



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MSS590-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-05-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MSS590 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	215
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	12857
----------------------	-------

**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>	13
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



## MASTEROPPGÅVE

Sjukepleiarfaget sine ernæringsråd ved ulcerøs kolitt – eit praxeologisk historisk perspektiv

Nursing's nutritional advice in ulcerative colitis – a praxeological historical perspective

**Tone Mangerøy**

Master i sykepleie – kliniske spesialiteter, spesialisering gastrosykepleie

45 studiepoeng

Ord: 12857

Fakultet for helse og sosialvitskap, Institutt for helse og omsorgsvitskap, Høgskulen på Vestlandet

Rettleiar: Jeanne Helene Boge

Innleveringsdato: 26.05.2023

## Forord

I arbeidet med denne studien har eg fått nye perspektiv på kvifor ting er som dei er i samfunnet. Det har gjort at eg har fått ein heilt ny medvitheit om kvifor me tenkjar rundt ernæring som me gjer og kva som påverkar korleis me tenkjar om det. Eg har fått eit djupdykk i både ernæringsråd gjennom tida, samt den historiske utviklinga rundt ulcerøs kolitt og ulike behandlingar ein har brukt. Det oppleves som nyttig å ha eit historisk perspektiv også i møte med pasientane då det åpnar eit nytt perspektiv på kvifor me tenkjer om sjukdommen som me gjer.

Eg vil også gje ein stor takk til rettleiaren min Jeanne. Uten deg hadde nok ikkje denne studien blitt gjennomført. Du har guidet med konstruktive og konkrete tilbakemeldingar, samt støtte, oppmuntra og gitt eit vennleg dytt når det har vært behov for det.

Resten av Praxeologi-gruppa og resten av klassen fortjener også ein takk. Takk for gode råd og innspel, samt støtte, heining og ikkje minst det å kunne være saman i forvirringa har vært godt i denne prosessen.

Takk til arbeidsgivar for støtte til å ta masteren og støtte under veien. Til venner og gode kollega for heining og oppmuntring.

Tusen takk til familien som har vært støttende, svart på mange tilsynelatande tilfeldige og rare spørsmål og for all barnevakten som eg har fått igjennom studietida.

Og sist men ikkje minst dei to gutta heime. Til Philippe som har vært ein ivrig assistent som har meir enn ein gang måtte være med på biblioteket når han har vore heime frå barnehagen. Og til min eigen akademikar frå Sør-Frankrike, David, som har vært så støttende og latt meg få den tida eg har hatt behov for til oppgåvejobbing, som tålmodig har svart på dei raraste spørsmål og vore med på mange diskusjonar rundt teoriane til Pierre Bourdieu. Eg hadde ikkje klar å fullføre denne oppgåva utan deke!

## Samandrag

I denne studien har eg undersøkt korleis sjukepleiarfaget har posisjonert seg til ernæring hos pasientar med ulcerøs kolitt. Bakgrunnen for studien er ei undring over at eg som sjukepleiar ved ei medisinsk mage-tarm avdeling ved eit større norsk universitetssjukehus, har opplevd at det er lite fokus på ernæring når pasientar med ulcerøs kolitt er innlagde, trass i at ernæring er eit tema som pasientar med ulcerøs kolitt er oppteken av. Hensikten med studien er å generere kunnskap som kan bidra til å forklare og forstå korleis det kan ha seg at det er lite fokus på ernæring når pasientar med ulcerøs kolitt er innlagde på eit større norsk universitetssjukehus.

I leiting etter svar på korleis det kan ha seg at det er lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt ved eit større norsk universitetssjukehus, har eg gjort ein registrantanalyse av korleis lærebøker i grunnleggjande sjukepleie og lærebøker i vidareutdanning i sjukepleie, kliniske spesialitetar, retning gastrojukepleie, har posisjonert seg til ernæring ved ulcerøs kolitt. analysane som er basert på ei antaking om at ein medisinsk logikk om ulcerøs kolitt er dominant i det medisinske feltet og at ernæring har ein låg posisjon i denne logikken, fordi det er eit hierarki i helsevesenet kor legen, med tilhøyrande medisinsk viten, har ein overordna fagleg posisjon. Antakinga er undersøkt ved hjelp av den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin teori om akademisk hierarki, med ein tilhøyrande praxeologisk analysestrategi og analyser av brudd.

Analysen viser at lærebøker i grunnleggjande sjukepleie hadde mykje fokus på ernæring i perioden 1877-1984. I denne epoken blei ernæring rekna for å vere ei medisinsk behandling som skulle føreskrivast av legar. Det vil sei at ernæring var underlagt ein medisinsk logikk med tilhøyrande posisjon i det akademiske hierarkia.

I læreboka i grunnleggjande sjukepleie som kom ut i 1985 oppstår det eit brudd. Frå 1985 og fram til vår tid (2022) er ikkje ernæring noko som skal føreskrivast av legar. Lærebøker i grunnleggjande sjukepleie og i gastrojukepleie baserer hovudsakleg sine posisjoneringar om ernæring på viten frå ernæringsfysiologar.

På bakgrunn av analysane er det generert ein teori om at bakgrunnen for at det er lite fokus

på ernæring når pasientar med ulcerøs kolitt er innlagde ved ei medisinsk mage-tarm avdeling ved eit større norsk universitetssjukehus, er at frå 1985 har ikkje kunnskap om ernæring blitt rekna som medisinsk viten. Ernæring har med andre ord tapt sin plass som høgverdig medisinsk viten med tilhøyrande plass i dei akademiske hierarkia. Eg og andre sjukepleiarar ved den aktuelle medisinske gastroavdelinga ser ut for å ha underlagt oss den medisinske logikken, med tilhøyrande lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt og mykje fokus på medisinske behandlingsteknologiar.

Nøkkelord: ernæring, ulcerøs kolitt, praxeologi, doxa, akademisk hierarki, sjukepleie

## Summary

This study is about how the norwegian field of nursing positions itself towards nutrition in patients with ulcerative colitis. The background of the study is a curiosity over the fact that I as a nurse in a medicinal gastrointestinal ward in a large Norwegian university hospital, have experienced that there is little focus on nutrition when patients with ulcerative colitis is admitted, despite the fact that the patients with ulcerative colitis is interested in getting information about nutrition. The goal of the study is to generate knowledge that can help explain and understand how it can be that there is little focus on nutrition when patients with ulcerative colitis is admitted in a large Norwegian university hospital.

In the search for answers for how it can be that there is little focus on nutrition in patients with ulcerative colitis in a large Norwegian university hospital, I did an document analysis of how the Norwegian textbooks in general nursing and the Norwegian textbooks that are used in the clinical specialisation in gastrointestinal nursing, have positioned themselves towards nutrition in ulcerative colitis. The analysis is based on an assumption that a medical logic towards ulcerative colitis is dominant in the medicinal field and that nutrition has a lower position in this logic, because there is a hierarchy within the healthcare system where the doctor, with their medical knowledge, has a superior professional position. The assumption is examined by use of the french sociologist Pierre Bourdieus theory about academic hierarchy, with an associated praxeological strategy of analysis and analysis of breaks.

The analysis shows that the textbooks in general nursing had a lot of focus on nutrition in the period 1877-1984. In this period nutrition was seen as a medical treatment that had to be prescribed by doctors. In other words nutrition was subject to a medical logic with the associated position in the academic hierarchy.

In the textbook in general nursing from 1985 there is a break. From 1985 and into our days (2022) nutrition is no longer something that the doctor has to prescribe. The textbooks in general nursing and in gastrointestinal nursing mainly bases their position about nutrition on knowledge from clinical dietitians.

Based on the analysis I generated a theory that the reason that there is little focus on

nutrition when patients with ulcerative colitis is admitted to a medicinal gastrointestinal ward in a large Norwegian university hospital, is that from 1985 nutritional science has no longer been seen as medical knowledge. Nutrition has in other words lost its place as high ranking medical knowledge with the associated place in the academic hierarchy. Myself and the other nurses at the before mentioned ward seems to have submitted to the medical logic, with the associated little focus on nutrition in ulcerative colitis and a lot of focus on different medical treatments.

Key words: nutrition, ulcerative colitis, praxeology, doxa, academic hierarchy, nursing



# Innholdsliste

Forord.....	1
Samandrag.....	2
Summary .....	4
1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Undring.....	1
1.2 Hensikt .....	1
1.3 Ulcerøs kolitt .....	1
1.2.1 Medisinsk tilnærming til ulcerøs kolitt .....	2
1.3 Ernæringsråd.....	3
3.1.1 Legar sine posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt .....	4
3.1.2 Ernæringsfysiologar sine posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt.....	5
3.1.3 Magetarm-forbundet sine posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt .....	6
3.1.4 Nye syn på ernæring.....	6
1.5 Sjukepleie .....	7
1.6 Antaking .....	9
2.0 Teoretisk perspektiv .....	9
2.1 Homo Academicus .....	10
2.2 Praxeologisk vitskapsteori.....	10
2.3 Praxeologisk analysestrategi.....	11

2.2.1 Historisering og brudd .....	11
2.2.2 Konstruksjon av habitus .....	11
2.2.3 Sosiale rom og felt .....	13
2.2.4 Doxa, heterodoxa og ortodox.....	14
2.3 Forskningsspørsmål.....	14
2.4 Autososioanalyse .....	15
3.0 Metode .....	15
3.1 Registrantanalyse.....	15
3.2 Teknikk .....	16
3.2.1 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 2.....	16
3.2.2 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 3.....	16
3.2.3 Svare på forskningsspørsmål 1 .....	17
3.3 Etske vurderingar .....	17
4.0 Analyse del I: Autososioanalyse .....	17
Sosial kapital .....	17
Kulturell kapital.....	18
Økonomisk kapital .....	19
5.0 Analyse del II: .....	19
5.1 Lærebøkene og pensumslitteraturen sin posisjon og disposisjonar .....	20
5.2 Analyse av posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt i lærebøker i sjukepleie ....	21
5.2.1 1877-1984: Ernæring ved ulcerøs kolitt er ikkje nemnd .....	21

5.2.2 1985 - 2022.: Klinisk ernæring.....	25
6.0 Drøfting av forhold som kan bidra til å forklare posisjoneringane i forhold til ernæring hos pasientar med ulcerøs kolitt .....	27
6.1 Perioden 1877-1984.....	28
6.2 Perioden 1985-2022.....	29
7.0 Avsluttende kommentarer .....	31
Litteraturliste.....	32
Vedlegg 1	

# 1.0 Introduksjon

Dette er ein samfunnsvitskapleg studie om korleis sjukepleiarfaget har posisjonert seg til ernæring ved ulcerøs kolitt. Studien er basert på ein registrantanalyse av norske lærebøker i grunnleggjande sjukepleie frå den fyrste kom ut i 1877 og fram til 2022 og på lærebøker som har vore i bruk i den norske vidareutdanninga i gastrojukepleie som starta i 2005. Den franske sosiologen Pierre sin teori Homo Academicus (Bourdieu, 1988) om hierarki mellom ulike kunnskapsformer og Bourdieu sin praxeologisk analysestrategi med tilhøyrande konstruksjonar av habitus, er brukt som teoretiske verktøy (jf. kap 2.0).

## 1.1 Undring

Bakgrunnen for studien er ei undring over at eg har erfart at sjukepleiar ved ei medisinsk gastroenterologisk avdeling på eit større norsk universitetssjukehus har lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å prøve å forklare og forstå korleis det har seg at sjukepleier ved ei medisinsk avdeling på eit større norsk universitetssjukehus har lite fokus på ernæring hos pasientar med ulcerøs kolitt.

Før eg gjer nærare greie for teoretisk perspektiv, analysar, metode og teknikkar (jf. kap. 2.0), skal eg gjere greie for omgrepa ulcerøs kolitt (jf. kap. 1.3), ernæringsråd (jf. kap. 1.4) og sjukepleie (jf. kap. 1.5).

## 1.3 Ulcerøs kolitt

Ulcerøs kolitt ein av to kroniske sjukdommar som går under samlebetegninga inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), den andre er Morbus Crohn. Ved begge sjukdommane oppstår det betennelse i fordøyelsessystemet. Ved Mb Crohn kan det oppstå betennelse i heile systemet

frå munn til anus, medan ved ulcerøs kolitt er det tjukk- og endetarmen som blir ramma. Det oppstår betennelse og danner seg sår i endetarmen og i delar av – eller heile tjukktarmen (Jacobsen & Toverud, 2017, s. 284-287).

Funksjonen til tjukktarmen i forhold til ernæring er hovedsakeleg opptak av vatn og saltar, samt vitamin K og korte fettsyrer som tarmbakteriane produserer frå tarminnhaldet (Thoresen, Borchsenius & Sjøen, 2019, s. 114). Når det blir sår i tjukktarmen kan oppsuginga av vatn og salt hammast. Dette kan resultere i hyppige tynntflytande avføringar som ofte er blanda med slim og blod skriver overlege og professor Bjørn Moum (2022). Dei siste åra har talet på nye tilfeller med ulcerøs kolitt vore aukande. I Noreg oppstår det om lag 14 nye tilfeller per 100 000 innbygger kvart år. Såra i tjukktarmen og endetarmen debuterar oftast i alderen mellom 15-40 år (Lundin & Jahnsen, 2022, s. 339). Diagnosen vart fastsett på bakgrunn av undersøkingar av bakteriar og kalsiumbindande protein (kalprotektin) i avføringa og på bakgrunn av koloskopi. Ved ein koloskopi førast ein bøyales fiberoptisk slange inn i tarmen slik at ein kan inspisere tarmen frå innsida og overføre bileta frå tarmen til ein TV-skjerm (Lundin & Jahnsen, 2022, s. 339). Ein kan ved samme undersøking ta ein vevsprøve for å få stadfesta diagnosen.

### *1.2.1 Medisinsk tilnærming til ulcerøs kolitt*

Det er usikkert kvifor nokon får ulcerøs kolitt, men i det medisinske miljøet antar ein gjerne at immunsystemet vert trigga av bakteriar i tarmen, sjølv om bakteriane ikkje gjer skade. Det at om lag 1-2 av 10 personar med ulcerøs kolitt har slektningar med inflammatorisk tarmsjukdom kan tyde på at sjukdommen delvis er arveleg (Moum, 2022).

Ein kan ikkje kurere ulcerøs kolitt med medisiner, men medisiner kan bidra til at såra i tjukktarmen og endetarmen gror og at det ikkje oppstår nye. I den samanheng brukar ein ulike medisiner som ein kan sjå for seg som ei trapp. Ein type medikamenter som kallast for 5-ASA er grunnsteinen i behandlinga og pasientane brukar gjerne denne som livslang behandling. Om man får oppbluss av sjukdommen kan ein legge til ein kur med steroider som Prednisolon for å slå ned den akutte betennelsen. Dersom det ikkje hjelper eller

pasienten får gjenntatte oppbluss kan det være aktuelt å gå over til immundempende og biologiske legemidler (Moum, 2022).

