplæring (Sykepleien, 2014).

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiararar (Norsk Sykepleierforbund, 2011) seier at «[s]ykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død». Samstundes skal vi betre og bevare noverande helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2008, s. 139). Helse er eit ord som er knytt til sunnheit, velvære og piggheit. Helse er basert på subjektive kjensler og vil vere individuell (Sletteland & Donovan, 2012, s. 14–15).

Helsefremjande arbeid tar sikte på å gjere tiltak som betrar trivsel, livskvalitet og sjansen til mestring i kvardagen. I førebyggjande arbeid legg ein vekt på praksis som minskar risikofaktorar, sosiale problem, skade og sjukdom (NDLA, 2009). Vi i det helsefremjande

arbeidet konsentrere oss om det som styrkjer og fremjar helse. På denne måten legg vi til rette for optimal helse (Sletteland & Donovan, 2012, s. 92–93). I sjukepleia skal vi blant anna fremje helse og førebyggje sjukdom hjå pasientar som er utsette for sjukdom. Kunnskap om samanhengar mellom helse og sjukdom i eit individ- og samfunnsperspektiv er viktig (Mekki, 2008, s. 62).

3.9 Presentasjon av forskingsartiklar

«Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease» er ein oversiktsartikkel og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studiar. Søka er gjorde i the Cochrane Collaboration. Studien inkluderer 15 randomiserte studiar med over 59 000 deltakarar. Kvar studie hadde ei «kontrollgruppe» som konsumerte metta feitt eller andre typar feitt. Oversiktsartikkelen tok for seg studiar som varte i over 24 månader og såg på hjartefarkt og død. Funna i studien viste ingen signifikant effekt av å redusere inntaket av metta feitt når det gjaldt hjartefarkt, hjerneslag eller død. Personane som reduserte inntaket av metta feitt, hadde like stor sjanse for hjartefarkt, hjerneslag og død som dei som åt meir metta feitt. Det å gradvis byte ut metta feitt med fleirumetta feitt viste seg gunstig på hjarte- og karsjukdom (Hooper mfl., 2015). Oversiktsartikkelen støttar inntak av metta feitt og dermed talar den for lågkarbo.

«Effects of low-carbohydrate and low-fat diets: a randomized trail» er ein randomisert klinisk studie som undersøker effekten av lågkarbodiett og lågfeittdiett på kroppsvekt og hjarte- og karsjukdom. 148 menn og kvinner utan hjarte- og karsjukdom eller diabetes deltok. Personane som gjekk på lågkarbodietten, skulle konsumere mindre enn 40 g karbohydrat kvar dag, medan dei som gjekk på lågfeittdietten skulle ha eit dagsinntak med mindre enn 30 % feitt og mindre enn 7 % metta feitt kvar dag. Studien varte i 12 månader, og alle fekk kostrådgeving undervegs. Dei deltakarane som gjekk på lågkarbodietten, hadde større reduksjon i kroppsvekt, feittmasse, forholdet mellom HDL-kolesterol og triglyseridnivå, og størst auke i HDL-kolesterol. Lågkarbodietten syntest dermed å vere mest effektiv for vekttaut og reduksjon av kardiovaskulære risikofaktorar. Konklusjonen var at karbohydratreduksjon kan vere bra for personar som ynskjer å gå ned i vekt og redusere kardiovaskulære risikofaktorar (Bazzano mfl., 2014). Sjølv om studien er gjort på kunn 148 personar så støttar den opp mot at lågkarbo kan vere eit bra for hjertesjukdom.

«Effect of the amount and type of dietary fat on cerdiometabolic risk factors and risk of developing type 2 diabetes, cardiovascular diseases, and cancer» er ein oversiktsartikkel der

forskarane blant anna vurderte effekten av mengd og type feitt på hjarte- og karsjukdom. Arbeidet vart utført i samanheng med oppdateringa av den fjerde utgåva av Nordic Nutrition Recommendations frå 2004. Forskinga dekkjer artikkelar som var publiserte mellom januar 2000 og februar 2012. Dei såg på 16 000 samandrag frå randomiserte kontrollerte studiar og kohortstudiar. Av desse studiane vart 607 graderte som kvalitetsgodkjende og gått gjennom. Det vart funne overtydande evidens for kva som var best for å redusere hjarte- og karsjukdom. Det beste, ifølgje denne studien, var å byte ut metta feitt med fleirumetta feitt. I studiane ein gjekk gjennom, viste det seg at LDL-kolesterolet i blodet vart senka ved å gjere dette (Schwab mfl., 2014). Oversiktsartikkelen seier at det beste var å bytte ut metta feitt med fleirumetta feitt, den støttar derfor ikkje teorien om at lågkarbo er sunt.

