

Norske kostråd

En praxeologisk studie

- med Pierre Bourdieus praktikk- og felteori som analytisk verktøy.

Periode 1946 – 2014.



Elisabeth Kleppe

Masterprogram i helsefag - sykepleievitenskap

Forskningsgruppen Praxeologi

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Januar 2015

Forord

En stor takk til forskningsgruppen Praxeologi ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, med professor i sykepleievitenskap Karin Anna Petersen og førsteamanuensis Jeanne Boge i front og deres gode evne til å dele kunnskap og tilrettelegge for læring. Det er plattformen for denne studien. En spesiell takk til Karin Anna Petersen som har vært min veileder og bidratt med reflekterende tilbakemeldinger og tips til litteratur underveis i skriveprosessen. Også takk til medstudenter i forskningsgruppen som har bidratt til gode refleksjoner rundt undervisningstema samt gitt meg nyttige tilbakemeldinger på mine fremlegg i gruppen. Spesiell takk til Kjersti Lea som tok seg tid til å lese korrektur og ga meg konstruktive innspill.

Jeg vil også takke forfatter Lars-Erik Litsfeldt som jeg møtte i Oslo på den årlige høstkonferansen om kost, hvor han holdt et foredrag og siden sendte meg en av sine bøker som ga meg et nyttig bidrag til denne studien. Også en takk til cand.scient. ernæringsfysiologi og professor Dag Viljen Poleszynski for behjelpelighet pr. mail når jeg har søkt råd for å finne frem i litteratur om ernæring. En takk går til ansatte på BIBSYS bibliotek for god service og til Norsk sykepleieforbund for innvilgelse av stipend. Takk til studievenner som har gitt meg oppløftende tilbakemeldinger underveis. En spesiell takk går til min gode venn og ernæringsfysiolog Hilde Elisabeth Tornes for å ha delt av sitt inspirerende engasjement for kost, våre gode faglige diskusjoner og for gjennomlesning. Våre stunder la grunn for at denne oppgaven ble til.

Den største takken går til min nærmeste familie som har gjort det mulig for meg å kunne gjennomføre dette prosjektet, spesielt min samboer Ingolf som har gjort det praktisk mulig. Og for mine barns tålmodighet med at mor har hatt mindre fritid gjennom studietiden.

Innholdsfortegnelse:

Forord

Sammendrag	s. 5
1.0. Innledning	s. 7
1.1. Studiens bakgrunn	s. 7
1.2. Studiens hensikt	s. 8
1.3. Forskningsspørsmål	s. 8
1.4. Tidligere forskning og studier brukt i denne masteravhandlingen	s. 9
2.0. Vitenskapsteoretisk forankring og metodologi	s. 15
2.1. Studiens ramme	s. 16
2.2. Pierre Bourdieus vitenskapsteoretiske posisjon	s. 16
2.3. Sentrale teoretiske begrep	s. 17
2.4. Metodisk tilnærming	s. 22
2.4.0. Sosioanalysen	s. 24
2.4.1. Historisering som verktøy	s. 25
2.4.2. Etsiske betraktninger	s. 26
3.0. Bakgrunns analyser	s. 26
3.1. Autososioanalyse	s. 26
3.1.0. Posisjon i det sosiale rom	s. 27
3.1.1. Posisjon i det medisinske felt	s. 29
3.1.2. Posisjon i det akademiske felt	s. 32
3.2. Historisering – kostrådsfeltets oppkomst i det medisinske felt	s. 33
3.2.0. Tidlig forståelse av sykdom	s. 35
3.2.1. Klinikkens fødsel og etablering	s. 36
3.2.2. Tilstanden i Norge og Europa – 1800-tallet	s. 37
3.2.3. Knapphetstiden 1860-1920	s. 38
3.2.4. Ernæring og utvikling av folkehelse i Norge 1945 – 1972	s. 38
3.2.5. Nasjonalt råd for Ernæring oppstår	s. 41
4.0. Analyse av kostrådgivningsfeltet	s. 42
4.1. Ernæringsforskning nasjonalt og internasjonalt i etterkrigstiden	s. 42