Dersom medisinane ikkje får såra i tarmen til å gro, og/eller det stadig oppstår nye sår, kan ein fjerne tjukktarmen (kolektomi). Når personar får fjerna tjukktarmen finst det to alternativ. Ein kan enten få stomi, men ofte konstruerer kirurgen eit reservoar. Eit slikt reservoar konstruerast av at ein brukar nederste delen av tynntarmen, syr den saman i ein s eller j form for så å sy den fast til endetarmen. På den måten vil ein være i stand til å gå på toalettet som normalt, men ein må samtidig rekne med å ha lausare og hyppigare avføringar enn andre (Jacobsen & Toverud, 2017, s. 287; Lundin & Jahnsen, 2022, s. 341; Moum, 2022).

### 1.3 Ernæringsråd

Bakgrunnen for at eg ynskja å sjå nærare på ernæring og ulcerøs kolitt er både fagleg nyfiken og familiær. Eg vaks opp med ein far som hadde ulcerøs kolitt. Dette med mageplager og kva ein kan ete er noko av det som har vore eit tema i heimen i barne- og ungdomsåra. Dette kan ha medverka til at eg har arbeidd ved ein gastromedisinsk sengepost sidan eg var ferdig med sjukepleiarutdanninga i 2016, har tatt vidareutdanning i gastrosjukepleie og no har skreve masteroppgåve om dette temaet. Som sjukepleiar møtte eg stadig pasientar som hadde spørsmål rundt ernæring. Mange av dei har prøvd ulike kostintervensjonar på eigen hand med varierende hell. Desse erfaringane blei understøtta av ei kosthaldsundersøking som Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer (nå Mage-tarmforbundet) gjennomførte i 2019. I den undersøkinga svarte 87,3% av dei med inflammatorisk tarmsjukdom ja på spørsmålet om dei har prøvd ulike diettar eller kostinervensjonar. Det kom også fram av denne undersøkinga at over halvparten (61,8%) av pasientane hadde funne kostinformasjon på internett, medan 26,3% og 18,6% hadde fått informasjon frå henholdsvis klinisk ernæringsfysiolog og gastroenterolog. 13,4% hadde fått informasjon frå gastrosjukepleiar og 6,1% frå sjukepleiar. I samme undersøking var der eit spørsmål om dei hadde kostveiledning som ein del av sjukdomsoppfølginga. Der svarte 15,5% ja, 30,5% nei og at dei ikkje hadde behov for det, medan 54% svarte at dei ikkje hadde det men at dei ynskja å ha det

(Johansson & Schatten, 2020).

Ernæring er eit tema som er svært aktuelt i dagens samfunn og kor me nærmast dagleg blir eksponert for ulike råd via ulike media, som vist i kostundersøkinga frå Mage-tarmforbundet kor 61,8% hadde funne kostråd på internett og 9,5% hadde fått det via nyheiter som VG, NRK og liknande (Johansson & Schatten, 2020). Svært mange har ein meining om kva ein bør og ikkje bør ete. Det er eit område som man kan styre sjølv og som ein kan ta kontroll over. Som sjukepleiar har eg opplevd mange pasientar som får mange ulike råd frå mange ulike hald, noko som kan være svært forvirrande og frustrerande for dei. Nokon er overbevist om at kostintervensjonen har hjelpt dei, medan andre ikkje opplever nokon endring.

### *3.1.1 Legar sine posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt*

Slik som eg kan sjå det har det ikkje vore så stort fokus på ernæring hos pasientar med ulcerøs kolitt frå legesida. I dei store IBSEN-studiene (studier som undersøker IBD i sør-øst Norge) er det først nå i IBSEN III studien at ernæring og kost er eit av aspekta dei undersøker. IBSEN er ein forskergruppe som har drive med klinisk epidemiologisk forskning innafor inflammatoriske tarmsjukdommar (ulcerøs kolitt og Crohns sjukdom) (Universitetet i Oslo, 2018).

Det meste av det som er skriva om ernæring er retta enten mot IBD som en samla gruppe eller mer retta mot Crohns sykdom. I norsk elektronisk legehåndbok som er et oppslagsverk for leger skriv professor og IBD-nestor Bjørn Moum (2022) at det ikkje er nokon dokumentasjon på at det er nokon kostintervensjonar som har førebyggande eller terapeutisk effekt hos pasientar med ulcerøs kolitt. Han refererer derimot til ein gjennomgang av forskning (metaanalyse) fra 2017 (Zhan, Zhan & Dai, 2017) som viste at lav FODMAP-diett reduserte symptomene som diaré, magesmerter og oppblåst mage. Metaanalysen er imidlertid gjennomført på pasienter med IBD og ikkje spesifikt på pasientar med ulcerøs kolitt. Zhan et al. (2017) skriver også at ca 41% av ulcerøs kolitt pasientene

hadde funksjonelle mageplager. I ein artikkel i Gastroenterologen skriv Roald Torp og Moum (2012) at mellom 32-57% av pasienter med IBD i roleg fase (remisjon) har symptomter som stemmer overens med IBS.

Lav FODMAP-dietten går ut på at man skal redusere inntaket av ei gruppe tungt fordøyelege karbohydratr. Desse karbohydrata har ikkje tarmen enzymar til å bryte ned og dei vil dermed i stor grad passere tynntarmen utan å bli brutt ned. I tjukktarmen vil dei være næring for tarmbakteriane der. Som eit biprodukt av dette blir det danna gassar når karbohydratane gjærast eller fermenterast. Hos dei med symptom på irritabel tarm kan dette føre til magesmerter, oppblåsthet og diaré. Årsaken til at ein får diaré er at molekyla til desse karbohydrata er så små at dei vil trekkje med seg væske og at tarmen ikkje klarer å absorbere nok vatn (Henriksen, Borchsenius, Retterstøl, Keeping & Maizels, 2019, s. 174).

I boka «IBD skolen» som er skriva av professor dr.med Jørgen Jahnsen og gastrosjukepleiar Turid Bua (2022) er det ei eget underkapittel knyttet til kost og IBD. Her er det også lite differensiert mellom ulcerøs kolitt og Crohn's sjukdom.

### *3.1.2 Ernæringsfysiologar sine posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt*

I forhold til ernæringsfysiologer har det ikkje vore så mange som har vært spesielt tilknytta IBD. Det har endra seg litt etterkvart, men ingen av desse har vore med å skriva lærebøker som blir brukt i sykepleierutdanningen. Legemiddelfirmene har fått med seg nokon til å skriva informasjon når dei har gitt ut informasjon enten via brosjyrer eller nettstader/apper. Klinisk ernæringsfysiolog Tine Holler ved Oslo universitetssykehus har blant annet vært med å skriva ein brosjyre som heiter «Myter og fakta om kosthold og IBD» og har skriva om ernæring på nettsida [ibdinfo.no](http://ibdinfo.no) (Frigstad, Haugum & Holler, 2021). Både brosjyren og nettsida er gitt ut av legemiddelfirmaet Takeda. Både på nettsida og i brosjyren blir det i liten grad skilt mellom ulcerøs kolitt og Crohns sjukdom (Frigstad et al., 2021).



I boka «Klinisk ernæring» av Henriksen et al. (2019) vært det argumentert for at det ikkje finst noko dokumentasjon på at det finst ein spesiell diett som kan kurere ulcerøs kolitt. Dermed vil målet ved ernæringsbehandling hos desse pasientane heller ha som mål å forebygge og behandle underernæring. Det er vanlig at pasientane med denne sjukdommen blir undervektige og får mangeltilstander. Fleire faktorer er med på å påverke dette, slik som aktiv betennelse, medisinbruk, diaré og eventuelt feber. Mange av pasientane har også eit mangelfult matinntak som kan skyldas nedsatt allmenntilstand, dårlig appetitt eller at dei et lite for å unngå diaré (Henriksen et al., 2019, s. 163). Henriksen et al. (2019, s. 164) anbefaler at pasientane i dårlege periodar et små, næringstette måltid, samt beriker måltidet eller bruker næringsdrikker om det er behov for det. Om pasienten har mykje diaré anbefaler dei at pasienten bruker drikker som inneholder både salter og sukker. Eksempler på dette kan være eplejuice med farris, buljong, svak te med sukker og litt salt eller sportsdrikker.

### *3.1.3 Magetarm-forbundet sine posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt*

Ein anna aspekt som har gjort at eg har undra meg meir og meir over dette er at sjukepleiar ved ei medisinsk avdeling på eit større norsk universitetssjukehus har lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt, er at pasientforeningen *Mage-tarmforbundet* (tidligere Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer) har hatt mykje fokus på ernæring til pasientar med inflammatoriske tarmsjukdommar som ulcerøs kolitt. Dei siste åra har foreningen lagt vekt på matkvalitet og tilsetningsstoff, og då spesielt tilsetningsstoffer som kan skade eller endre mangfoldet av tarmbakteriar (Hegstad & Ekelund, 2020). Blant anna har dei hatt ein underskriftskampanje mot ulike tilsetningsstoffar som har vist at dei kan gje betennelse i tarmen hos forsøksmus (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, 2020). Foreninga gav også prisen Årets hjelper til høgskulelektor og ernæringsbiolog Marit Kolby for hennes arbeid med å auke medvitheita rundt tilsetningsstoff og korleis det kan påverke fordøyinga og helsa vår (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, 2022). Då foreningen starta eigen podcast «Tarmkanalen» handla den fyrste episoden om nettopp dette med ernæring til pasientar med sjukdommar i fordøyingskanalen (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, 2021).

### *3.1.4 Nye syn på ernæring*

Ein del av årsaken til at eg undrar meg over at sjukepleiar ved ei medisinsk avdeling på eit større norsk universitetssjukehus har lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt, er at det har komme meir og meir informasjon som fremjar eit anna syn på ernæring enn det som har vært det tradisjonelle. Blant desse er bøkene «Sjarmen med tarmen» av forskar og lege i spesialisering i indremedisin og fordøyingssjukdommar Guila Enders (Enders, Enders & Windt-Val, 2015) og «Sunn tarm, klart hode» av lege og hjerneforskar David Perlmutter (Perlmutter, Loberg & Jahr, 2016). I desse bøkene er det eit stort fokus på tarmbakteriar eller mikrobiota/mikrobiom som man også kan kalle det, korleis me kan påverke desse via kost og livsstil, samt korleis desse påverkar oss og helsa vår (Enders et al., 2015; Perlmutter et al., 2016). Enders et al. (2015, s. 160) skriv at arbeidet med å danne eit bakteriekart av mikrobiomet starta i 2007. Ein har også kunne sjå at pasientar med kroniske tarmproblemer har endra samansetning av desse tarmbakteriane, noko som man kaller for dysbiose (Enders et al., 2015, s. 162).

## 1.5 Sjukepleie

Sjukepleien slik me kjenner den i dag er eit relativt nytt yrke som vaks fram under omveltingane som kom med industrialiseringa og den marknadsøkonomiske måten å organisere samfunnet på. I middelalderen var det å pleie sjuke ei kristen plikt som fyrst og fremst gjekk ut på å hjelpe den enkelte uten tanke for samfunnsnytta. Sjuke og pleietrengande kunne komme til klostra for å få hjelp. I renessansen var sjukepleie betrakta som forakta grovarbeid. Man hadde hospitaler kor ein kunne få hjelp, men dei som kom der var gjerne i den største naud og ikkje hadde andre stadar å vende seg. Dei kunne risikere å bli avvist og dei fekk ikkje plass utan at nokon stilte økonomisk garanti for plassen (Boge, 2008, s. 38).

Frå andre halvdel av 1600-talet vaks offentlege allmennhospital fram og dei hadde ein anna funksjon enn pleieinstitusjonane i middelalderkyrkja hadde hatt. Dei hadde ingen behandlingsfunksjon, men var institusjonar som skulle dempe sosial uro og oppdra umoralske fattiglemmar til nyttige samfunnsborgarar. Legane byra å vise interesse for desse allmenn

hospitla frå fyrste halvdel av 1800-talet. Da fyrst og fremst for å lære meir om ulike sjukdommar og ikkje fordi dei ynskja å hjelpe sjuke og fattige. Rundt 1850-talet blei uhelbredeleg sjuke og fattige pleietrengande plassert i alders- og pleieheimar, og hospitla blei reine undervisnings- og behandlingsinstitusjonar for velstående individ (Boge, 2008, s. 39).

Når legane gjorde inntog i hospitla så hadde dei ufaglærte pleiarar som samarbeidspartnara. Arbeidet til desse pleierne var sidetilt med tenarskapet i private heimar, men hadde endå lågare status. Det var generelt den siste staden jenter oppsøkte for å få seg levebrød og ingen såg for seg at jenter frå gode heimar kunne utføre slikt arbeid. Legane likte ikkje å arbeide saman med desse kvinnene og argumenterte for at dei var uduglege. Dei ynskja seg danna pleiarar frå høgare samfunnsklassar.

Florence Nightingale (1820-1910) var ei velutdanna overklassekvinne som heller ikkje var nøgd med dei ufaglærte pleiarane. I 1860 starta ho sjukepleiarutdanninga ved St. Thomas hospital i London. Sjukepleiarforskar Tone Sydnes sine studiar av Nightingale vist at ho hadde ei sentral rolle i *Sanitation Movement*. *Sanitation Movement* var ei rørsle som argumenterte at det var samfunnsnyttig/produksjonsfremmande at fattigfolk fekk betre levekår. Det kan verke som at moderne sjukepleie vaks fram i forlenginga av denne rørsle (Boge, 2008, s. 39-40).

Sjølv om det er utdanninga som Nightingale starta som vert rekna som starten på moderne sjukepleie så var det allereie starta ei fagutdanning i sjukepleie i Kaiserwerth i Tyskland i 1836. Denne utdanninga var diakonal og Nightingale sjølv fekk noko av utdanninga si der. Også den fyrste sjukepleieutdanninga i Noreg var diakonal og den blei etablert av *Christiania Indremisjon* i 1868. Tanken bak var at diakonissane sitt arbeid skulle være med å avhjelpe dei negative fylgjene av det moderne industrisamfunnet. Diakonissane skulle ikkje overta familien sitt ansvar, men hjelpe til der utsette familiar ikkje klarte dette sjølv eller kor det

ikkje var eit familienettverk. Prestane håpa at utdanninga skulle trekke til seg kvinner frå høgare sosiale lag, men det var helst bonde- og arbeidarjenter som søkte seg til slikt arbeid. Også legane hadde forventningar til dei fagutdanna pleiarane og etterkvart blei legane den yrkesgruppa som fekk størst makt over dei fagutdanna pleiarane. Rikke Nissen (1834-1892) var diakonisse og forfattar av den fyrste læreboka i sjukepleie på norsk. Ho argumenterte for at sjukepleie burde være eit sjølvstendig embete på lik linje med legar og prestar. Dette synet stod i motsetning til prestane og legane sine forventningar til underordna, lydige hjelparar (Boge, 2008, s. 41-42).

Rundt århundreskiftet hadde Noreg fått ei rekkje fagutdanningar innanfor sjukepleie. Århundreskiftet brakte også med seg ein nærmest eksplosiv utvikling innan det medisinske området. Dette påverka sjukepleiarane ved at jo fleire metodar legane fekk, jo større krav blei stilt til sjukepleiarane. Undervisninga som hadde vore god nok i starten, vart plutsleg for knapp. Sjukepleiarskulane arbeida kvar for seg og elevane fekk den undervisninga som sjukehusa kunne gje og legane fant naudsynt (Wyller, 1990, s. 144-146).