4 Drøfting

4.1 Rettleiing på ernæringsfeltet

Som nemnt tidlegare er det svært viktig at sjukepleiaren vurderer ernæringsstatusen til pasientar med hjarte- og karsjukdomar. I ein hjartepoliklinisk konsultasjon med ein pasient med slike sjukdomar vil derfor kosthald og ernæring vere nærliggjande og viktige samtaleemne. Rettleiing på dette området opnar for både faglege utfordringar og etiske spørsmål for sjukepleiaren. Det vil til dømes vere viktig at ein klarer å vere ein tydeleg formidlar av gode råd samtidig som ein tar hand om behova og ynska til pasienten. Ei vesentleg juridisk utfordring kan vere om ein skal sjå på kosthaldsråda frå Helsedirektoratet som «fasiten», eller om ein også skal vurdere andre typar evidensbasert kunnskap og forskning om ernæring. Dette er noko av det eg vil drøfte i denne oppgåva når eg stiller spørsmålet om korleis ein best kan rettleie ein pasient som ynskjer å gå på lågkarbo.

Å vere sjukepleiar handlar ikkje berre om å gje medisinsk behandling. Det å gje rett ernæring til pasientane kan vere minst like viktig. Kva som er rett ernæring, er ikkje nødvendigvis eit spørsmål som har eit eintydig svar, men eitt av svara kan iallfall vere kostråda frå Helsedirektoratet. Desse kosthaldsråda er dei same for pasientar med hjarte- og karsjukdom og befolkninga generelt. Råda er skrivne på lettfatteleg vis og er praktiske i forma, men på eit meir teknisk nivå handlar det for hjarte- og lungepasientar spesielt om å halde LDL-kolesterolnivået på eit lågt nivå, helst under 3,0 mmol/l. Ved å ete sunt kan ein senke LDL-nivået i blodet (Høybakk, 2013, s. 219–220).

Menneska rundt oss, og dermed også pasientane rundt oss, har ulike «ideologiar» når det gjeld kosthald og ernæring. Nokre et det dei vil, utan å tenkje så mykje over det, andre er opptatt av å ha eit balansert kosthald med «litt av alt», medan andre igjen er opptatt av spesifikke diettar, som til dømes lågkarbodietten, som har auka i popularitet dei seinare åra. Folk kan ha ulike grunnar for dei vala dei tar når det gjeld mat og drikke. I tillegg vil det nok vere ulike gradar av medvit kring desse vala. Dersom ein står i fare for å få – eller alt har fått – ein hjarte- og karsjukdom, vil sjølvsaugt valet av kosthald vere spesielt viktig. I denne situasjonen vil sjukepleiarar ha moglegheit til å påverke pasientar på ein positiv måte gjennom kosthaldsretteiing.

Rettleiing og undervising er viktige pedagogiske sjukepleieoppgåver, og dei opnar for både moglegheiter og utfordringar. Ofte handlar kosthaldsretteiing om å hjelpe pasienten til å

meistre ei livsstilsending. Å rettleie nokon til å klare dette er ei av dei største utfordringane sjukepleiaren står overfor i ein slik situasjon, men resultatet vil sjølv sagt også vere avhengig av innsatsen til pasienten. Når ein skal avgjere innhaldet i slik rettleiing, er det naturleg å ta utgangspunkt i utfordringane ved den nye livssituasjonen til pasienten (Storaker, 2008, s. 178–179). Den viktigaste grunnen til dette er at helse er basert på subjektive kjensler og alltid vil vere noko individuelt (Sletteland & Donovan, 2012, s. 14–15). Sjukepleiefaget tar dette på alvor ved å ha som eksplisitt mål at ein skal fremje helse og førebygge sjukdom hjå pasientar som er utsette for sjukdom. Med dette målet for auge må vi ha kunnskap om samanhengar mellom helse og sjukdom både i eit individ- og samfunnsperspektiv (Mekki, 2008, s. 62). Individperspektivet er som nemnt viktig for å ta vare på den enkelte, og samfunnsperspektivet er viktig for å orientere seg når det gjeld informasjon, kunnskap, forskning og «det store biletet».