4.1.0. Forskning i Norge – Nicolaysen rapporten 1963	s. 42
4.1.1. Forskning internasjonalt	s. 44
4.2. Forskningens målsetning og hvor vi står i dag.....	s. 55
4.3. Rett til å ha rett – rådende posisjoner	s. 61
4.4. Norsk ernæringspolitikk	s. 62
4.4.0. Historisk utvikling	s. 63
4.5. Ernæring i helse- og omsorgstjenesten	s. 64
4.6. Ernæring og kostveiledning i sykepleiefaget – posisjonering	s. 65
4.7. Ernæring sett som behandling og helbred – i et kritisk lys ved Scrinis	s. 76
4.8. Matkultur – del av vår habitus	s. 77
4.8.0. Korn, mel, brød	s. 78
4.8.1. Poteten – en livbøye	s. 80
4.8.2. Sukker - fra medisin og luksus til allemanns vare	s. 81
4.9. Kostrådsdebatten i media	s. 84
4.9.0. Hvem har fått rett til å tale i kostrådsdebatten?	s. 87
4.9.1. Kamp om makt og prestisje	s. 89
4.9.2. Ivrige kommersielle aktører i media	s. 92
4.9.3. Vitenskap er ikke nødvendigvis sannhet – ha sunn kritisk sans	s. 94
4.9.4. Medias interesse	s. 95
5.0. Avslutning	s. 97
5.1. Strukturering brukt som verktøy	s. 97
5.2. Historisering brukt som verktøy	s. 97
5.2.0. Posisjonering av feltet og agentene på feltet	s. 99
5.2.1. Kulturhistorien - matkultur	s. 100
5.2.2. Kostdebatten – kamp om posisjoner	s. 101
5.3. Avsluttende kommentarer	s. 101
Litteraturliste	s. 104
Bildekilder	s. 114
Vedlegg	s. 114

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere og andre helsefagutøvere har til oppgave å gi kostråd til ulike grupper i samfunnet ut fra statlig folkehelseopplysning basert på forskning forankret i vitenskapelig viten om kost. Dagens kostdebatt oppleves forvirrende, både for de som gir og de som mottar statlige kostråd. Ekspertene er totalt uenige om hva som er sunt. For å finne mer ut om dette ville jeg undersøke bakgrunnen for kostrådene. Hvor kommer de fra og hva muliggjorde denne praksisen i å oppstå og å bli opprettholdt?

Hensikt: Å beskrive og forklare norsk kostrådspraksis gjennom en kritisk distansering og objektivisering av det som utforskes for å bidra til å øke den enkelte helsefagarbeiders og andre interessertes forståelse av og refleksjon over den kostrådspraksis vi har i Norge.

Metode og materiale: Studien er en *dokumentanalyse* med en praxeologisk tilnærming ved bruk av sentrale begrep i Pierre Bourdieus praktikkteori for å konstruere en mulig forklaring, en *teori om* norske kostråd. Materialet ble innhentet ved Citation pearl growing systemet, faglitteratur, historiske kilder, offentlige dokumenter, studier, fagartikler og lærebøker.

Kunnskapsbidrag: Studien avdekker at bakgrunnen for norske kostråd er sammensatt og kompleks. Mange ulike aspekter har innvirkning på de kostråd vi har, som forståelser av sammenheng mellom mat og helse, vitenskap, politikk, ideologi, økonomi, ulike typer kapital, sosiale forhold og matkultur. Norske kostråd er ikke basert på evidensbasert vitenskapelig forskning, men på en hypotetisk vitenskapelig teori man med stor sannsynlighet antok var riktig fremfor en annen. Den valgte teorien er siden blitt reproduisert som en sannhet. Ny evidensbasert forskning viser at denne hypotesen er feil.