## 1.6 Antaking

Studien er bastert på ei antaking om at ein medisinsk viten om ulcerøs kolitt har vore dominant i det norske helsevesenet, og at viten om ernæring har hatt ein lågare posisjon, fordi det er eit hierarki i helsevesenet kor legen, med tilhøyrande medisinsk viten, har ein overordna fagleg posisjon (Petersen & Callewaert, 2013, s. 17).

## 2.0 Teoretisk perspektiv

Antakinga om at den medisinske tilnærminga til ulcerøs kolitt har vore dominant og at ernæring har ein lågare posisjon i det medisinske feltet, har eg undersøkt ved hjelp av teorien til Bourdieu (1988) om akademisk hierarki, slik desse hierarkia vert framstilt i studien *Homo Academicus*.

## 2.1 Homo Academicus

Studien *Homo Academicus* er ein analyse av det franske akademiske feltet, dets aktørar og institusjonar, samt kva sosial samanheng vitskap inngår i. Boka tar for seg franske universitetslærare sine strategiar rundt studentopprøret i 1968, men det er også ein inngåande empirisk undersøking av korleis strukturen i det akademiske feltet saman med strukturen i det franske samfunnet (Hovmark, 1995).

Teorien om akademisk hierarki går ut på at ulike fag i academia har ulik status og prestisje i samfunnet (Hovmark, 1995). Bourdieu snakker også om dei tre «overordna» fakulteta som er det teologiske, det juridiske og det medisinske fakultetet (Hovmark, 1995). Desse fakulteta er dei som i følge Bourdieu har den sterkaste og mest stabile innflytinga på folket. Det gjør at desse fakulteta også er dei som er mest styrt av staten samtidig som det er dei fakulteta som er mest involvert i både å forme og kontrollere den praktiske bruken av kunnskapen som dei besitter (Hovmark, 1995).

## 2.2 Praxeologisk vitskapsteori

Undersøkinga av ernæring sin posisjon i det akademisk hierarki er gjort ved hjelp av Bourdieu sin praxeologiske vitskapsteori (Petersen & Callewaert, 2013, s. 95). Bourdieu argumenterte for at handlingane til menneskjer blir forma gjennom eit samspel mellom individet og det sosiale rommet som han eller ho agerer i (Boge, 2021, s. 2). Han meinte at det fanst tre ulike formar for vitenskap, den objektivistiske, den fenomenologiske og den praxeologiske. Bourdieu argumenterer for at den objektivistiske og den fenomenologiske vitskapsteoriane kvar for seg utilstrekkeleg, om må kombinerast med ein praktisk dimensjon for å konstruere fram ein meir fullstendig viten om menneskelege praktikkar (Petersen & Callewaert, 2013, s. 95). Bourdieu argumenterte for at individa grunnleggjande handlar ut i frå ein kroppsleg praktisk sans som har nedfelt seg i den familien og kulturen individet er del i. Innlæringa finn vanlegvis ikkje stad som medviten imitasjon men som ei form for ikkje-medviten miming. Den kroppsleggjorde, ikkje-medvitne måten å agere på, vert omtalt som

**praktikk.** Ein agent er ein som agerer på bakgrunn av internaliserte kroppslege disposisjonar (Stef Callewaert, 1997).

## 2.3 Praxeologisk analysestrategi

Ein genererer praxeologisk viten ved hjelp av konstruksjonar av habitus (jf. kap. 2.2.2). I den samanheng er historisering og brudd sentralt.

### 2.2.1 Historisering og brudd

Ved generering av praxeologisk viten set ein spørsmålsteikn ved etablerte sanningar, og det gjer ein ved å forstå og forklare notidige praktikkar i lys av den historiske samanhengen som praktikken oppstod og verka i. Å beskrive, forstå og forklare notidige praktikkar, notidige måtar å agere på, i lys av fortida, er i pakt med fransk historisk epistemologi som har røter attende til Gaston Bachelard (1884-1962). Han argumenterte for at viskaphistoria ikkje er prega av kontinuitet, men av radikale **brudd**. Ved hjelp av grundige analyser av brudd kan ein bidra til å forstå og forklare notidige praktikkar. I den samanheng er konstruksjonar av habitus heilt sentralt (Boge, 2021, s. 5-6; Esmark, 2009; Aakvaag, 2008, s. 160-162).

### 2.2.2 Konstruksjon av habitus

#### *Habitus*

I Bourdieu sin handlingsteori og aktørforståing er habitus sjølv kjernen. Han beskriver habitus som eit integrert system av varige og kroppsleggjorte disposisjonar som regulerar korleis vi oppfattar, vurderer og agerer i den fysiske og sosiale verda. Altså at det er handlingstilbøylegheter som set sitt preg på alt som vi tenker og gjer, samt kvem vi er (Aakvaag, 2008, s. 160-162). Petersen (1997, s. 48) seie kort at habitus er system av disposisjonar som gjør at vi handler, tenker og orienterar oss slik som me gjør i den sosiale verda.

Bourdieu sitt syn er at all sosial samhandling eigentleg er eit spel om å akkumulere mest mogleg kapital. I hans teoretiske univers er det tre ulike typer kapital man kan besitte:

Økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital (Järvinen, 2020, s. 471; Aakvaag, 2008, s. 152-153).

Ved konstruksjojn av habitus forstår og forklarar man ein agent sine posisjoneringar (meiningar, tanker, erfaringaer, kroppslege ageringar osv.) i lys av den posisjonen som agenten har i det sosiale feltet. Posisjonen konstruerer ein ved hjelp av data om agenten sin kulturelle-, sosiale- og økonomiske disposisjonar (Boge, 2021, s. 5-6; Aakvaag, 2008, s. 160-162).

### *Posisjon*

Posisjon vil her bli brukt om ein agent sin posisjon i det sosiale rom. Denne posisjonen blir konstruert ut fra kor mykje kapital agenten har og fordelingen mellom økonomisk og kulturell kapital. Dermed vil dei dominerande klassane bestå av to hovedgrupper: dei som har høg økonomisk kapital og dei som har høg kulturell kapital (f.eks. kunstnara eller den akademiske eliten). Det er viktig å poengtere at dei ulike klassane eksisterer utelukkande i forhold til kvarandre (Järvinen, 2020, s. 471).

### *Disposisjonar*

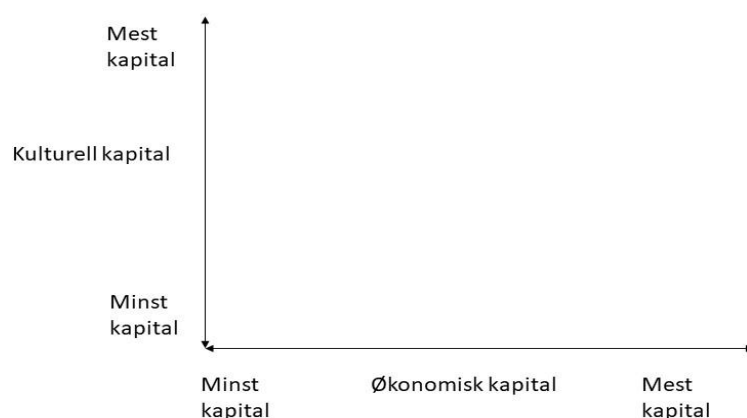
Disposisjonar handlar om ei umedviten internalisering av objektive strukturar gjennom erfaring me gjer oss i familie og storsamfunn. Slik tileignar me oss ein forståing av kva som er bra og dårleg, rett og galt, utan at det er ein bevisst læringsprosess (Wilken, 2008, s. 36-38). Staf Callewaert (2019, s. 3) argumenterer for at dei subjektive disposisjonane blir lagra kroppsleg som ein taus og praktisk rettesnor som orienterer tankar, oppfattningar, vurderingar og handlingar. Og at det er via internaliseringen av eksterne betingingar at dei bakendforliggende faktorane har ein styrande effekt på praktikken (Staf Callewaert, 2019, s. 3). Petersen (1997, s. 51) summerer opp disposisjonar som menneskets sosiale livshistorie som er lagra i kroppen, og som bestemmer måten agenten orienterer seg på og agerer, og som skil agentane frå kvarandre.

## Posisjoneringar

Posisjoneringar kan være tanker, erfaringar eller meiningar ein har som ein uttrykkjer ved hjelp av språk eller kroppslege ageringar (Boge, 2021, s. 5).

### 2.2.3 Sosiale rom og felt

Denne studien om ernæring ved ulcerøs kolitt finn stad i eit medisinsk felt. Eit felt i Bourdieu sitt univers er sosiale områder med relativ autonomi. Som mennesker kan man agere innafor ulike sosiale felt. For eksempel det teologiske-, juridiske- eller det medisinske feltet. Agentar som har ulike posisjonar med tilhøyrande kulturell-, sosiale- og økonomiske disposisjonar kan posisjonere seg på ulike vis i feltet. Eit felt kan innehalde mange ulike sosiale rom. Dei sosiale romma er stadar kor sosiale handlingar blir konstruert og er utgangspunktet i Bourdieu sin klasseteori (Boge, 2021, s. 6; Aakvaag, 2008, s. 154-157). Ulike personar høyrer til ulike delar av det sosiale rommet. Ein kan forestelle seg at det sosiale rommet er orientert rundt to aksar, som kvar har to polar. Den eine aksen representerer agenten sin økonomiske kapital, medan den andre aksen representerer agenten sin kulturelle kapital. Dei to polane representerer lite og mykje kapital (Boge, 2021, s. 6-7).





Det kan varere frå studie til studie kva data ein treng for å konstruere sosiale-, økonomiske- og kulturelle kapitalar som kan disponere for at ein har den posisjonen som ein har i det sosiale rommet, men i ein moderne, norsk kontekst er data om inntekt og eigedom (økonomisk kapital), utdanning, fritidssysler (kulturell kapital) og sosiale nettverk (sosial kapital) gjerne sentrale når ein skal konstruere agentar sin posisjon i det sosiale feltet (Boge, 2021, s. 7).

Det sosiale rommet er dominert av dei med dei høgste posisjonane i rommet. Det er dei med dei høgste posisjonane som har makt til å definere korleis ein oppfattar, delar inn og vurderer verda. Det handlar altså om å ha herredømme over persepsjonskategoriane og dei som vert dominerte tenderer mot å nedvurdere seg sjølv. Bourdieu kalla denne forma for dominans for symbolsk vald og han beskriv det som ein «usynleg makt» og ei mild form for vald. «Usynleg makt» brukast fordi både den som utøvar makta og den som makta vert utøvd på nekter for at det brukes makt. Årsaka til dette slik som Bourdieu såg det er doxa. Det gjer at agentar godtar den sosiale orden, utan å sjå alternativ eller forstår at dei er undertrykt (Boge, 2021, s. 7; Wilken, 2008, s. 68-69).

#### *2.2.4 Doxa, heterodoxa og ortodox*

Bourdieu bruker omgrepet doxa om dei uskrevne reglane og oppfattningane om korleis ein skal agere i det sosiale feltet. Doxa er standpunkt eller viten som ein tar for gitt innafor eit aktuelt felt. Det er dei med dei høgste posisjonane i det sosiale feltet sine uartikulerte oppfatningar eller meiningar som gjerne representerer doxa. Bourdieu bruker omgrepet heterodoxa om angrep på den etablerte doxa, medan han bruker ortodoxa om når representantane for doxa må forsvare doxa mot angrep. Ved angrep på doxa må ting som tidlegare var tause eller implisitte reglar og kriteriar artikuleras. Når dette skjer mistar doxa den sjølvsgatte statusen og svekkast slik at den blir ein blant mange posisjonar (Boge, 2021, s. 6; Aakvaag, 2008, s. 154-157).

### 2.3 Forskningsspørsmål

Studien er basert på tre forskningsspørsmål:

1. Korleis kan da ha seg at eg har erfart at sjukepleiarar har hatt lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt ved ei medisinsk mage-tarm avdeling på eit større norsk universitetssjukehus?
2. Korleis har sjukepleiarfaget posisjonert seg om ernæring til pasientar med ulcerøs kolitt i fortid og notid?
3. Kva økonomiske-, kulturelle- og sosiale kapitalar kan disponere for at agentar har den posisjonen som dei har i det sosiale feltet, og har posisjonert seg om ernæring ved ulcerøs kolitt som dei har?

## 2.4 Autososioanalyse

Bourdieu argumenterte for at det er nødvendig at forskaren gjennomfører ei autososioanalyse av seg sjølv. Det for å bli medviten om korleis det kan ha seg at ein tenkjer som ein gjer og korleis ein sjølv posisjonerar seg om den aktuelle praktikken. Ein konstruerer da sin eigen habitus ved å spørre seg sjølv dei samme spørsmåla som ein stiller til forskningsobjekta (Boge, 2021, s. 8).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet har eg gjort greie for kva metode eg har brukt for å finne svar på forskningsspørsmåla.

### 3.1 Registrantanalyse

For å finne svar på dei ulike forskningsspørsmåla har eg gjennomført ei dokumentanalyse i form av ein praxeologisk registrantanalyse. I slike analyser kan ein skaffe seg oversikt over relativt store mengder dokument, slik som lærebøker, artikler, blogger, lover og stortingsmeldingar, ved å registrere type dokument, årstal, posisjonar, disposisjonar og posisjoneringar (Celica & Mathiesen, 2007, s. 188). Målet er å kunne rekonstruere praktikkar

og sjå korleis praktikken har oppstått og endra seg over tid. Ein forklarar endringar i posisjoneringar ved å konstruere posisjonen til den som posisjonerte seg hadde i det sosiale feltet. I den samanheng kan det være nødvendig å gå inn i andre historiske kjelder for å sjå kva det var som skjedde i det sosiale feltet på denne tida. For å kunne finne brudd bør man gå minst 20-30 år tilbake i tid (Boge, 2021, s. 10; Kropp, 2009, s. 183-186).

## 3.2 Teknikk

Her vil eg beskrive meir detaljert om korleis eg har gått fram for å kunne svare på dei ulike forskningsspørsmåla.

### *3.2.1 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 2*

For å svare på forskningsspørsmål 2 har eg analysert norske lærebøker i grunnleggjande sjukepleie frå den fyrste boka kom ut i 1877 og fram til 2022. Desse har eg systematisert inn i ein tabell for å lettare kunne identifisere brudd. I tabellen er det registrert tittel, årstall, forfattar, posisjon, ulike disposisjonar (kulturelle-, sosiale- og økonomiske kapitalar) og posisjoneringar. Aktuelle lærebøker er identifisert ved hjelp av søk på nasjonalbiblioteket, samt ved hjelp av tidlegare masteroppgåver som også har gjort liknande analyser (Kleppe, 2015; Rognaldsen, 2021). På same vis ynskja eg å undersøke lærebøker i sjukepleie ved masterutdanninga i gastrojukepleie ved Høgskulen på Vestlandet, men sidan det ikkje er eige lærebøker i gastrojukepleie har eg tatt utgangspunkt i litteraturen på pensumslista til masterutdanninga.

### *3.2.2 Materiale som har bidratt til å svare på forskningsspørsmål 3*

For å kunne forklare korleis det kan ha seg at posisjoneringane er som dei er (jf. Forskningsspørsmål 3), vil brot og endringar i posisjoneringane forklarast i lys av kva posisjon dei som posisjonerte seg hadde i det sosiale feltet. Her har eg benytta meg av blant anna arbeidet til Aina Schiøtz (2003) om historia til det norske helsevesenet.