4.2 Hjar tepasientar, kosthald og fagleg samarbeid

Dersom ein som sjukepleiar får inn ein hjar tepasient som ynskjer å gå på lågkarbodiett, kan det vere fint å ha dette som utgangspunkt for samtalen. Dermed vil sjukepleiaren ha moglegheit til å undersøkje bakgrunnen for dette ynsket, og det vil vere mogleg å undersøkje kunnskapen til pasienten om ernæring generelt. Pasientar i risikograppa for hjar te- og karsjukdomar er naturlegvis ei gruppe som må ta kosthaldet sitt spesielt på alvor. Dersom dei et usunt, vil det danne seg kalk i arteriane, og elastisiteten i blodårane deira vil bli påverka, slik at det er fare for arteriosklerose (Allan & Veiersted, s. 88). Dette kan igjen føre til dårleg oksygentilførsel til blodet og dermed iskemisk hjar tesjukdom (Ørn, S., 2012, ss.93).

For pasientar som har eller står i fare for å få ein sjukdom, er det altså særskilt viktig å få ei forståing for samanhengen mellom kosthald og sjukdom, slik at dei kan gjere gode val. Dersom ein avdekkjer at pasienten ikkje har denne kunnskapen og innsikta, vil god rettleiing og informasjon bli desto viktigare. I spesialisthelsetenestelova § 3-8 punkt 4 er opplæring av pasientar og pårør ande lista opp som ei oppgåve som det er særleg viktig at sjukehusa sørgjer for (Lovdata, 2016). I ein slik situasjon vil det vere viktig at sjukepleiaren finn ein god balanse mellom å vere tydeleg på kva som er eit godt kosthald, og å respektere vala til pasienten. Det viktigaste må vere at det iallfall ikkje må vere informasjonsmangel som er problemet.

Det er viktig at sjukepleiaren som har rolla som rettleiar, sit inne med den fagkunnskapen som er nødvendig for å utøve denne rolla. Samtidig skal ein heller ikkje gløyme at sjukepleiaren er ein del av eit større fagmiljø med fleire profesjonar. I den samanhengen vil det vere viktig å rådføre seg både med sjukepleiarkollegaer og andre, sjølv sagt innanfor reglane om teieplikt. Det er særleg viktig å ha eit godt samarbeid med legen eller legane til pasienten, ettersom det er dei som gjev den medisinske behandlinga. I tillegg kjenner dei situasjonen og sjukdomsbiletet til pasientane i detalj, og dei blir dermed også ein viktig del av rådgjevinga. Direkte råd om kosthald frå legar bør vege tungt både for pasientar og sjukepleiarar i ein rettleiingssituasjon. I mange slike situasjonar vil då også legar ha det siste ordet når det gjeld kva pasienten sjølv må gjere for å bli så frisk som mogleg. Godt samarbeid mellom desse tre partane (pasient–sjukepleiar–lege) vil uansett vere den viktigaste faktoren for å oppnå gode resultat.

4.3 Utfordringar med lågkarbodiетten og kosthaldsrettleiing

For å vende tilbake til pasienten som ynskjer å gå på lågkarbodiетt, så vil eit slikt val ha stor innverknad på korleis sjukepleiaren skal rettleie. På eit grunnleggjande plan må sjukepleiaren avgjere korleis han eller ho fagleg skal stille seg til dette. Som tidlegare nemnt er det vesentleg at ein praktiserer sjukepleie i samsvar med fagetiske retningslinjer og lovverk (Kirkevold & Nortvedt, 2006, s. 243–244). Samtidig er det svært viktig å halde seg oppdatert på forskingsbasert kunnskap for å vidareutvikle faget. Spørsmålet om lågkarbodiетt er interessant fordi det kan setje desse to kjeldene til god sjukepleie opp mot kvarandre: Dei statlege kosthaldsråda frå Helsedirektoratet kan seiast å stå i direkte motsetnad til ein del av forskinga som viser at lågkarbodiетt kan vere vel så bra for hjartepasientar, og kva skal då vege tyngst?