Nøkkelord: *Norske kostråd, praxeologi, dietary advice, Norwegian diet advice, nutritional advice, praxeology.*

Abstract

Background: Nurses and other health practitioners have to provide dietary advice to various community groups based on governmental health education and scientific research about diet. Today's nutritional advice is confusing, both for those who give and those who receive governmental nutrition consultations. Experts disagree about what is a healthy way of living. To find out more about this, I wanted to investigate the background of dietary advice. Where do they come from and what made it possible for the various practices to occur and to be maintained?

Objective: To describe, reflect and explain the Norwegian government's dietary advice through critical distancing and objectification of the explored. And also to help increase the understanding of the subject for both health workers and others who might be interested.

Method and material: The study is an analysis of documents with a praxeological approach using key concepts in the Pierre Bourdieu theory to construct a possible explanation, a theory about Norwegian nutrition consultations. The material was collected by Citation pearl growing system, non-fiction, historical sources, public government documents, studies, articles and textbooks.

Knowledge Contribution: The study shows that the background of Norwegian nutrition advice is complex and complicated. Many different aspects are influencing the dietary advice we are given; understanding the relationship between food and health, politics, ideology, economy, various types of capital, social conditions and culture. Norwegian dietary advice is not based on evidence-based research, but on a hypothetical scientific theory chosen by assuming that one was more correct than another. The selected theory has since been reproduced as the truth. New evidence based research shows that this hypothesis is incorrect.

Keywords: *Norske kostråd, praxeologi, dietary advice, Norwegian diet advice, nutritional advice, praxeology.*

1.0. INNLEDNING

1.1. Studiens bakgrunn

Denne masteravhandlingen har fokus på norske kostråd forstått som en praksis og tilhørende sosiale praktikker. Sykepleiere og andre helsefagutøvere har til oppgave å gi kostråd til ulike grupper i samfunnet ut fra statlig folkehelseopplysning som er basert på forskning forankret i vitenskapelig viten om kost og kostråd.

På bakgrunn av generell interesse for kost, kostrådsdebatten i media og erfaringer fra praksis som sykepleier i helsevesenet, ble jeg opptatt av å forstå bakgrunnen for de kostråd og den kostrådspraksis vi har i Norge i dag. Hvor kommer kostrådene fra og hva muliggjorde denne praksisen i å oppstå og å opprettholdes. Vider ønsket jeg gjennom dette, å søke en mulig forklaring på hvordan ekspertene kan være så totalt uenige om hva som er riktig kosthold, noe som er forvirrende for både de som skal gi kostholdsveiledning og mottakerne, befolkningen.

Vår tids anbefalinger om kostens innhold av næringsstoffer pr. 2014 i følge helsedirektoratet *Helhet i kostholdet og mindre stillesitting*:

- Anbefalt inntak av **cis-enumettede fettsyrer** er endret fra 10-15 prosent av kostens energiinnhold (E%) til 10-20 E%. Kilder: Rapsolje, olivenolje og nøtter.
- **Flerumettede fettsyrer** bør utgjøre 5-10 E% , hvorav minst 1E% som omega-3 fettsyrer. Kilder: Fet fisk, rapsolje og soyaolje.
- **Mettede fettsyrer** bør begrenses til mindre enn 10E%. Eksempler på kilder til mettett fett: Smør, kokosolje, fete kjøttprodukter.
- Inntaket av **transfettsyrer** bør holdes så lavt som mulig og ikke overstige 1 energiprosent.
- Anbefalingen for **totalt fettinntak** har blitt justert til 25-40 E% , sammenlignet med 25-35 E% i NNR 2004.
- Anbefalt inntak for **kostfiber** er minst 25-35 g/d (minst 3 g/MJ). Fiberinntaket bør hovedsakelig dekkes av matvarer som fullkornsprodukter, grønnsaker, bønner, nøtter, frø, frukt og bær.
- Tilsatt **sukker** bør begrenses til mindre enn 10E%. Anbefalingen for totalt karbohydratinnhold er endret til 45-60 E % sammenlignet med 50-60 E% i NNR 2004.