### 3.2.3 Svare på forskningsspørsmål 1

For å svare på korleis det kan ha seg at eg har erfart at sjukepleiarane ved ei medisinsk avdeling på eit større norsk universitetssjukehus har lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt (jf. undring og forskningsspørsmål 1), har eg drøfta data frå analysane av posisjon, disposisjonar og posisjoneringar (jf. forskningsspørsmål 2 og 3).

### 3.3 Ethiske vurderingar

Helsefagleg forskning er regulert gjennom fleire lovverk. Helseforskningsloven, forskningsetikkloven og personopplysningsloven er alle lovar som skal sikre sikkerhet og tryggleik for deltakara i forskning, samt at forskninga blir gjennomført på ein etisk korrekt måte. Desse lovane bygger blant anna på Helsinkideklarasjonen frå 1964 som samanfatta etiske prinsipper for medisinsk forskning på menneskjer. For å kunne gjennomføre eit forskningsprosjekt som involerer menneskjer eller helseopplysningar er det lovpålagt å søkje om løyve til dette frå regional etisk komite (REK), norsk senter for forskningsdata (NSD) og personverombudet før ein går i gang med studien (Malterud, 2017, s. 211). Denne studien har ikkje krevd godkjenning frå REK eller NSD da studien ikkje behandlar helseopplysningar eller involerer menneskjer, men er ein registrantanalyse kor alle kjelder allereie er offentleg tilgjengeleg.

## 4.0 Analyse del I: Autososioanalyse

For å kunne forklare og forstå korleis det har seg at eg er ein sjukepleiar med vidareutdanning i gastrojukepleie som no har skreve ei masteroppgåve om ulcerøs kolitt, har eg gjort ein minivariant av ein autososioanalyse, der eg har lyfta fram sosiale-, økonomiske- og kulturelle kapitalar som kan ha disponert for at eg har den posisjonen som eg har (Boge, 2021, s. 8).

*Sosial kapital*

Eg vaks opp i ein familie med foreldre, tvillingsøster og to yngre brødre (f. 2005 og 2008). Tvillingsøstra mi er gift og har to gutar (f. 2019 og 2022). Sjølv er eg forlova med ein franskmann og saman har me ein gut (f. 2020). Omgangskretsen min har hovudsakelig bestått av andre sjukepleiarar, mens etter at eg møtte forloveden min er den blitt utvida til hans kollegaer og andre franskmenn som bur i området.

### *Kulturell kapital*

Blant mine besteforeldre var det hovudsakleg grunnskulen som blei tatt. Farfar (f. 1918) var i militæret under krigen og tok navigasjonsutdanning før han flykta over til England. Når han kom tilbake jobba han som fiskar, på sildefabrikk og som vaktmester. Farmor (f. 1924) var frå England og hadde tilsvarande grunnskule derfra. Ho var husmor og når min farfar begynte å jobbe på land så starta ho å jobbe som reingjørar. Morfar (f. 1933) var selger og kjørte lastebil og buss. Mormor (f. 1938) hadde butikkfagskule utanom grunnskulen, men av helsemessige grunnar jobba ho ikkje innan det faget. Ho var husmor til ho var i 50-åra, før ho starta som ufaglært på sjukeheim.

Far min (f. 1964) er elektriker med to fagbrev (høgspent og lågspent) samt at han har tatt vidareutdanning på fagskulen som installatør. Mor mi (f. 1968) er lærer (adjunkt) med to bachelorgrader og vidareutdanning i både leiing og rettleiing.

Både mormor og mor har vært svært glad i å lese og i oppveksten var det alltid mange bøker rundt meg. Mormor var også svært glad i Bergen filharmoniske orkester og frå ung alder fekk søstra mi og eg være med på barnekonserter med dei. Sådan har både musikk og lesing stått sterkt.

Forloveden min har doktorgrad i romfysikk og arbeidar som forskar ved universitetet. Sjølv fullførte eg bachelor i sjukepleie ved daværende høgskolen i Bergen i 2016, før eg fullførte

vidareutdanninga i gastrojukepleie i 2020. Sjølv om planen min i utgangspunktet var å fullføre vidareutdanninga, så gjorde nok det at eg møtte han at tanken om å fullføre ein master blei meir reell. Og når det blei muleg å bygge på vidareutdanninga mi med ei masteroppgåve, så bestemte eg meg for å søke.

Veien til å interessere meg for tarmsjukdommar og ernæring har vore i bakgrunnen lenge, men før eg starta med denne oppgåva tenkte eg ikkje at far min sin ulcerøse kolitt hadde hatt nokon innverknad på val av tematikk. Mens nå etter å ha reflektert rundt det så ser eg at det alltid var nokre restriksjonar på kost i heimen. Vi hadde aldri særlig sterk mat og var ikkje dei første i omgangskretsen som starta med taco. Når me kjøpte brød måtte det ikkje være heile korn eller frø i det, da det kunne gje far problemer med magen. Samtidig blei interessa sterkare etter at sønnen min blei født da det er ein arveleg komponent i sjukdommen og interessa blei da auka i forhold til kva ein kan gjere for å minske risikoen for å få sjukdommen. Dette skjedde samtstundes med at tarmflora og tarmhelse blei meir omtalt i mediene.

### *Økonomisk kapital*

Økonomisk har eg vakse opp i ein familie kor begge foreldra mine har hatt gode jobbar. God økonomi har eg framleis. Eg arbeidar som spesialsjukepleiar og eig husværet me bur i. Forloveden min arbeidar som forskar på eit universitet.

## 5.0 Analyse del II:

I denne delen av studien har eg analysert lærebøker i grunnutdanningen i sjukepleie og pensumslitteratur ved masterutdanninga i gastrojukepleie. Fyrst har eg analysert lærebøkene og pensumslitteraturen sin posisjon og disposisjon (jf.kap 5.1). I kapittel 5.2 har eg analysert lærebøkene og pensumslitteraturen sine posisjoneringar etter tidsepokar for å beskrive kor det skjer brot i doxa og ernæringsvitskapen sin posisjon i det medisinske feltet.

## 5.1 Lærebøkene og pensumslitteraturen sin posisjon og disposisjonar

For å kartlegge dei ulike lærebøkene og pensumslitteraturen sin posisjon og disposisjon henta eg inspirasjon frå masteroppgåva til Dahl (2020, s. 24-26) og doktorgradsavhandlinga til Jesper Frederiksen (2016, s. 133-136). Begge agerte i ein praxeologisk tradisjon og rangerte dokumenta etter samla mengde kapital.

I denne studien har eg valt å sjå på kulturell og sosial kapital som vist i tabellen nedanfor. Skjematisk oversikt over disposisjonane til alle lærebøkene er satt opp i ein matrise i Vedlegg 1.

Disposisjon	Indikator
Kulturell kapital	<u>Ku. 1:</u> Dokumenter som er eller har vært i bruk ved vidareutdanninga/masterutdanninga i gastrojukepleie. <u>Ku. 2:</u> Dokumenter som er eller har vært i bruk ved grunnutdanninga/bachelorutdanninga i sjukepleie.
Sosial kapital	<u>So. 1:</u> Dokumenter som leses av studentar ved vidareutdanninga/masterutdanninga i gastrojukepleie. <u>So. 2:</u> Dokument som blir lest av studentar ved grunnutdanninga i sjukepleie.

*Tabell 1: Indikattorar for dokumenta sin posisjon og disposisjon*

Dei dokumenta som antas å ha den høgste posisjonen av dokumenta er lærebøkene og dei andre pensumsdokumenta frå vidareutdanninga/masterutdanninga i gastrojukepleie, fordi det er ein høgare utdanning enn grunnutdanninga. Sidan det ikkje er skreve ei eigen lærebok

i gastrojukepleie, nyttar utdanninga seg av lærebøker som er skriva for medisnutdanninga, samt litteratur frå helsemyndigheitane (Helsedirektoratet, 2016, s. 187-188) og konsensus frå internasjonale faggrupper (Kemp et al., 2018, s. 764-765).

## 5.2 Analyse av posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt i lærebøker i sjukepleie

I denne andre delen av analysen (jf. kap. 5.2) har eg argumentert for at det var relativt mykje fokus på ernæring i lærebøker i sjukepleie i perioden 1877-1984, men ernæringsråda var ikkje kopla spesifikt til ulcerøs kolitt. Dette endrar seg i 1968 (jf. kap 5.2.1.3) kor ein for fyrste gong omtalte ernæring i samband med pleie til pasientar med ulcerøs kolitt, men i læreboka frå 1968 står det ikkje noko om kva pasientar bør ete og drikke, berre at sjukepleiar må fylgje legens forordning (Hulbak, 1971, s. 409-410).

### 5.2.1 1877-1984: Ernæring ved ulcerøs kolitt er ikkje nemnd

I perioden 1877-1984 er ikkje ernæring ved ulcerøs kolitt nemnd i lærebøkene i sjukepleie. Imidlertid er dette ein periode kor kunnskapen og fokuset på både ernæring og ulcerøs kolitt endrar seg i 1921 (jf. kap. 5.2.1). Før me ser nærare på desse endringane, skal me gjere eit kort opphald kring posisjoneringane om ulcerøs kolitt og ernæring i perioden 1877-1920.

#### 5.2.1.1 1877-1920: Ernæring generelt er sentralt

Den fyrste sjukepleiarutdanninga i Noreg blei oppretta av *Christiania Indremisjon* i 1868. Dette var ein diakonal utdanning som vaks fram for å ta seg av problemstillingar som kom av framveksten av industrisamfunnet (Boge, 2008, s. 41). Diakonissa Rikke Nissen skrev i 1877 det som blei den første norske læreboka i sjukepleie. Dei andre lærebøkene frå denne perioden blei skrevet av leger. Felles for desse bøkene er at det er relativt mykje fokus på ernæring og bøkene går svært detaljert til verks. For pasientar med problemar med fordøyinga var det viktig at ein ikkje belasta fordøyinga unødig. Det blir dermed spesifisert at det var viktig at maten var lett fordøyeleg, samt at pasienten måtte ete langsamt, tygge maten godt samt ete mindre mengder og hyppigare for å unngå å «overbelaste» fordøyinga



(Kaurin, 1879, s. 13-14; Nissen & Martinsen, 2000, s. 35-39; Waage, 1901, s. 82-86).

Ernæringsfokuset i perioden 1877-1920 var på vitaminer og dei ulike mangelssjukdommane knytta til dei ulike vitaminerna. Det blir også her lagt vekt på at kva kost pasientane skulle ete var noko legen skulle bestemme og sjukepleiaren skulle følge nøyaktig det som legen hadde ordinert. Da Noreg er eit langstrakt land og det gjerne kunne ta ei stund før legen kunne sjå pasienten var det likevel ansett som viktig at sjukepleiarane hadde noko kunnskap om sjukekost slik at dei kunne rådgje pasienten og dei pårørande fram til legen kom fram (Kaurin, 1879, s. 13-14; Nissen & Martinsen, 2000, s. 35-39; Waage, 1901, s. 82-86).

I perioden 1877-1920 blei det meir snakk om ulcerøs kolitt som ein diagnose i det medisinske miljøet. Sjølv om ein i medisinsk litteratur har skrevet om diarétilstander sidan antikken, blei omgrepet ulcerøs kolitt først brukt i 1859 av Sir Samuel Wilks (Mulder, Noble, Justinich & Duffin, 2014). Ulcerøs kolitt blei meir kjent i det medisinske miljøet etter at Sir William Hale White (1857-1949) i 1888 publiserte ein utfyllande beskriving av ulike tilfeller av det som man antok var ulcerøs kolitt då kasusene ikkje passa med andre kjente årsaker til diaré som for eksempel tyfus eller dysenteri (Mulder et al., 2014). I 1909 blei det holdt eit symposium i London av the Royal Society of Medicine kor over 300 ulike tilfeller av ulcerøs kolitt blei presentert. Ein samla da inn ulik informasjon som kva symptomar som var vanlige, når sjukdommen som oftast debuterer, samt ulike behandlingar for var forsøkt og kor mange av pasientene som døde av komplikasjonar (Mudireddy, Blonski & Lichtenstein, 2014; Mulder et al., 2014). I dei norske lærebøkene som kom ut i denne perioden er ikkje ulcerøs kolitt nemnd som eigen diagnose (Kaurin, 1879; Nissen & Martinsen, 2000; Waage, 1901).

Dei agentane som posisjonerte seg om ernæring og ulcerøs kolitt i perioden 1877-1920 var hovudsakleg leger, med unntak av Rikke Nissen som var diakonisse. Edvard Kaurin var distriktslege, overlege og ein av stiftarane av den norske legeföreninga og H.R. Waage var også lege. Dei hadde dermed ein høg posisjon i samfunnet generelt og i det medisinske feltet

spesielt. Legene var svært interessert i etablere sjukepleieutdanning, då dei var misnøyde med dei ufaglærde pleiarane som jobba på sjukehusa. I 1868 starta Noregs fyrste sjukepleieutdanning og legane blei den yrkesgruppa som fekk mest makt over dei fagutdanna pleiarane (Boge, 2008, s. 39, 41). Når Rikke Nissen i 1877 gav ut si lærebok i sjukepleie var det under pseudonymet R.N. Ho argumenterte for at sjukepleie skulle være eit sjølvstendig embete slik som leger og prestar. Dette stod i motsetning til tankjen som legane og prestane hadde om underordna, lydige hjelpara (Boge, 2008, s. 41-42).

#### 5.2.1.2 1921-1967: Ernæring generelt ved tarmlidingar

I perioden 1921 til 1967 skjedde mange endringar i det norske samfunnet. Trass i skiftande økonomiske tidar var det einigheit blant dei folkevalde at staten hadde eit aukande ansvar for befolkninga si helse. I ernæringsforskninga var det framleis fokus på vitaminer og behandling av mangelsjukdommar (Schiøtz, 2003, s. 19). Ein starta også å ha fokus på enkelte næringsstoffar og kva mangel av dei kunne gjøre. Dette kom samtidig med dei harde 30-åra og andre verdskrig. I denne perioden var det vidspredt frykt for matmangel, noko som førte til auka fokus på å forebygge mangelstilstander. I 1941 blei dei fyrste diettanbefalingane presentert på *the Natrional Nutrition Conference on Defence* i Washington D.C. etter at både dei britiske og amerikanske myndigheitene ville ha fastslått eit minimumbehov for ernæring for å være klar for krig (Mozaffarian, Rosenberg & Uauy). I Noreg var ernæringsforskninga leia av Karl Evang. Han var ein aktiv studentpolitkar i 1920-åra, formann i Socialistiske Lægers forening i 1930-åra og medisinaldirektør frå 1938. Som Carl Schiøtz var Evang overbevist om at kosthald var den viktigaste miljøfaktoren for menneskets naturlege utvikling (Schiøtz, 2003, s. 227-228).