På nettsidene til Helsedirektoratet og i form av brosjyrar o.l. stiller dei opp tolv kostråd, som er «matvarebaserte kostråd som i første rekke er rettet mot friske voksne individer med normal grad av fysisk aktivitet», men dei legg til at råda også i stor grad kan brukast på personar med til dømes hjarte- og karsjukdomar (Helsedirektoratet, 2016b). Direktoratet skriv vidare at råda er baserte på «systematiske kunnskapsoppsummeringar og forskning på feltet», så det er klart at dei bør halde god fagleg kvalitet. Det er nok ikkje lovfesta spesifikt nokon stad at norsk helsepersonell pliktar å følgje desse kostråda, men dette må nok kunne seiast å kome innunder det som tidlegare er nemnt om forsvarleg og helsefremjande sjukepleie. Når ein arbeider etter autorisasjon frå nettopp Helsedirektoratet og staten er det ikkje unaturleg at ein følgjer det som frå deira side er den gjeldande tolkinga av kva som er

helsefremjande og ikkje. I ein telefonsamtale seier då også direktoratet at det å tilrå andre alternativ enn føringane deira i verste fall vil kunne føre til tap av autorisasjon.¹ I ein praktisk situasjon vil det nok først og fremst vere legen til pasienten som vurderer dette, og ved behov vil legen kunne tilvise pasienten til ernæringsfysiolog eller liknande.

Studiane som er skildra ovanfor, viser fram ulike syn og resultat når det gjeld kva som er eit godt kosthald. Studien til Hooper mfl. (2015) er ein oversiktsartikkel og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studiar. Datamaterialet er stort – det omfattar over 59 000 deltakarar – og ein kom fram til at det ikkje var nokon signifikant effekt av å redusere inntaket av metta feitt når det gjaldt hjarteinfarkt. Studien viser med andre ord at det ikkje er nokon stor fare ved å ete metta feitt, slik lågkarbodietten legg opp til. Endå større støtte får dietten i studien til Bazzano mfl. (2014), der deltakarane var 148 menn og kvinner utan hjarte- og karsjukdom eller diabetes. Dei av deltakarane som gjekk på lågkarbodietten, opplevde større reduksjon i kroppsvekt og feittmasse, og større auke i HDL-kolesterol, enn dei som gjekk på lågfeittdiett. Konklusjonen vart altså at lågkarbo fungerer godt for å gå ned i vekt og redusere kardiovaskulære risikofaktorar, men det er sjølvstendig viktig å vere obs på det relativt låge talet på deltakarar her samanlikna med dei to andre studiane.

Oversiktsartikkelen til Schwab mfl. (2014) baserer seg på heile 607 studiar frå eit opphavleg utval på 16 000 studiar. Denne studien viser meir eller mindre det motsette av dei to andre, dvs. at det beste er å byte ut metta feitt med fleirumetta feitt, og at LDL- kosteroleet i blodet blir senka ved å gjere dette. Det er mellom anna denne studien Helsedirektoratet har basert sine kostråd på.

Det er ikkje berre forskning og studiar som gjev eit uklart bilete av den eigentlege sanninga om lågkarbodietten. Dersom ein prøver å danne seg eit bilete ut frå kva media skriv, vil ein bli minst like forvirra. I artikkelen «Norsk forsker advarer: Lavkarbo-diett kan gi hjerteinfarkt frå Dagens Næringsliv» (2013) går Kjetil Retterstøl, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, hardt ut mot lågkarbodietten: Slankemetoden kan [...] gi deg hjerteinfarkt, seier han. Vidare refererer dei Espen Rostrup, doktorgradstipendiat ved Universitetet i Bergen, som har uttala seg til VG, og seier at ein variert lågkarbodietten vil vere trygt, men at nokre misforstår og et direkte usunt, til dømes ved at dei et svært mykje metta feitt. I ein kronikk av lege Erik Hexeberg og Pål Jåbekk i Dagbladet kjem derimot det motsette fram. Dei hevdar at «det er en økende erkjennelse av at rådene [frå styresmaktene] var feil». Vidare seier dei

¹ Telefonsamtale med Helsedirektoratet 24. mai 2016.

at mange som har trassa desse råda og lagt om til eit lågkarbokosthald, har opplevd vektnedgang og betre helse. Poenget deira er at vi må tenkje nytt når det gjeld kosthaldsråd. Slike døme som dette gjev totalt motstridande signal, så det er altså ikkje godt å vite, verken for pasientar eller folk flest, kva ein skal tru på og ikkje.