- For **protein**, er anbefalingene gitt både som 10-20 E% og som inntak i gram/kg kroppsvekt per dag.
- Det anbefalte inntaket (RI) for **vitamin D** er økt fra 7,5 mikrogram til 10 mikrogram per dag for barn over 2 år og voksne, og til 20 mikrogram per dag for eldre over 75 år. Behovet kan dekkes ved en teskje tran (5 ml), to teskjeer for eldre over 75 år.
- RI for **selen** er økt fra 40 til 50 for kvinner og fra 50 til 60 mikrogram per dag for menn. For gravide og ammende er anbefalingen for selen økt fra 55 til 60 mikrogram per dag. Kilder: fet og mager fisk.
- Inntaket av **salt** bør begrenses til 6 gram per dag på kort sikt og til 5 gram per dag på lang sikt.

1.2. Studiens hensikt

Masteravhandlingen har til hensikt å *beskrive og forklare* norsk kostrådspraksis gjennom en kritisk distansering og objektivisering av det som utforskes. Hensikten er å bidra til å øke den enkelte helsefagarbeiders og andre interessertes forståelse av og refleksjon over den kostrådspraksis vi har i Norge. Dette er vesentlig fordi kost generelt berører oss alle, vi har alle et forhold til mat og kosthold.

1.3. Forskningsspørsmål

Hvorfor har vi har de kostråd og den kostrådspraksis vi har i Norge i dag, hvor kommer det fra, hvordan har denne praksisen kunnet oppstå og opprettholdes og hvordan virker det inn på vår tid?

Med utgangspunkt i Pierre Bourdieus *praktikkteori*, vil jeg vende blikket mot når det hele begynte. Hvordan oppstod og opprettholdes kostråd i Norge og i hvilken kontekst? Og hvor står vi i dag ut fra målsetningene med kostråd. Dette vil jeg besvare for å forstå og forklare kostrådspraksis som en *sosial praksis* ved å se på vitenskapelige, samfunnsmessige, politiske, økonomiske, ideologiske, kulturelle og sosiale aspekt til at dagens kostråd er som de er. Altså en *praxeologisk* tilnærming ved bruk av sentrale begrep i Bourdieus teori for å konstruere en mulig forklaring, med utgangspunkt i anbefalingene fra Nasjonalt råd for ernæring, vårt statlige folkehelse- opplysningsorgan som ligger til grunn for de kostråd man gir i Norge i dag. En vitenskapelig studie av *praktikerens praksis* for å gi praktikerer mulighet til å se virkeligheten på en ny måte og

gjennom dette reflektere over sin praksis, ikke for å foreskrive praksis (Akselberg 2012:9, Petersen & Callewaert 1995).

Utvalg av data og avgrensning er gjort ved kilder lest i kilder, det som har utpekt seg og fremtrer som gjennomgående i de ulike kilder er her vektlagt.

1.4. Tidligere forskning og studier brukt i denne masteravhandlingen

Det foreligger pr. i dag ingen sykepleievitenskaplig forskning i Norge med praxeologisk forankring om norske kostråd, dvs. studier som forklarer og beskriver hvordan det kan ha seg at vi har visse kostråd og en viss kostrådspraksis i dag. Hvor denne praksisen kommer fra og hvordan den virker inn på vår pleie- og omsorgspraksis. Altså studier som søker å gi en teoretisk forklaring på kostrådspraksis, dvs. en *teori – om* praksis, dens historie, dens struktur, hvor og av hvem utførelsen av faget blir gjort, hvordan og hvorfor det i det hele eksisterer et behov for denne praksisen. Det er gjort utallige intervensjonsstudier på ulike typer kosthold på verdensbasis som danner grunnlag *for* kostråd. Det er skille mellom teori *for* praksis som består av refleksjoner for å bedre praksis og utforme et praksisideal, og teori *om* praksis, altså praxeologi, som forholder seg refleksivt til det man gjør som praktiker (Petersen 1996:123-43).