I lærebøkene frå 1921-1967 er det fokus på dei ulike næringsstoffa, samt ein startar å beskrive korleis dei ulike næringsstoffa blir tatt opp i fordøyinga (Jervell, 1941, s. 91-107; 1960, s. 193-213; Müller, 1921, s. 104-110; Tanberg, 1932, s. 72-83). I 1932 blei boka *Ernæringslære og dietikk: Lærebok for sykepleiersker* utgitt av dr.med Andreas Tanberg (1932) og blei med det den fyrste spesifikke læreboka om ernæring for sjukepleiara. Boka

går igjennom både generell ernæringslære og dietta ved ulike sjukdomstilstander, men boka frå 1932 skriv ikkje spesifikt om ernæring ved ulcerøs kolitt. Den fyste norske læreboka i sjukepleie som skriv eksplisitt om ulcerøs kolitt kom ut i 1941 (Jervell, 1941, s. 50), men ulcerøs kolitt er kun nevnt i sjukdomslæredelen og ikkje i forbindelse med ernæring. I bøkene er det tatt utgangspunkt i det som er skreve om diett ved mage- og tarmsjukdommer. I tiåra etter symposiet i 1909 auka forståinga for ulcerøs kolitt valdsamt i det medisinske miljøet. Etter 1930 starta ein med meir standardiserte kirurgiske behandlingar og nokon av teknikkane frå denne perioden er framleis i bruk i dag (Mulder et al., 2014). Frå 1940-talet fekk ein også med seg andre legespesialiteter som patologer og radiologer. Ein fekk då dei første utgreiande skildringane av patologien ved ulcerøs kolitt og ein starta å bruke radiologiske undersøkingar meir for å vurdere utbreiinga av sjukdommen (Mulder et al., 2014). Eit anna aspekt som kom i denne perioden var at det gjennom 30- og 40-tala var mange rapportar som kobla ulcerøs kolitt til ulike psykiatriske diagnosar og det blei rapportert at psykoterapi hadde kurert nokon pasientar og hadde fremja remisjon hos andre (Mulder et al., 2014).

I perioden 1921-1967 er det kun leger som har vore redaktørar for lærebøkene i sjukepleie, men det var nokre sjukepleiarar i redaksjonskomitéen i læreboka frå 1941 og 1960 sjølv om redaktøren var dr. med Anton Jervell (1941, 1960).

### *5.2.1.3 1968 - 1984: Ulcerøs kolitt, men ingen ernæring*

I 1967-1968 gav Norsk sykepleierforbund ut eit 12 binds læreverke i sjukepleie. Eit arbeid som starta i 1964 av ein komité leia av sjukepleiar Kjellaug Lerheim (Hernæs, 2012). Årsaka til at ein satte ned ein komité for å arbeide med dette læreverket var eit behov for meir omfattande teorikunnskap. I 1960 kom det ein ny lov om godkjenning av sjukepleiarar og i 1962 kom ein ny skuleplan kor teoridelen i sjukepleiarutdanninga var fordobla (Østby, 2012). I dette læreverket var det for fyrste gangen sidan læreboka til Rikke Nissen at sjukepleiara var forfattara av lærebøker i sjukepleie. Sjukepleielærar og diakon Edward Hulbak skreiv kapittelet om sjukepleie til pasientar med sjukdom i fordøyingsorgana, kor det var eigen

underoverskrift om pleie til pasientar med ulcerøs kolitt (Hulbak, 1971, s. 409-410). Hulbak (1971, s. 409) skriv at pleien til pasientar med ulcerøs kolitt skal ta sikte på å redusere tarmperistaltikken ved at pasienten får den forordnede dietten og medikamentene. Men Hulbak skriv ikkje noko om kva innhaldet i ein forordna diett ved ulcerøs kolitt kan være. Slik viten er det legen som har.

#### *5.2.1.4 Oppsummering av posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt i perioden 1877-1984*

I perioden 1877-1984 hadde ernæring ein høg posisjon i lærebøker i sjukepleie, uavhengig av om lærebøkene hadde legar eller sjukepleiarar som redaktørar og uavhengig av om ernæring var kopla til ulcerøs kolitt eller ikkje. I perioden 1877-1984 er ernæring noko som må føreskrivast av legar. Innsikt i ernæring er med andre ord medisinsk viten, med tilhøyrande høg posisjon i dei akademiske hierarkia (jf. Homo Academicus, kap. 2). Sjølv om det er skrive relativt mykje om ernæring så er det poengtert at det blir bestemt av legen, på lik linje med andre medisinske behandlingar. Sjukepleiarfaget har dermed ikkje noko ansvar for anna enn å syte for at pasienten får den dietten som legen har forordna-

#### *5.2.2 1985 - 2022.: Klinisk ernæring*

I boka *Medisinsk og kirurgisk sykepleie* av Hallbjørg Almås (1985, s. 369-370) med fleire skjer det ein endring i korleis sjukepleiarfaget skriver om ernæring knytta til ulcerøs kolitt. Her blir også ulcerøs kolitt for fyrste gong skrevet om saman med Crohns sjukdom, noko som ein ser at ein fortsetter å gjere fram til dags dato. Almås har ein eigen underoverskrift om næringsbalansen og går detaljert til verks for å beskrive kva kost pasientane bør ete i dei ulike fasane av sjukdommen. Ho argumenterar også for å inkludere ein dietiker (ernæringsfysiolog) i behandlinga (Almås, 1985, s. 369-370). Frå læreboka til Almås kom ut i 1985 og fram til vår tid (2022) skjer det ingen store endringar i korleis ein skriv om ernæring i forhold til pasientar med ulcerøs kolitt. I lærebøkene som kom seinere skreiv ein om ulcerøs kolitt saman med Crohn's sjukdom og starta å bruke samlebetegninga inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) om dei to sjukdommane (Almås, 1985, s. 369-370; 1992, s. 433-435; Helsedirektoratet, 2016, s. 187-188; Henanger, Løvik & Lundin, 2019, s. 478-479; Kemp et al.,

2018, s. 764; Reime, 2008, s. 276-277; 2013, s. 325-326; Reime & Opheim, 2019, s. 324; Stubberud & Nilsen, 2013, s. 442; Thoresen et al., 2019, s. 242). Skjematisk framstilling av posisjonane til dei ulike lærebøkene er framstilt i Vedlegg 1.

I perioden frå 1985 og fram til i dag er det hovudsakleg sjukepleiarar som skriv lærebøkene i sjukepleie og der kor ein har eigne lærebøker innan klinisk ernæring, er det kliniske ernæringsfysiologar som er forfattera. I 1982 blei ernæringsfysiolog ein beskytta tittel og dei som fekk denne tittelen var dei som hadde tatt grunnutdanninga i generell ernæring ved Universitetet i Oslo (Kliniske ernæringsfysiologers forening, 2019). Studier i klinisk ernæring starta første gong ved Universitetet i Oslo i 1997 og det blei ein 5 årig profesjonsutdanning i 2002 ("Klinisk ernæringsfysiolog," 2022). Det ein ser er at det verkar som at legane for det meste har trukket seg ut av ernæringsfaget. Frå 1985 virker det som at sjølv om det er fokus på ernæring til pasientar med ulcerøs kolitt i sjukepleien og i lærebøkene så kjem ikkje dette synet fram i den kliniske kvardagen. Dette ser man også i ein brosjyre som er skreve om IBD-sjukepleie av og for IBD-sjukepleie så er ikkje ernæring eit tema som er gått nærare inn på enn at ein nevner at det er eit greit tema å ha på mestringskurs (Hellan, Jelsness-Jørgensen, Alvestad, Tollefsen & Seglem)

Hausten 2004 starta daværende Høgskolen i Bergen (nå Høgskulen på Vestlandet) opp vidareutdanning innan gastro-sjukepleie på 30 studiepoeng stadfestar dosent Marit Hegg Reime (personleg kommunikasjon, 21.05.2023) på epost. Vidareutdanninga blei sidan utvida til 60 studiepoeng og frå hausten 2021 er det mogleg å ta mastergrad innan spesialiteten gastro-sjukepleie. Da det ikkje er skrevne eigne lærebøker i gastro-sjukepleie på norsk nyttar vidareutdanninga bare ei bok relatert til ernæring (Henanger et al., 2019), men anvender i staden litteratur som *Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten* frå Helsedirektoratet (2016) og konsensusærklæring frå sjukepleiargruppa i den europeiske Crohn's og kolitt foreninga (ECCO – European Crohn's and Colitis Organisation) (Kemp et al., 2018). I litteraturen som anvendes ved vidareutdanninga i gastro-sjukepleie er det også fokus på ernæring til pasientar med ulcerøs kolitt og sjølve råda som blir gitt er svært lik det som blir skreve i lærebøkene i sjukepleie. Litteraturen som

nyttast ved vidareutdanninga i gastrosjukepleie posisjonerar seg dermed ikkje annleis enn lærebøkene ved grunnutdanninga i sjukepleie. I forhold til kven som er forfattar er det i hovudsak sjukepleiarar og ernæringsfysiologar, men i boka *Mat og medisin* (Henanger et al., 2019) er overlege Knut E. A. Lundin med som forfattar av kapittelet om magesjuktarmssjukdommar (kapittel 34).

### *5.2.2.1 Oppsummering av posisjoneringar om ernæring ved ulcerøs kolitt i perioden 1985-2022.*

Frå 1985 og fram til i dag (2022) har lærebøker i grunnleggjande sjukepleie hatt sjukepleiarar som redaktørar og dei har omfatta omtaler om kva ernæring som er anbefalt for pasientar med ulcerøs kolitt. Det ser ut for ernæringsråda for pasientar med ulcerøs kolitt blir slått saman med ernæringsråda for Crohn's sjukdom og at desse to sjukdommane blir omtalt med samlebeteninga inflammatoriske tarmsjukdommar (IBD). Ernæringsråda ser ut for å basere seg på viten som er generert av ernæringsfysiologar (Almås, 1985, s. 369-370; 1992, s. 433-435; Reime, 2013, s. 325-326; Reime & Opheim, 2019, s. 324; Stubberud & Nilsen, 2013, s. 442; Thoresen et al., 2019, s. 242). Frå 2004 blei det starta opp vidareutdanning i gastrosjukepleie (Marit Hegg Reime, personleg kommunikasjon 21.05.2023). Litteraturen som nyttast ved vidareutdanninga har ein høgare posisjon i det akademiske hierarkiet (jf. kap 5.1), men litteraturen posisjonerar seg likt som lærebøkene i sjukepleie (Helsedirektoratet, 2016, s. 187-188; Henanger et al., 2019, s. 478-479; Kemp et al., 2018, s. 764).

## 6.0 Drøfting av forhold som kan bidra til å forklare posisjoneringane i forhold til ernæring hos pasientar med ulcerøs kolitt

I undersøkinga i forhold til posisjoneringane rundt ernæring til pasientar med ulcerøs kolitt er det mange aspekter som spelar inn i forhold til kvifor ein skriv om ernæring til pasientar

med ulcerøs kolitt som ein gjer i dei ulike tidsperiodane. Alt frå kunnskap om diagnosen, ernæringsvitenskapen sin utvikling, helsevesenet sin utvikling og den generelle samfunnsutviklinga har spelt inn i kva som var fokus i dei ulike periodane.

### 6.1 Perioden 1877-1984

I perioden 1877-1984 var det ein stor utvikling innanfor medisinen og helsevesenet for øvrig. Det blei gjennomslag for at myndigheitane hadde eit ansvar for befolkninga og ein fekk etterkvar eit etablert helsevesen (Schiøtz, 2003, s. 18-21). Den fyrste norske læreboka i sjukepleie kom ut i 1877. Redaktøren av diakonisse Rikke Nissen (Nissen & Martinsen, 2000). Dei andre lærebøkene i sjukepleie som kom ut i perioden 1879-1967 hadde legar som redaktørar. I alle lærebøkene i sjukepleie frå perioden 1877-1967, var det relativt mykje fokus på ernæring (jf. kap. 5.2). Før 1941 var det ikkje posisjoneringar om ulcerøs kolitt i lærebøker i sjukepleie. Det kan ha samband med at det var fyrst på 1930-talet ein fekk standardisert moglege kirurgiske behandlingar av ulcerøs kolitt. I forhold til medisinsk behandling blei det gjort mange forsøk på ulike behandlingar, men ingan av desse skulle leve vidare. Fyrst i 1955 kom den fyrste studien som viste betring hos pasientar som fekk kortikosteroidar, ein behandling ein framleis nyttar i dag (Mudireddy et al., 2014; Mulder et al., 2014).

I lærebøkene frå perioden 1977-1966 var det ingen koplingar mellom posisjoneringane om ulcerøs kolitt og posisjoneringar om ernæring, sjølv om det var fokus på den generelle ernæringa. Fram til 1967 så er det hovudsakeleg leger som er forfattara og redaktørar for lærebøkene i sjukepleie, men frå 1967-68 er det sjukepleiarar som har vore redaktørar (jf. kap. 5.2.2). På 1960-talet var Karl Evang helsedirektør. Han var lege og var ein del av fagstyret som skulle gjenreise Noreg etter krigen (Schiøtz, 2003, s. 309-318). Evang-perioden mellom 1945-1972 var prega av ekspansjon av helsetenesta. Det kom fleire arbeidsplassar og utdanningsplassar. Ein fekk fleire yrkesgrupper i helsevesenet, slik som fysioterapeuter, radiografar og laboratoriepersonell. Alt dette gjorde at sjukepleiefaget blei trekt meir i retning av medisin, teknologi og administrasjon og det blei kjempa for at sjukepleie skulle bli

ein profesjon slik som medisin. Fordoblinga av teoridelen i sjukepleiarutdanninga frå 1962 førte til ein auka profesjonalisering av utdanninga og yrke. Sjukepleiarane fekk i denne perioden også meir ansvar for undervisninga ved sjukepleieskulane noko som førte til at sjukepleiarane også fekk større innverknad på utdanning og den faglege utviklinga (Østby, 2012).

Den valdsamme ekspansjonen av helsevesenet som skjedde i Evang-perioden gjorda at myndighetene måtte setje bremsene på frå 1972. Helsevesenet var blitt alt for dyrt og det klarte ikkje å løyse oppgåvene sine. Det blei eit spørsmål om korleis ein skulle organisere helsevesenet og det fagstyrte helsevesenet blei utfordra. Den tidlegare sterke legedominansen blei utfordra både av andre grupper helsepersonell og av myndigheitane som ynskjer å forbetre helsevesenet (Schiøtz, 2003, s. 20-21).

## 6.2 Perioden 1985-2022

I perioden 1985-2022 ser ein at det skjer ein endring i måten lærebøkene i sjukepleie skriv om ernæring til pasientar med ulcerøs kolitt. Sjukepleiarane tar meir sjølvstendig ansvar for ernæringa, og lærebøkene går detaljert til verks om kva ein skal passe på, samt at ein for fyrste gong nevner å ta inn dietiker (ernæringsfysiolog) i behandlinga av pasientane med ulcerøs kolitt. Derimot kan det virke som at legane trekker seg meir ut frå ernæringsvitenskapen og overlet den til ernæringsfysiologane. Frå 1985 ser det ut for at lærebøker i sjukepleie hovudsakeleg har basert posisjoneringane om ernæring på viten som er generert av ernæringsfysiologar (jf. kap. 5.2.2). Ernæringsfysiolog blei ein beskytta tittel i 1982 og det verkar som at dei tek meir og meir «makt» frå legane i forhold til ernæringsvitenskapen. Då ernæringsfysiolog blei ein beskytta tittel i 1982 var tittelen knytt til grunnutdanninga i generell ernæring ved Universitetet i Oslo. Fyrst i 1997 starta Universitetet i Oslo opp utdanning i klinisk ernæringsfysiologi som blei 5-årig profesjonsutdanning i 2003 ("Klinisk ernæringsfysiolog," 2022).