Når det gjeld det faglege ved lågkarbodietten, er det eit vesentleg spørsmål om forskinga på denne dietten er eintydig nok til at ein sjukepleiar kan støtte opp om han, eller om forskinga sprikar i så mange retningar at ein framleis må rekne lågkarbo som «eksperimentelt». Det å arbeide for ein kunnskapsbasert praksis er eit grunnleggjande prinsipp i sjukepleiarprofesjonen. Når sjukepleiarar skal gje råd til pasientane, er det viktig å halde seg til påliteleg forskingsbasert kunnskap. Dersom kunnskapen ikkje er til stades, eller dersom han er uklar, må vi spørje etter og søkje etter informasjonen (Nortvedt 2012, s. 15–16). I dette tilfellet må vi altså spørje oss om kva forskinga eigentleg seier om lågkarbodietten. Den omfattande studien til Schwab mfl. (2014) viser at det beste tiltaket for å senke LDL-kolesterolnivået i blodet var å byte ut metta feitt med fleirumetta feitt – altså eit tiltak lågkarbodietten ikkje nødvendigvis ville støtte oppunder.

Det er viktig å skilje mellom det å aktivt tilrå ein lågkarbodiett og det å støtte opp om eit val som alt er tatt av pasienten. Det førstnemnde vil sjølv sagt vere meir problematisk enn det siste, fordi lågkarbodietten på fleire punkt kan seiast å stå i motsetnad til kosthaldsråda frå Helsedirektoratet. Mellom anna tilrår direktoratet at ein bør ete meir av produkt som frukt, grove kornprodukt, magert kjøtt, magre kjøttprodukt og magre meieriprodukt (Helsedirektoratet, 2016b). Etter lågkarbodietten ville ein ha redusert på fruktmengda grunna sukkeret, og ein ville heller ha valt feitare produkt enn det direktoratet legg opp til. På bakgrunn av dette vil sjukepleiaren aktivt gå imot helsestyresmaktene ved å tilrå eit lågkarbokosthald. Ved å berre støtte valet til pasienten vil ein derimot kunne leggje vekt på at lågkarbo er éi av fleire moglegheiter, og ein vil framleis kunne gjere pasienten obs på at dietten delvis strir mot råda frå Helsedirektoratet. Er pasienten likevel fast bestemt på at han eller ho vil gå over på lågkarbo, er det dette ein må rettleie ut frå, og ikkje korleis situasjonen kunne eller burde ha vore.

Utfordringa for sjukepleiaren i dette tilfellet vil altså vere å finne grensa for kva som er fagleg forsvarleg. Helsepersonellova § 4 seier som tidlegare nemnt at «[h]elsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan

forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Lovdata, 2011). Evidensbasert sjukepleie er eit grunnleggjande prinsipp i denne samanhengen: Sjukepleiarar er nøyddde til å jobbe kunnskapsbasert og finne ut om informasjonen dei sit med, er til å lite på (Sykepleien, 2014). Til sjuande og sist må ein ta val basert på eiga tolking av den informasjonen ein har til rådvelde, men pasienten må vere med på laget.

4.4 Pasientmedverknad – å myndiggjere pasienten

Pasientmedverknad har kome stadig meir i søkjelyset dei seinare åra, og WHO nyttar som nemnt omgrepet *empowerment* («myndiggjering») i denne samanhengen. Det sentrale er at pasienten skal stå sentralt i val som gjeld eiga helse (Sykepleien, 2014). I vår samanheng vil det altså seie at det uansett – uavhengig av råd og rettleiing – vil vere pasienten sjølv som gjer dei endelege vala. Denne myndiggjeringa handlar likevel ikkje berre om retten til å bestemme over eige liv, men også like mykje om å bli sett i stand til aktivt å ta desse avgjerdene. Det har altså liten verdi å bestemme over seg sjølv dersom ein ikkje har den kunnskapen som trengst for å kunne gjer dei gode vala. Dette vil seie at pasientmedverknad ikkje berre handlar om å gje pasientane meir makt, men også om å gje dei god og kvalitetssikra informasjon.