Jeg har gjort søk i BORA¹ og PubMed² med søkeordene; *norske kostråd, praxeologi/praxeology, dietary advice, Norwegian diet advice, nutritional advice*, samt disse i kombinasjon med hverandre. Enkeltord ga mange treff, men ikke i kombinasjon med *praxeologi/praxeology*.

PubMed: 3782 treff på *dietary advice*, 50 treff på *Norwegian dietary advice*, 2827 på *diet advice*, 34 på *Norwegian diet advice*, 1448 på *nutritional advice*, ingen av disse i tilknytning til *praxeology*.

BORA: 4 studier med sykepleievitenskapelig praxeologisk tilnærming, ingen om norske kostråd. To av studiene beskriver praksis, Myking (2013) og Akselberg (2012). Fra disse har jeg hentet inspirasjon til struktur og måte å bruke Bourdieus verktøy på, det å skrive en praxeologisk oppgave samt tips til litteratur. Den siste studien av Pals (2014)

¹ BORA er et digitalt arkiv med vitenskapelig materiale produsert ved UIB (Universitetet i Bergen).

² PubMed er hovedkilde for oppdatert biomedisinsk forskning og informasjon for fagområdene medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsevesen, prekliniske fag og beslektede områder fra ulike land.

Københavns Universitet, fikk jeg av min veileder Petersen, her har jeg hentet tips til litteratur:

- Marianne Myking (2013): «*Palliasjon på sykehjem: Hva gjør helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende pasienter - og hvordan formes deres handlinger?*». Studien beskriver og forklarer helsepersonells palliative behandling, pleie og omsorg av døende pasient med Bourdieus praktikk- og feltteori som analytiske verktøy.
- Ann Kristin Berge Akselberg (2012): «*Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger?*». Studien beskriver og forklarer helsepersonell sine handlinger i hjemmesykepleien med Bourdieus praktikk – og feltteori som analytiske verktøy.
- Regitze Anne Saurbrey Pals (2014): «*Den situerende viden om kost, diabetes og etniske minoriteter*». En kvalitativ studie av et forskningsprosjekt om redskaper i kostveiledning. Studien ser på beliggende kunnskap om kosthold, diabetes og etniske minoriteter.

På grunn av lite relevante treff på søkeord tilknyttet praxeologisk perspektiv, har jeg benyttet meg av «*Citation Pearl Growing*» systemet (bibliotekfaglig uttrykk) hvor man søker viten ut fra referansene i allerede leste og relevante kilder (Højbjerg 2011:43). Da denne masteroppgaven er en dokumentanalytisk studie, er det også med utgangspunkt i samme metode gjort et utvalg av sentrale *historiske studier* som ligger til grunn for og er forløperne for norske kostråd og kostrådsdebatten i Norge, samt i andre vestlige land vi kan sammenligne oss med. Disse viser *hovedfokus* og *målsetting* for tiden de oppstod i både nasjonalt og internasjonalt:

- 1958 – Seven country study – Anckel Keys, USA: Keys, med doktorgrad i biologi og fysiologi, utførte en studie med hensikt å finne en løsning på verdens mest dødelige sykdom, hjerte- og karsykdom, i etterkrigstiden. Svaret han kom frem til var at kolesterol var en betydelig risikofaktor, og at det måtte bort. Han kom frem til at fet mat økte kolesterolet i blodet og at kolesterol ble avleiret i blodårene og ga hjertesykdom. Han testet kolesterolnivået systematisk hos en rekke personer rundt om i verden og kom

frem til en sammenheng i samsvar med det han på forhånd antok. Han fant at rike folk i rike land tenderte til å spise mer fett, ha et høyere kolesterol og høyere forekomst av hjertesykdom. Keys skriver i en artikkel fra 1956:

«Jo høyere inntekt man har, desto mer fett spiser man. Men hvis man tjener mer enn 200 dollar i uken, kan man sannsynligvis ikke gjøre mer skade. Man klarer antakeligvis ikke å spise mer fett» (Eenfeldt 2011:32).