Litteratur som nyttast i vidareutdanninga i gastrojukepleie er ikkje skreve spesifikt for den utdanninga og litteraturen som blir nytta posisjonar seg ikkje annleis enn lærebøkene frå grunnutdanninga i sjukepleie (jf. kap 5.2.2).

Legane si dabbande interesse for ernæring kring 1985 oppstå samstundes med at biologiske legemiddel og små-molekylær behandling vert tatt i bruk ved behandling av ulcerøs colitt, slik at pasientar som tidligare ville ha blitt operert nå kan få sjukdommen slått ned ved hjelp av biologisk behandling (Mudireddy et al., 2014; Mulder et al., 2014). Samstundes blei dei pressa på fleire felt akademisk. Den auka profesjonaliseringen som hovudsakeleg skjedde gjennom vitenskapleggjing gjorde at sjukepleievitenskap har blitt til ein universitetsdisiplin og doktorgradar ved medisinske fakulteta blir i aukande grad tatt av andre helseprofesjonar enn legane (Schiøtz, 2003, s. 544). Legane sin plass i det akademiske hierarkiet har dermed i aukande grad blitt utfordra av vitenskapleggjinga av sjukepleien og dei andre helseprofesjonane (jf. Homo Academicus, kap. 2). Som Schiøtz (2003, s. 544-545) påpeikar at utviklinga innafor medisinen nå går så raskt at det er nærmast umogleg for legane å følgje med. Det kan dermed sees på som naturleg at legane har måtte gje fra seg for eksempel ernæring når det kom nye helseprofesjonar til som jobbar meir spesialisert mot enkelte fagfelt.

Medan legane si interesse for ernæring dabba av kom det andre inn på banen. I 1987 blei pasientforeningen *Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer* (nå *Mage-tarmforbundet*) stiftet av gastroenterologer før den seinare blei overført til pasientane. Dei siste åra har foreningen vore aktiv i å fremje eit ynskje om auka fokus på ernæring i behandlinga av inflammatoriske tarmsjukdommar (jf. kap. 3.1.3). Dei har blant anna hatt underskriftskampanje mot enkelte tilsetningsstoffar som er vanleg i maten som dyrestudiar har vist at kan gje tarminflammasjon (Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, 2020). Det auka fokuset på brukarmedverknad har gjort at pasientforeningane også har fått ein stemme i forhold til både behandlinga av sjukdommen og kva som blir forska på i forhold til sjukdommen (Schiøtz, 2003, s. 547-548). Mage-tarmforbundet kan også påverke forskninga ved at dei gjennom stiftelsen DAM er med å støtter ulike forskningsprosjektar (Mage-

tarmforbundet).

## 7.0 Avsluttende kommentarer

Denne studien starta med ei undring over at sjukepleiarar har hatt lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt ved ei medisinsk mage-tarm avdeling på eit større norsk universitetssjukehus. I leiting etter svar på korleis det kan ha seg at det er lite fokus på ernæring ved ulcerøs kolitt ved eit sit større norsk universitetssjukehus, har eg gjort ein registrantanalyse av korleis lærebøker i grunnleggjande sjukepleie og lærebøker i vidareutdanning i sjukepleie, kliniske spesialitetar, retning gastrosjukepleie, har posisjonert seg til ernæring ved ulcerøs kolitt (jf. vedlegg 1). Analysane som er basert på ei antaking om at ein medisinsk logikk om ulcerøs kolitt er dominant i det medisinske feltet og at ernæring har ein låg posisjon i denne logikken, fordi det er eit hierarki i helsevesenet kor legen, med tilhøyrande medisinsk viten, har ein overordna fagleg posisjon. Antakinga er undersøkt ved hjelp av den franske sosiologen Pierre Bourdieu sin teori om akademisk hierarki, med ein tilhøyrande praxeologisk analysestrategi og analyser av brudd (jf. kap. 2.0).

Analysen viser at lærebøker i grunnleggjande sjukepleie hadde mykje fokus på ernæring i perioden 1877-1984. I denne epoken blei ernæring rekna for å vere ei medisinsk behandling som skulle føreskrivast av legar (jf. kap. 5.2.1). Det vil sei at ernæring var underlagt ein medisinsk logikk med tilhøyrande posisjon i dei akademiske hierarkia. I læreboka i grunnleggjande sjukepleie som kom ut i 1985 oppstår det eit brudd. Frå då av og fram til vår tid (2022) er ikkje ernæring lenger noko som skal føreskrivast av legar (jf. kap. 5.2.2). Lærebøker i grunnleggjande sjukepleie og i gastrosjukepleie baserer hovudsakleg sine posisjoneringar om ernæring på viten frå ernæringsfysiologar.

På bakgrunn av analysane er det generert ein teori om at bakgrunnen for at det er lite fokus på ernæring når pasientar med ulcerøs kolitt er innlagde ved ei medisinsk mage-tarm

avdeling ved eit større norsk universitetssjukehus, er at frå 1985 har ikkje kunnskap om ernæring blitt rekna som medisinsk viten. Ernæring har med andre ord tapt sin plass som høgverdig medisinsk viten med tilhøyrande plass i dei akademiske hierarkia (jf. *Homo Academicus*, kap. 2). Ernæringsvitenskapen er i staden tatt meir og meir over av ernæringsfysiologane. Eg og andre sjukepleiarar ved den aktuelle medisinske gastroavdelinga ser ut for å ha underlagt oss den medisinske logikken, med tilhøyrande lite fokus på ernæring og mykje fokus på medisinske behandlingsteknologiar.

Det er mykje me framleis ikkje veit når det kjem til ernæring hos pasientar med ulcerøs kolitt. Forskning pågår og det kjem stadig nye perspektivar i forhold til korleis me tenkjer om ernæring og mange har meiningar rundt temaet (jf. kap. 3.1.3 og 3.1.4). Ekspertane er ueinige og når det nærmer seg innlevering av denne oppgåva pågår det ein offentlege debatt kor ein har legevitskapen på den eine sida og fagpersonar innan ernæring på den andre (Bjerkholdt, 2023). Debatten er har også Mage-tarmforbundet involvert seg i da dei som nemnt i kap. 3.1.3 er uroa for påverknaden av kosten i forhold til den aukande antallet pasientar med ulcerøs kolitt og Crohn's sykdom (Kolby & Johansson, 2023). Dette med kost og inflammatoriske tarmsjukdommar var også noko som var eit tema i Kemp et al. (2018) da det er noko som pasientane tydeleg er interessert i. Det er ein interessant debatt å følgje med denne studien som bakteppe i forhold til det akademiske hierarkiet og det som tilsynelatande er ein kamp om posisjonar og definisjonsmakt i ernæringsfeltet.

## Litteraturliste

- Almås, H. (1985). Sykepleieaspekter ved funksjonsforstyrrelser i mage-tarmkanalen. I K. C. Toverud, H. Almås & K. Toverud (Red.), *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforl.
- Almås, H. (1992). Sykepleie til pasienter med forstyrrelser i mage-tarm-kanalen. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 966 s. ill. 929 cm). no: Universitetsforl.
- Bjerkholdt, B. O. (2023, 25.05.2023). Krangler om ultraprosessert mat: - En hype, sier fedmeekspert. *nrk*. Hentet fra <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/krangler-om-ultraprosessert-mat--en-hype-sier-fedmeekspert-1.16421493>
- Boge, J. H. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia* Universitetet i Bergen, Bergen.

- Boge, J. H. (2021). Ei praxeologisk tilnærming til konstruksjonar av samfunnsvitskapleg viten. <https://doi.org/https://doi.org/10.15845/praxeologi.v3i0.3161>
- Bourdieu, P. (1988). *Homo academicus*. Cambridge: Polity Press.
- Callewaert, S. (1997). Om den praktiske sans som noget kropsligt. I S. Callewaert (Red.), *Bourdieu-studier*. København: Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, Københavns Universitet Amager.
- Callewaert, S. (2019). Introduktion til Pierre Bourdieu: "De tre former for teoretisk viden". *Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*, 1(0), e2595. <https://doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.2595>
- Celica, K. & Mathiesen, A. (2007). Historiserende feltanalyse. I L. Fuglesang, P. Hagedorn-Rasmussen & P. B. Olsen (Red.), *Teknikker i samfundsvidenskabene*. Roskilde Universitetsforelag.
- Dahl, M. B. (2020). Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020. I *Outpatient surgery – a healthpolitical strategy for effectiveness? A praxeological registant analysis of Governmental regulations, 1995-2020*: Høgskulen på Vestlandet.
- Enders, G., Enders, J. & Windt-Val, B. (2015). *Sjarmen med tarmen : om et av kroppens mest undervurderte organer*. Oslo: Cappelen Damm.
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. I O. Hammerslev, J. Arnholtz Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sociologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* (s. 190-210). København: Hans Reitzels forl.
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: Tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberal velfærdsstats profesjoner* (Doktorgradsavhandling). Roskilde Universitet. Hentet fra [https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen J. 2015 Tv\\_rpr\\_ofessionelle\\_velf\\_rdsprofessioner.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rpr_ofessionelle_velf_rdsprofessioner.pdf)
- Frigstad, S. O., Haugum, B. & Holler, T. (2021). *Myter og fakta om kosthold og IBD*.
- Hegstad, M. G. & Ekelund, M. (2020, 23.08.). Flere dyrestudier med alarmerende funn: Lovlige tilsetningsstoffer kan fremkalle tarminflammasjon. Hentet 2022 18.04. fra <https://magetarm.no/undersider/nyhetsartikkel/flere-dyrestudier-med-alarmerende-funn-lovlige-tilsetningsstoffer-kan-fremkalle-tarminflammasjon?Action=1&PID=19>
- Hellan, J., Jelsness-Jørgensen, L.-P., Alvestad, L., Tollefsen, L.-A. & Seglem, M. L. *IBD-sykepleie*.
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken : veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* ([Rev. utg.]. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Henanger, H. H., Løvik, A. & Lundin, K. E. A. (2019). Mage-tarmsykdommer. I C. A. Drevon & R. Blomhoff (Red.), *Mat og medisin : lærebok i generell og klinisk ernæring* (7. utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Henriksen, C., Borchsenius, C., Retterstøl, K., Keeping, D. & Maizels, D. (2019). *Klinisk ernæring* (1. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Hernæs, N. (2012). Bøker vi vil huske. *Sykepleien Forskning*, 2012(10), 95-98. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/990027.gen-ext.pdf>
- Hovmark, H. (1995). *Homo Academicus*. Oversetting og kommentar til Pierre Bourdieu: *Homo Academicus*. Les Editions de Minuit, 1984. Engelsk oversetting, Polity Press, 1988. *Universitetslæreren, Dans Magisterforening*, 85, 14-15.

- Hulbak, E. (1971). Sykepleie ved sykdommer i fordøyelsesorganene. I K. Lerheim, C. Borchgrevink, O. Breiland & R. Juvkam (Red.), *Lærebok for sykepleieskoler. Bind IV B* (bd. 2, s. S. 332-736). Oslo: Fabritius.
- Jacobsen, D. & Toverud, K. C. (2017). *Sykdomslære : indremedisin, kirurgi og anestesi* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jahnsen, J. & Bua, T. (2022). *IBD skolen*.
- Jervell, A. (1941). Kosthold og diettlære. I J. H. Berner, G. Arentz & A. Jervell (Red.), *Lærebok for sykepleiersker. Bind II* (s. XVII, 194 s.). Fabritius.
- Jervell, A. (1960). Diettlære. I A. Jervell, G. Wolan, R. Hunskaar, E. Thomassen, H. Nymoene & A. Thomassen (Red.), *Lærebok for sykepleiere, Bind VII* (s. 221 s.). Fabritius.
- Johansson, M. & Schatten, A. (2020, 28.01.). Pasienterfaringer med ernæringsråd og kronisk sykdom. Hentet 22.04. 2022 fra [http://www.nske.no/konferanse\\_2020/presentasjoner/pasientforeningen\\_johansson.pdf](http://www.nske.no/konferanse_2020/presentasjoner/pasientforeningen_johansson.pdf)
- Järvinen, M. (2020). Pierre Bourdieu. I H. Andersen & L. B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (6. udgave. utg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Kaurin, E. (1879). *Sygepleiersken*. no#: Cammermeyer.
- Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Jäghult, S., Ashton, K., ... Bager, P. (2018). Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(7), 760-776. <https://doi.org/10.1093/ecco-icc/ijy020>
- Kleppe, E. (2015). *Norske kostråd. En praxeologisk studie - med Pierre Bourdieus praktikk- og feltteori som analytisk verktøy. Periode 1946 – 2014* The University of Bergen.
- Klinisk ernæringsfysiolog. (2022, 21.12.2022). I *Wikipedia*. Hentet 05.05.2023 fra [https://no.wikipedia.org/wiki/Klinisk\\_ern%C3%A6ringsfysiolog](https://no.wikipedia.org/wiki/Klinisk_ern%C3%A6ringsfysiolog)
- Kliniske ernæringsfysiologers forening. (2019, 07.07.2022). Autorisasjon og tittel. Hentet 05.05. 2023 fra <https://keff.no/klinisk-ern%C3%A6ringsfysiolog/autorisasjon-og-tittel>
- Kolby, M. & Johansson, M. (2023, 23.05.). Folkehelse på spill. Hentet 25.05. 2023 fra <https://www.dagensmedisin.no/folkehelse-pa-spill/566772>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I O. Hammerslev, J. Arnholtz Hansen & I. Willig (Red.), *Refleksiv sosiologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu* København: Hans Reitzels forl.
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer. (2020, 24.08.). Lovlige tilsetningsstoffer kan fremkalle tarminflammasjon: Ikke la oss bære risikoen! Hentet 08.04. 2022 fra <https://www.underskrift.no/vis/8026/>
- (2021). *Tarmkanalen*. Hentet fra <https://open.spotify.com/episode/6ymnCLDTB1VqDyGU2DeYnQ>
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer. (2022, 14.03.). Marit Kolby ble årets hjelper. Hentet 08.04. 2022 fra <https://magetarm.no/undersider/nyhetsartikkel/marit-kolby-ble-aarets-hjelper?Action=1&PID=19>
- Lundin, K. E. A. & Jahnsen, J. (2022). Sykdommer i tynntarm og tykktarm. I L. Aabakken, K. I. Birkeland, L. Gullestad & K. C. Toverud (Red.), *Indremedisin 1* (2. utg., s. 333-346). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mage-tarmforbundet. Forskningskomité. Hentet 25.05. 2023 fra <https://magetarm.no/om-mage-tarm-forbundet/organisasjonsinfo/forskningskomite>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag Kirsti Malterud* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Moum, B. (2022, 01.06). Ulcerøs kolitt. Hentet 10.10. 2022 fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/magetarm/tilstander-og-sykdommer/tykktarm/ulceros-kolitt>
- Mozaffarian, D., Rosenberg, I. & Uauy, R. History of modern nutrition science—implications for current research, dietary guidelines, and food policy. *BMJ*, 361, k2392-k2392. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2392>
- Mudireddy, P. R., Blonski, W. & Lichtenstein, G. R. (2014). The History of Medical Therapy of Ulcerative Colitis. I(s. 1-14). New York, NY: New York, NY: Springer New York.
- Mulder, D. J., Noble, A. J., Justinich, C. J. & Duffin, J. M. (2014). A tale of two diseases: The history of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, 8(5), 341-348. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2013.09.009>
- Müller, C. (1921). Sykepleie ved indre sykdommer. I K. Grøn & S. Widerøe (Red.), *Haandbok i sykepleien* (s. 358 s. ill.). no#: Aschehoug.
- Nissen, R. & Martinsen, K. (2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Perlmutter, D., Loberg, K. & Jahr, M.-C. (2016). *Sunn tarm - klart hode : hvordan gode tarmbakterier beskytter og reparerer hjernen din*. Oslo: Cappelen Damm.
- Petersen, K. A. (1997). *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed ? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark* Aarhus Universitet.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygeplejevidenskab: hvad er det? : en diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. S.l.: Forlaget Hexis.
- Reime, M. H. (2008). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken : 3 : Klinisk sykepleie* (bd. 3). Oslo: Akribe.
- Reime, M. H. (2013). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie sykepleieboken 3* (2. utg., s. 277-388). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Reime, M. H. & Opheim, R. (2019). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utgave. utg., bd. 3). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Rognaldsen, L. L. (2021). *Tildekking av hår praktikker på operasjonsavdelinger: Et praxeologisk perspektiv* (Masteroppgåve). Høgskulen på Vestlandet.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (bd. B. 2). Oslo: Universitetsforl.
- Stubberud, D.-G. & Nilsen, C. (2013). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 431-452). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tanberg, A. (1932). *Ernæringslære og dietetik*. no#: Nasjonalforl.
- Thoresen, L., Borchsenius, C. & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens ernæringsbok* (5. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Torp, R. & Moum, B. (2012). IBS-symptomer ved IBD kan medføre feilbehandling. Hentet fra <https://gastroenterologen.no/2012/05/ibs-symptomer-ved-ibd-kan-medfore-feilbehandling/>
- Universitetet i Oslo. (2018, 14.12.2022). IBSEN III - Inflammatorisk tarmsyksom i Sørøst-Norge. Hentet 13.01. 2023 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/ibsen-inflammatorisk-tarmsyksom/>

- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Wyller, I. (1990). *Sykepleiens historie i Norge* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Waage, H. R. (1901). *Lærebog i Sygepleie*. xx#.
- Zhan, Y.-l., Zhan, Y.-a. & Dai, S.-x. (2017). Is a low FODMAP diet beneficial for patients with inflammatory bowel disease? A meta-analysis and systematic review. *Clin Nutr*, 37(1), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.05.019>
- Østby, B. A. (2012). Nye tanker om sykepleie. *Sykepleien Forskning*, 2012(10), 30. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/990027.gen-ext.pdf>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.

## Vedlegg 1: Registrantanalyse med nokon direkte sitat

Disposisjon	Indikator
Kulturell kapital	<p><u>Ku. 1:</u> Dokumenter som er eller har vært i bruk ved videreutdanninga/masterutdanninga i gastrosjukepleie.</p> <p><u>Ku. 2:</u> Dokumenter som er eller har vært i bruk ved grunnutdanninga/bachelorutdanninga i sjukepleie.</p>
Sosial kapital	<p><u>So. 1:</u> Dokumenter som leses av studentar ved vidareutdanninga/masterutdanninga i gastrosjukepleie.</p> <p><u>So. 2:</u> Dokument som blir lest av studentar ved grunnutdanninga i sjukepleie.</p>



Master i sykepleie – kliniske spesialiteter, spesialisering gastrosykepleie. Tone Mangerøy

Tittel	Årstall	Forfattar	Posisjon	Disposisjonar (ulike kapitalar)	Posisjoneringar
<b>Lærebog i Sygepleie for Diakonisser</b>	1877	Rikke Nissen	Diakonisse	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Lege ansvarlig for å ordinere kost og porsjonsstørrelse. Svært detaljerte utgreiningar om kva som kan være relevant kost.
<b>Sygepleiersken: Kortfattet veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd</b>	1879	Edvard Kaurin	Distriktlege, overlege, ein av stifterne av den norske legeförening	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Sykepleieren kunne veilede den syke i kosthold pga lange avstander. Framleis lege som har øverste ansvar. Viktig med porsjonskontroll (ikkje for mykje og ikkje for lite).
<b>Lærebog i sygepleie</b>	1901/1914	H.R. Waage	Lege	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Lege bestemmer kva pasienten skal ete og drikke. For eksempel ved fordøyelsessjukdommer var det viktig at pasienten nøyaktig overholdt ein spesiell diett. Svært detaljerte utgreiinger om kva som var godtatt diett.
<b>Haandbok i Sykepleien/Lærebok i sykepleien</b>  <b>Sykepleie ved indre sykdommer → sykekost</b>	1921/1926	Dr.med Kr. Grøn Dr.med Sofus Widerøe  Dr. Carl Müller	Overleger ved Kristiania kommunale sykehus	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Beskriver næringsstoffer, protein, karbohydrater og fett, samt vann og forskjellige salter.  Nødvendig med lett fordøyelig mat og ikkje for store porsjoner.
<b>Ernæringslære og dietikk: Lærebok for sykepleiersker</b>	1932/1940	Dr.med Andreas Tanberg		<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Beskriver diett ved mave- og fordøyelsessykdommer. Lett fordøyelig kost, fint fordelt tilstand for å lette fordøyelsen. Detaljert oversikt over tilatt mat.
<b>Lærebok for sykepleiersker</b>	1941/1951	Anton Jervell  Redaksjonskomité:	Overlege, dr.med. Tønsberg	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Eget kapittel om diettlære.  Ulike kostformer. Skånekost Absilutt diét

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gudrun Arentz – forstanderinn e ved Oslo Sanitetsforenings sykepleierske skole</li> <li>- Magda Asbjørnsen – Diakonisse ved Diakonissehusets sykehus</li> <li>- Karen Elise Moe – Forstanderinn e ved Røde Kors sykepleierske skole, Oslo</li> <li>- Agnes Rimestad – Forstanderinn e ved Oslo kommunale sykehus</li> </ul>			Lett kost (farse-purédiét) → pasienter med fordøyelsessjukdommer
<b>Lærebok for sykepleiere</b>	1960/1962	Anton Jervell  Redaksjonskomité: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gudrun Wolan → Forstanderinn</li> </ul>	Prof.dr.med	<u>Ku. 2</u>  <u>So.2</u>	Mykje av det samme som tidligere fra dr. Jervell

		<p>ne Røde Kors sykepleierskole</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ragna Hunskaar → Undervisning sleder sykepleieskolen, Aker sykehus</li><li>- Elisabeth Thomassen → Undervisning sleder Diakonissehusets sykepleierskole, Oslo</li><li>- Helene Nymoen → Sykepleielærer ved sykepleierskolen, Ullevål sykehus</li><li>- Astrid Thomassen → sekretær Norsk sykepleierforbund</li></ul>			
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Master i sykepleie – kliniske spesialiteter, spesialisering gastrosykepleie. Tone Mangerøy

<b>Lærebok for sykepleieskoler</b>	1968	Edward Hulbak	Sykepleielærer/diakon	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Lite skrevet rundt ernæring
<b>Medisinsk og kirurgisk sykepleie</b>	1985	Hallbjørg Almås	Sykepleier ved postoperativ avdeling, Aker sykehus. Sykepleierlærerutdanning og noen års lærerpraksis. Ellers erfaring fra kirurgisk/ortopedisk avdeling.	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Næringsbalanse Elektrolyttforstyrrelser, akutt fase, energilagre. Kost fullverdig med hensyn til elektrolytter, sporelementer, jern og alle vitaminer. Registrere kost i akutt fase.  Prøve seg fram. Ha eit så avslappet forhold til mat som mulig positivt for pasientens psykiske tilstand.
<b>Klinisk sykepleie</b>	1992	Hallbjørg Almås	Mange års erfaring fra klinisk sykepleie og har deltatt i forskningsarbeid og i faglig utredningsarbeid. Hun har lærerutdanning fra Norges Sykepleierhøgskole og praktiserte som lærer før hun begynte som intensivsykepleier ved kirurgisk avdeling, Aker sykehus	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Mykje likt som i boka fra 1985
<b>Klinisk sykepleie</b>	2001	Hallbjørg Almås (red) Lillian Reiten Kjerstin Skrede Mordal		<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	Mykje likt som boka frå 1985 og 1992
<b>Sykepleieboken 3 Klinisk sykepleie Unni Knutstad (red)</b>	2008	Marit Hegg Reime	Høgskulelektor, gastrojukepleiar	<u>Ku. 2</u> <u>So.2</u>	<b>Direkte sitat</b>  Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer

				<p>IBD → Forebygging av ernæringssvikt (276-277)</p> <p>Ved sykdomsutbrudd har kroppen økt forbruk av næringsstoffer, og pasienten kommer ofte i en dårlig ernæringsstilstand på grunn av nedsatt inntak av føde (nedsatt appetitt, smerter, diaré, kvalme), nedsatt opptak av næringsstoffer (betennelse i slimhinnen, hurtig passasje av føde), økt tap av næringsstoffer (proteintap fra tarmslimhinne, blødning) og økt ernæringsbehov (feber, infeksjoner).</p> <p>Ved alvorlige tilfeller av ulcerøs kolitt taper pasienten proteiner, jern og elektrolytter på grunn av blødning og diaré. Ved fulminant sykdom trenger pasienten total parenteral ernæring for å få dekket behovet for næringsstoffer, elektrolytter, vitaminer og sporstoffer, da slimhinnen i tykktarmen ikke vil være i stand til å suge opp væske.</p> <p>Ved aktiv Crohns sykdom som rammer distale ileum, eller etter operasjoner der nedre del av tynntarmen er fjernet, kan det være gunstig med omlegging til et magrere kosthold. Fettreduert kost kan motvirke plagsom, fettaktiv diaré. Ved omfattende fettrestriksjon suppleres kosten med mellomlange fettsyrer (MCT, <i>medium chain triglycerides</i>), som er fettstoffer som er vannløselige og kan absorberes uten micelledannelse. Etter absorpsjon transporteres de via blodbanen og ikke gjennom lymfekarene. Det fins MCT-margarin og MCT-olje som kan brukes i matlagning.</p> <p>Sykepleieren må regne ut pasientens daglige energi- og protein-behov. Det tilstrebes et proteininntak på 1,5-2,0 g/kg/døgn ved sykdom (Irtun et al 2006). Pasienten må tilbys hyppige små måltider, som kan</p>
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>stimulere appetitten og dekke ernæringsbehovet. Snacks mellom måltidene øker kaloriinntaket. Ved malabsorpsjon av vitamin B<sub>12</sub> må dette gies som tilskudd. Ved diaré på grunn av økt gallesyrekonsentrasjon i tykktarmen kan peroral behandling med kolestyramin, som binder gallesyrer, forsøkes. Dersom store deler av tynntarmen må fjernes ved utbredt sykdom, kan pasienten få malabsorpsjon av mange viktige næringsstoffer. Det bør da innhentes råd fra ernæringsfysiolog om tilfredsstillende ernæringsterapi.</p> <p>Dårlig ernæringstilstand og bivirkninger av glukokortikoider kan kreve tilskudd av jern, kalsium, vitamin D, sink, magnesium og folinsyre. Mange pasienter opplever at de blir dårlige av jerntabletter, og nyere undersøkelser viser at jerntabletter kan resultere i at betennelsen i tarmslimhinnen blusser opp. Jern kan tilføres som infusjon, og denne behandlingsmåten foretrekkes ved jernmangel. Det er vanlig å unngå svært fiberrik kost, sitrusfrukter, asparges, sopp og brokkoli når en vet at det er forsnevninger og trange partier i tarmen. Melk kan øke diaréfrekvensen, fordi laktose ikke blir spaltet i tarmen. Mange pasienter merker bedring hvis de unngår melkeprodukter når sykdommen er i en aktiv fase. Det pågår også forskning omkring <i>probiotika</i>, der en tilfører bakterier som ikke er sykdomsframkallende, og som endrer sammensetningen av tarmfloraen. Mekanismene bak virkningen av probiotika er uavklart, men det har vore hevdet at de virker ved å opprettholde tarmens barriere mot uønskede</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>sykdomsframkallende mikrober, reduserer pH, stimulerer sekresjon av bakteriedrepende peptider fra tarmepitelet, fremmer immunresponsen og nedsetter tarmens permeabilitet. Dagens probiotiske produkter er vanligvis syrnet med ulike stammer av laktobasiller eller bifidobakterier (Birkeland og Tandberg 2003).</p> <p>(Reime, 2008, s. 276-277)</p>
<p><b>Klinisk sykepleie 1 (4.utg)</b>  <b>Red: Hallbjørg Almås, Dag Gunnar Stubberud, Randi Grønseth</b></p>	2010/2013	<p>Dag Gunnar Stubberud                  Cecilie Nilsen</p>	<p>Intensivspl                  Stomispl</p>	<p><u><b>Ku. 2</b></u>   <u><b>So.2</b></u></p>	<p><b>Direkte sitat</b></p> <p>Pasientens ernæring (s. 442)                  Det blir anbefalt å gi enteral ernæring ved alvorlig og fulminant kolitt (se kapittel 16). Avlastning av tarmen med faste og parenteral ernæring var tidligere vanlig praksis flere steder, men denne behandlingen anbefales ikke lenger (Sundhedsstyrelsen 2007).</p> <p>(Stubberud &amp; Nilsen, 2013, s. 442)</p>
<p><b>Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten</b></p>	2016	Helsedirektoratet		<p><u><b>Ku. 1</b></u>   <u><b>So.1</b></u></p>	<p><b>Direkte sitat</b>                  s. 187-188                  Målsetting</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å redusere symptomer som diaré, magesmerter og vekttap og forhindre utvikling av komplikasjoner. Råd om kosthold og/ eller ernæringsbehandling har først og fremst til hensikt å sikre et tilstrekkelig inntak av energi og næringsstoffer for å sikre vekst hos barn i alle aldersgrupper og unngå feil- eller underernæring. Det er gjort få vitenskapelige studier av kosthold ved inflammatorisk tarmsykdom. Vanligvis er rådene basert på klinisk erfaring og det pasientene selv rapporterer.</li> </ul>