Den myndiggjorde pasienten blir sjølv sagt viktig i situasjonar der det er snakk om kosthaldsrettleggjeing. For sjukepleiaren sin del handlar det om å ha nok og rett fagkunnskap som han eller ho kan dele med pasienten. Vidare handlar det om å anerkjenne kvarandre. Jensen (2012, s. 50–51) skriv om at dersom pasienten skal oppleve likeverd, må pasienten og sjukepleiaren anerkjenne kvarandre som likeverdige. Dette omfattar både erfaringane og kunnskapane til kvarandre. I ein rettleiingssituasjon med ynskje om lågkarbodiet handlar det altså først og fremst om kunnskapsformidling, og deretter kjem det frie valet til pasienten inn i biletet. Slik kan sjukepleiaren som yrkesutøvar leggje til rette for myndiggjering av pasienten i praktisk forstand, og synet på lågkarbodietten kjem dermed i andre rekkje. Valet kan ha konsekvensar i den eine eller andre retninga, men så lenge sjukepleiaren har gjeve den relevante informasjonen og tatt dette opp på skikkeleg vis med pasienten, har han eller ho gjort sin del av jobben.

5 Konklusjon

Det finst gjerne like mange sterke meiningar om kosthald som det finst diettar – og så finst det mange som ikkje meiner noko sterkt om dette emnet. Nettopp denne individualiteten er både ei utfordring og ein styrke når ein sjukepleiar skal rettleie om ernæring. Store skilnader mellom folk kan gjere det utfordrande å klare å formidle gode råd på ein effektiv og individuell måte, men det kan også vere ein styrke ved at det nødvendigvis må bli individet som får bestemme over seg sjølv. Sjukepleiaren er nettopp ein rettleiar – som altså vil seie at han eller ho kan peike ut ei retning saman med pasienten, men ikkje gå vegen saman med den som blir rettleidd.

Forskinga sprikar når det gjeld kva som kan reknast som sunt og ikkje, både for befolkninga generelt og for dei med hjarte- og karsjukdomar. Vi har sett at det finst omfattande forskingsprosjekt med mange deltakarar som rett og slett gjev motstridande svar. Dette kan vere frustrerande for sjukepleiaren som prøver å arbeide kunnskapsbasert, men det ligg også ei spenning her som er med på å gjere dette interessant. Det uføresette og uavklarte er nettopp noko av det som er med på å gjere sjukepleiaryrket spennande heller enn einsformig.

Det er ikkje sikkert at det berre er eitt svar på kva som er eit godt kosthald. Styresmaktene ved Helsedirektoratet har sitt svar, og dette må vere det offisielle synet til sjukepleiaren, men det er ikkje utelukka at til dømes lågkarbodietten kan vere eit alternativt svar. Uansett er det pasienten som må gjere vala for si eiga helse, og det er viktig at han eller ho får den nødvendige informasjonen med seg på vegen, og her kjem sjukepleiaren inn i biletet som ein viktig yrkesutøvar. I tråd med reglar og retningslinjer for yrket og i samarbeid med andre aktuelle profesjonar har sjukepleiaren her ei faktisk moglegheit til å bidra til noko av det aller mest vesentlege ved yrket sitt, nemleg å fremje helse.