Studien startet i 1958, 12 000 middelaldrene menn fra ulike land ble fulgt over flere tiår. Matvaner og kolesterolnivå ble kontrollert, samt om deltakerne ble rammet av hjertesykdom. Men studien viste ingen klar sammenheng mellom inntak av fett og hjerte- og karsykdom, tvert i mot viste den at grekerne som spiste mest fett hadde minst hjertesykdom. Keys endret sin teori og utpekte nå kun det mettede fettene som årsak til problemet, fordi han her fant en statistisk sammenheng. Dette var opphavet til frykten for det mettede fettene (Eenfeldt 2011:35). Funnet ble publisert på forsiden av *Time* i 1984, og fettene ble en politisk kampsak. (Bilde nr. 3.: Time Magazine cover, March 26., 1984).



- 1963 – Nicolaysen-komité-studien- Norge: Komitéen ble oppnevnt etter oppfordring fra sakkyndig hold av Sosialdepartementet i 1960 med hensikt «å fremkomme med en betenkning vedrørende forholdet mellom ernæring og hjerte- og karsykdom». Komiteen bestod av professorene Nicolaysen, Eeg-Larsen, Jervell, Owren og Usvedt, magister Øgrim og dosent Hjort. Studien hadde fokus på den høye dødsraten hos menn (40-54 år) på 40 % i Norge hvor ischemisk hjertesykdom var årsak. Man bekymret seg også her for epidemien av hjertesykdom som i etterkrigstiden hadde utviklet seg til å bli det viktigste medisinske problemet. Moderne livsførsel ble utpekt som årsak til dette. Man påpekte at det dreide seg om sammensatte årsaksfaktorer, men det var hovedfokus på fettene i kosten. De sammenfattet sin diskusjon med følgende vurdering:
«Etter vårt skjønn er indisiene i favør av en sammenheng mellom økningen av ischemisk hjertesykdom og endringene av fettkonsumet så sterke at man ikke lenger kan lukke øynene for dem» (Hjort 1963:126 i Tidsskrift for Den norske Lægeforening, nr. 2). Det påpekes at det er snakk om indisier og opplyses videre at spørsmålet ikke kan avklares i en komité, det endelige vitenskapelige bevis må frembringes ved videre vitenskapelig forskning. Men komitéen mener det er overveldende sannsynlig at

resonnementet er holdbart og derav anbefaler at fettkonsumet ikke bør dekke mer enn 30 % av kaloriene, flerumettede fettsyrer minst 10 % av kostens totale fettinnhold (Hjort 1963). Dette er grunnlaget for våre kostråd i Norge i dag, men det er ikke en klar evidens i betydningen vitenskapelig bevis. Men man har likevel truffet en retningsgivende beslutning av stor betydning for kostanbefalinger til det norske folk, til tross for at de i rapporten også advarer mot, at tiltak settes i verk uten at man kjenner konsekvensene av dette.

- 1972 – *Pure, White and Deadly* – Storbritannia, John Yudkin: Yudkin ble professor i fysiologi ved London universitetet etter sin militærtjeneste i Vest-Afrika. Forskningen hans de neste to tiårene ble til boken *Pure, White and Deadly* hvor han hevdet at det fantes en klar sammenheng mellom sukker og hjertesykdom. I 1972 utga han boken om sin forskning på sukker. Han var blitt overbevist om at fett teorien var feil og at sukkeret og andre karbohydrater var årsaken til problemene (Eenfeldt 2011:39).