				<p><b>Praktiske råd</b></p> <p>Det er individuelt hva slags symptomer den enkelte har, hva slags tiltak som demper symptomer og hva slags mat som tåles. Symptomer og nødvendige tiltak varierer også hos en og samme person over tid. Derfor er det viktig med individuell veiledning. Generelt bør man spise ofte, lite og regelmessig. Sykdommen i mild til moderat fase bør pasienten spise i henhold til generelle kostanbefalinger til friske. Man bør spise variert og bruke mat fra alle matvaregruppene (se standardkoster, kapittel 11). Man bør unngå generelle og varige kostrestriksjoner og heller tilpasse kosten i dårlige perioder, avhengig av hva den enkelte erfarer at fungerer. Fiberrik mat er generelt gunstig for å opprettholde normal tarmfunksjon og anbefales derfor i perioder hvor sykdommen ikke er i aktiv fase. Det anbefales generelt å tygge maten godt. Dersom man har lett for å tape vekt i perioder når sykdommen er aktiv er det lurt å holde en litt høyere vekt i gode perioder. Man bør spise ofte dersom man klarer lite mat av gangen. Man bør velge mat som frister i dårlige perioder, gjerne energi og næringstett kost (se Når matinntaket blir for lite kapittel 10 og Energi- og næringstett kost, kapittel 11).</p> <p><b>Utfordringer</b></p> <p>Pasientene kan ha vitaminmangel uten kliniske symptomer og uten å være klinisk underernærte. En kartlegging av matinntaket er ofte nødvendig for å vurdere risiko for mangler. Det kan være behov for tilskudd av fettløselige vitaminer, eller</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



				<p>multivitamin/mineraltilskudd. Dersom man ikke klarer å stanse vekttap eller korrigere mangel på næringsstoffer bør det søkes hjelp.</p> <p>Pasienter med inflammatorisk tarmsykdom har økt risiko for å utvikle osteoporose. Vær oppmerksom på vitamin D mangel eller nedsatt absorpsjon av kalsium. Behov for tilskudd av vitamin D og/eller kalsium må vurderes. Ved forsnevninger/ strikturer i tarmen vil visse typer fiberrik mat eller mat med trevler som seigt kjøtt, sitrusfrukt, mais, ananas, asparges og brokkolistilker kunne sette seg fast og gi smerter. Ved diaré er det viktig å erstatte tap av væske og salter. Velg gjerne drikkevarer som farris blandet med eplemost, sportsdrikk, buljong, svak te med sukker og litt salt, blåbærsaft, byggryn/ risavkok med saft og litt salt. Mat med mye stivelse som fint brød, pasta, ris, kokte poteter, modne bananer, kokt og moset gulrot, revet eple kan virke stoppende. Eggemat, kokt fisk og lyst kjøtt tolereres kan også ha dempende effekt på diaré. Ved aktiv sykdom i nedre del av tynntarmen kan man ha nedsatt evne til å fordøye fett og fettløselige vitaminer. De vil skilles ut i avføringen og kunne gi diaré. Bare de med fett i avføringen vil ha nytte av å redusere fettmengden i kosten. Inntaket av fett bør ikke reduseres for strengt, bare slik at diareen bedres. Se fettredusert kost. Prioriter å bruke fett fra fisk (tran) og planteoljer og reduser heller fete kjøtt- og meieriprodukter. Kosthold med mindre fett vil inneholde mindre kalorier, og man må spise større mengder annen mat enn før for å unngå å gå ned i vekt. Dersom det er behov for større endringer i</p>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>kosten bør man henvises til klinisk ernæringsfysiolog.</p> <p>(Helsedirektoratet, 2016, s. 187-188)</p>
<p><b>Utøvelse av klinisk sykepleie (Sykepleieboken 3) Unni Knutstad (red)</b></p>	2013	Marit Hegg Reime	Gastrojukepleiar, høgskulelektor	<p><u>Ku. 2</u></p> <p><u>So.2</u></p>	Likt som boka frå 2008.
<p><b>Second N-ECCO Consensus Statement</b></p>	2018	Karen Kemp et al.	IBD-spl	<p><u>Ku. 1</u></p> <p><u>So.1</u></p>	<p><b>Direkte sitat</b></p> <p><b>N-ECCO Statement 2G s.764</b></p> <p>Nurses need knowledge of the potential nutritional issues in patients with IBD in order to ensure there are appropriately identified and managed. Patients and carers may require ongoing support and education from nurses regarding nutrition, especially in specific situations such as stricturing disease, or following surgery. Referral to a specialist dietician is recommended. Dietary interventions may have therapeutic benefit for patients with IBD.</p> <p>There is now an accepted link between the Westernized diet and the incidence of IBD. Although causative mechanisms are not yet fully understood, the combination of diet and genetic predisposition towards IBD may be influential, and the patients often enquire about links between diet and their IBD symptoms. Patients are very interested in dietary modifications and often self-impose dietary restrictions, particularly of spicey, fatty and sugary foods, coffee, tea, carbonated drinks and alcohol, dairy products, and vegetables. However, there is no evidence of the benefit of dietary restrictions.</p>

				<p>Diet is perceived to influence symptoms in CD more than in UC. Patients with IBD need awareness of the importance of good nutrition for maintaining maximum health, particularly as they may lose weight during relapse, or may become deficient in nutrients, including iron, vitamin D and calcium. Dietary advice is generally best provided by a dietician with a special interest in IBD. Freely available dietary recommendations aimed at patients are highly conflicting and tend to focus on food restrictions.</p> <p>IBD Nurses need to appreciate that there is no specific diet that works best for everyone with IBD, and the aim is to encourage patients to follow a normal healthy diet and lifestyle as tolerated. For some patients, diet may need to be tailored based on symptoms, preferences and needs, and some dietary interventions are beneficial in managing symptoms. Nutrient supplements can improve nutritional status, and exclusive enteral nutrition can induce and/or maintain remission in children and adults with IBD, either alone or in combination with medications.</p> <p><b><i>2.9 Nutrient supplements, complementary and alternative medicines, and special diets</i></b>          Access to appropriate dietary assessment and specialist advice is important, as during the course of their illness some patients may experience general malnutrition or specific deficiencies of individual</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>nutrients. Multiple factors can lead to nutritional problems impacting on health, nutritional status and HRQoL during active disease; in addition, a wide range of nutritional and functional deficiencies can be evident after long periods of remission. The most common nutritional deficiencies in IBD are of macronutrients, vitamins such as B<sub>12</sub> and D, folic acid, and minerals such as iron, calcium, magnesium, selenium, or zinc. Deficiencies in serum albumin, vitamin D, vitamin B<sub>12</sub>, folate, and iron levels in patients with CD may indicate active inflammation.</p> <p>Vitamin D deficiency is high among patients with IBD and may be due to sun-avoidance behaviours and reduced outdoor activity. Lower levels of vitamin D correlate with increased disease activity, but a causal relationship is not clear. Vitamin D has an anti-inflammatory effect and supplementation improves outcomes, but the serum dose levels need ascertaining and larger studies are required in this area. There is convincing evidence that only those patients with CD who have an ileal resection greater than 20 cm are predisposed to vitamin D deficiency, warranting monitoring and treatment when necessary. There is no evidence that supplements of the fat-soluble vitamins A, E and K are effective.</p> <p>The use of complementary or alternative medicines (CAMs) is common across many patient populations, and the most frequently used CAMs are probiotics, multivitamins, and supplements. Probiotics are used for pouchitis when preceded by antibiotic therapy. Omega 3 fatty acids are probably ineffective in</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>maintaining remission in CD. There is insufficient evidence that glutamine, known to maintain the integrity of the intestinal mucosa and to reduce inflammation in experimental models, is safe and effective in inducing remission in CD. Aloe vera may be effective in active UC and curcumin can also be considered for induction therapy in mild to moderate UC.</p> <p>Special diets may or may not be effective. The low-FODMAP diet has been consistently demonstrated as reducing functional gastrointestinal symptoms (bloating, pain, gas), and the nurse can refer to the specialist dietician if a low-FODMAP diet is considered.</p> <p>(Kemp et al., 2018, s. 764)</p>
<p><b>Utøvelsen av klinisk sykepleie (sykepleieboken 3) (3.utg)</b></p>	2019	<p>Marit Hegg Reime</p> <p>Randi Opheim</p>	<p>Gastrosykepleier, høgskulelektor</p> <p>Førsteamanuensis, medlem av IBSEN-gruppen</p>	<p><u>Ku. 2</u></p> <p><u>So.2</u></p>	<p><b>Direkte sitat</b> s. 324</p> <p>Ernæringsterapi er en viktig komponent i behandlingen av IBD, uansett alvorlighetsgrad. Ved sykdomsutbrudd har kroppen økt forbruk av næringsstoffer, og pasienten kommer ofte i ein dårlig ernæringstilstand på grunn av</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedsatt inntak av føde (nedsatt appetitt, smerter, diaré, kvalme)</li> <li>• Nedsatt opptak av næringsstoffer (betennelse i slimhinnen, hurtig passasje av føde)</li> <li>• Økt tap av næringsstoffer (proteintap fra tarmslimhinne, blødning)</li> <li>• Økt ernæringsbehov (feber, infeksjoner)</li> </ul>

				<p>Ved alvorlige tilfeller av UC taper pasienten proteiner, jern og elektrolytter på grunn av blødninger og diaré. Ved fulminant sykdom trenger pasienten å få dekket behovet for næringsstoffer, elektrolytter, vitaminer og mineraler. Oral og enteral ernæring er å foretrekke for å kunne bevare alle tarmens funksjoner.</p> <p>Langvarig parenteral ernæring kan gi tarmatrofi og føre til bakteriell overvekst og lekkasje av mikroorganismer og toksiner gjennom tarmveggen til lymfekar, noe som i verste fall kan føre til sepsis. Kun når tarmen ikke kan brukes, som ved obstruksjonstilstander, perforasjon og kort tarm-syndrom, skal parenteral ernæring benyttes (5).</p> <p>Sykepleieren må regne ut pasientens daglige energi- og proteinbehov. Det tilstrebes et proteininntak på 1,5 – 2,0 g/kg/døgn ved sykdom. Pasienten må tilbys hyppige små måltider, som kan stimulere appetitten og dekke ernæringsbehovet. Snacks mellom måltidene øker kaloriinntaket. Ved malabsorpsjon av vitamin B<sub>12</sub> må dette gis som tilskudd. Dårlig ernæringstilstand og bivirkninger av glukokortikoider kan kreve tilskudd av jern, kalsium, vitamin D, sink, magnesium og folinsyre.</p> <p>Melk kan øke diaréfrekvensen fordi laktose ikke blir spaltet i tarmen. Mange pasienter merker bedring hvis de unngår melkeprodukter når sykdommen er i en aktiv fase.</p> <p>(Reime &amp; Opheim, 2019, s. 324)</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Sykepleierns ernæringsbok</b></p>	<p>2019</p>	<p>Lene Thoresen Cathrine Borchsenius Rolf Jarl Sjøen</p>	<p>Ernæringsfysiologer</p>	<p><u>Ku. 2</u>  <u>So.2</u></p>	<p><b>Direkte sitat</b> <b><i>Ernæring ved ulcerøs kolitt (side 243)</i></b></p> <p>Det finnes per i dag ikke noe kosthold som er dokumentert å virke positivt på UC, men der er likevel enkelte matvarer som er kjent for å kunne gi ubehag i dårlige perioder. Mat og drikke som kan stimulerer tarmen og dermed gjøre diareen verre, slik som koffeinholdige drikker, sterkt krydret mat og sukkeralkoholer, kan skape ubehag for noen.</p> <p>Det viktigste er at pasienten forsøker å spise så variert som mulig, og prøver å unngå for stor vektneidgang i perioder med aktiv betennelse.</p> <p>Tilskudd av omega-3 kan bidra til å dempe betennelse, derfor kan det være hensiktsmessig å ta tilskudd av omega-3 i tillegg til å spise fisk hvis det ikke gir ubehag.</p> <p>I dårlige perioder med mye diaré er det viktig at pasienten drikker nok for å erstatte væsketapet. Det kan gjerne være drikke som inneholder både salter og sukker ettersom, disse tas lettere opp i tarmen, for eksempel eplejuice blandet med Farris, buljong, svak te med sukker og litt salt, eller sportsdrikker. Stivelsesrik mat som pasta, ris, lyst brød, kokt gulrot, banan og revet eple kan virke stoppende og kan derfor være gode alternativer.</p> <p>Noen kan som følge av kraftig diaré ha en sekundær laktasemangel, og bør i slike perioder kutte ned på</p>
-----------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>inntaket av melk og andre matvarer som inneholder melkesukker.</p> <p>I tillegg til å spise næringsrik mat kan det for mange være lurt å drikke næringsdrikker mellom måltidene. Hvis det føles lettere å drikke enn å spise, kan det i visse perioder også være aktuelt å drikke næringsdrikker til måltidene. Noen kan trenge tilskudd gjennom sondeernæring og ev. også intravenøs ernæring.</p> <p>(Thoresen, Borchsenius &amp; Sjøen, 2019, s. 242)</p>
<p><b>Mat og medisin.</b>  <b>Lærebok i generell og klinisk ernæring</b>  <b>7.utg</b>  <b>Drevon og Blomhoff (red)</b></p>	2019	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heidi H. Henanger</li> <li>2. Astrid Løvik</li> <li>3. Knut E.A. Lundin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klinisk ernæringsfysiolog</li> <li>2. Klinisk ernæringsfysiolog</li> <li>3. Overlege, dr.med.</li> </ol>	<p><u><b>Ku. 1</b></u></p> <p><u><b>So.1</b></u></p>	<p><b>Direkte sitat</b></p> <p><b><i>Kostbehandling s. 478-479</i></b></p> <p>Personer med Crohns sykdom risikerer å utvikle flere typer feilernæring og et vekttap som kan skyldes redusert fødeinntak, malabsorpsjon, diaré og oksidativt stress. Bruk av kortikosteroider er mer effektiv enn behandling med enteral ernæring hos voksne pasienter, og enteral ernæring er primær terapi hos pediatriske pasienter i vekst og hos pasienter med store bivirkninger av medikamentell behandling.</p> <p>I dag kommer flere pasienter i klinisk remisjon uten å ha behov for enteral eller parenteral ernæring. Disse pasientene får ofte dekket sitt energibehov, men de kan få mangel på mikronæringsstoffer. I tilfeller hvor terminale ileum er affisert, kan det forekomme mangler på vitamin B<sub>12</sub> og de fettløselige vitaminene A, D, E og K, i tillegg til magnesium og</p>



				<p>kalsium. Pasientene bør av den grunn få kostveiledning, hvilket er spesielt viktig ved oppfølging etter tarmkirurgi.</p> <p>Pasientene bør anbefales en kost som ligger så nær opptil de generelle anbefalingene som mulig. De fleste vil ha fordel av små, frekvente og næringstette måltider. I perioder med dårlig appetitt kan det være nødvendig med beriking av maten, bruk av tilskudd enteralt eller parenteralt. Adekvat væskeinntak er også viktig, spesielt ved diaré, feber eller fistler. Ved påviste strikturer eller delvis obstruksjon anbefales en kost med lite fiber. En fiberfattig kost anbefales også ved aktive sykdomsperioder. Ellers er rådet til Crohns-pasienter det samme som for resten av befolkningen, det vil si en kost med mye fiber (&gt;25g/dag).</p> <p>Spesialkost har ikke effekt ved ulcerøs kolitt. Det er heller ikke vist at tarmhvile er gunstig for betennelsestilstanden i tarmen. Mange pasienter vil likevel etterspørre kostråd. Generelt bør pasienter med ulcerøs kolitt oppfordres til å spise så normalt som mulig, men kosten bør tilpasses eventuelle næringsstoffmangler. Medikamentet suldasalazopyrin er en folatantagonist, som brukes i behandlingen av ulcerøs kolitt.</p> <p>(Henanger, Løvik &amp; Lundin, 2019, s. 478-479)</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------