Litteraturliste

- Bazzano, L. A. mfl. (2014). Effects of low-carbohydrate and low-fat diets: a randomized trail. *Ann Intern Med.* 161(5): 309–318. DOI: 10:7326/M14-0180.
- Bjerkheim, T. & Aagaard, H. (2014). Væske og ernæring. I: Jahren, K. N., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161–207.
- Dagbladet (2015). Et sykt folk trenger nye kostråd. Henta 14.04.2016, frå <http://m.db.no/2015/01/05/kultur/meninger/kronikk/debatt/kostrad/37003240>
- Dagens Næringsliv (2013). Norsk forsker advarer: Lavkarbo-diett kan gi hjerteinfarkt. Henta 14.04.2016, frå <http://www.dn.no/dnaktiv/2013/01/23/norsk-forsker-advarerbr-lavkarbodiett-kan-gi-hjerteinfarkt>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eilertsen, B. (2009). *Juss for sykepleiere*. Oslo: Jussboka.no.
- Folkehelseinstituttet (2015). Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker. Henta 14.04.2016, frå http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Area_7064&Main_6157=6261:0:25,6744&MainContent_6261=7064:0:25,6744&Area_7064=6178:116480::0:7065:1:::0:0
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation* (3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Henta 14.04.2016, frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/444/Nasjonal-retningslinje-for-individuell-primærforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer-IS-1550.pdf>
- Helsedirektoratet (2016b). Kostråd fra Helsedirektoratet. Henta 20.05.2016, frå <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/kostrad-fra-helsedirektoratet>
- Hooper, L. mfl. (2015). *Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease*. *Cochrane Database Systematic Review, 2015*. DOI: 10.1002/14651858.CD011737.
- Høybakk, J. (2013). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I: Knutstad, U. (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Ilkjær, I. (2008). Den døende pasienten. Døden som sosialt og sosiologisk-biokjemisk fenomen. I: Mekki, T. E. (red.). *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribes, s. 673–709.
- Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2006). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det?. I: Jenssen, A. G. & Tronvoll (red.). *Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 42–51.
- Kirkevold, M., & Nordtvedt, P. (2006) Framtidens sykepleie – nye arenaer og endrete vilkår. I: Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 237–249.
- Kunnskapssenteret (2016). Sjekklister for vurdering av forskningsartiklar. Henta 19.05.2016, frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kunnskapsbasert praksis (2012). PICO. Henta 05.05.2016, frå <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Lohne-Seiler, H. & Langhammer, B. (2011). *Fysisk aktivitet og trening for eldre*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lovdata (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Henta 10.05.2016, frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientens_rett_til_medvirkning_-_KAPITTEL_3
- Lovdata (2016). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Henta 10.05.2016, frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3_-_KAPITTEL_3
- Lovdata (2011). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonellova)*. Henta 14.04.2016, frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Lutz, W. (2010). Bedre uten brød. I: Allan, B. C. & Veiersted, J. (red.). *Hjertelidelser: Fra fett til fiksjon* (3.utg.). Oslo: Forlaget Lille Måne, s. 88–125.
- Mekki, T. E. (2008). Sykepleie som fag og yrke. I: Mekki, T. E. (red.). *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe, s. 59–66.
- Mosand, R. & Stubberud, D. G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademiske, s. 507–536.
- NDLA (2009). Helsefremmende og forebyggende arbeid. Henta 11.05.2016, frå <http://ndla.no/nb/node/4018>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver* (G. Bureid, overs.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 137–147.
- Regjeringa (2009). *St.meld. nr. 47 (2008–2009)*. Henta 28.04.2016, frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=samhandlingsreformen&ch=2>

- Schwab, U. mfl. (2014) Effect of the amount and type of dietary fat on cardiometabolic risk factors and risk of developing type 2 diabetes, cardiovascular diseases, and cancer: a systematic review, 2014. *Food & Nutrition Research*, 58. DOI: 10.3402/fnr.v58.25145. eCollection 2014.
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skjefstad, N. (2012). Brukermedvirkning sett i et anerkjennelsesteoretisk perspektiv. I: Jenssen, A. G. & Tronvoll, I. M. (red.). *Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 54–67.
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sykepleien (2014). Helsefremmende pleie krever tid og kunnskap. Henta 28.04.2016, frå <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/helsefremmende-pleie-krever-tid-og-kunnskap>
- Thorsen, K. (2008). Aldringsteorier. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 57–68.
- Tveiten, S. (2011). Empowerment og veiledning – sykepleierns pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 173–193.
- Ørn, S. (2012). Sykdom og behandling. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.). *Sirkulasjonsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 91–108.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2012). Hjerter- og karsykdommer. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.). *Sirkulasjonsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161–196.