I boken tar han opp flere spørsmål; hvorfor folk spiser så mye sukker, hvorfor vet de så lite om farene, hvor sterk er den vitenskapelige sak mot sukker, skulle det vært et totalforbud? Yudkin var en av de første til å peke på farene ved sukker med denne teorien. Han viste til sammenhenger mellom sukkerforbruk og diabetes, hjerte og leversykdommer, tannrøte og andre tilstander. Han pekte spesielt på barn og fordelene (som alle får) ved å unngå sukker. Yudkin undersøkte også sukkerindustriens rolle og deres iherdige forsøk på å avvise påstandene om farene ved sukker (Yudkin 1972).

- 1974 - *The Saccharine Disease* – Storbritannia, Thomas L. Cleave: Cleave var kirurg, kaptein for den Britiske marine og direktør for medisinsk forskning (Institute of Naval Medicine). Han utga i denne boken en samling studier han utførte fra 1955-74 hvor han kom frem til at mange ulike sykdomstilstander var forårsaket av inntak av raffinerte karbohydrater. Han knytter flere sykdommer i vestliggjorte land til et økt forbruk av raffinerte (unaturlige) karbohydrater gjennom de siste par århundrene; diabetes, hjerte - og karsykdom, fedme og en rekke andre ikke-smittsomme sykdommer.

I følge Eenfeldt (2011:25) og Cleave (1974), så han gjennom sitt arbeid ved Royal Navy's Hospital, at menneskekroppen kom i ubalanse av de raffinerte matvarer i sivilisasjonen, primært raffinerte karbohydrater som sukker og hvitt mel, omtalt som

den nye maten. Han så forskjell på sykdommer hos ulike befolkningsgrupper og gjennom sitt arbeid under andre verdenskrig på slagskip begynte det store bildet å tre frem. Han skrev brev til hundrevis av leger rundt om i verden etter krigen og forhørte seg om hyppigheten av spesifikke sykdommer, *de nye sykdommene*. Cleave lagde en liste over nye sykdommer som plutselig ble vanlige overalt i verden noen tiår etter de nye matvarene dukket opp. Han fant ingen naturlig forklaring og kom derfor til én konklusjon: Kroppen vår er ikke feil konstruert, men brukt på feil måte, og at dette ga fedme, diabetes, hjertesykdom, gallestein, tannrøte, forstoppelse og blindtarmbetennelse. Gjennom sine mange undersøkelser kom Cleave frem til at hvis man *unngikk unaturlige matvarer ville man unngå unaturlige sykdommer*, dvs. sykdommer som generelt var fraværende hos ville dyr og i primitive samfunn. «Man blir ikke fet av å være glupsk eller lat. Ingen ville dyr blir noen gang overvektige uansett hvor mye mat de har tilgang til. Ikke så lenge de holder seg til sin naturlige kost» (Cleave i Eenfeldt 2011:25).

Han brukte sitt liv til å samle bevis og utvikle argumenter for å støtte dette synet, som kulminerte i hans store hypotese om at en rekke sykdommer der alle var forårsaket av feiltilpasning til mat som inneholder raffinerte karbohydrater. Siden de alle hadde en felles årsak så han dem som en enkelt hoved sykdom som han kalte *Sukkersykdommen*, *The Saccharine Disease* (Eenfeldt 2011:25).

- 1977 - Dietary goals for the United States - «McGovern Report»:

På bakgrunn av alvorlig bekymring i forhold til den økende negative helseutviklingen i befolkningen også i USA, ble det i 1977 nedsatt en komité for å utarbeide kostråd til befolkningen som man mente var forvirret i forhold til hvilken mat som optimaliserte helsen. Rapporten var den første regjeringsrapporten om risikofaktorer i det amerikanske kostholdet.

Hensikten med rapporten var å presentere tiltak for å redusere helsekostnadene og øke livskvaliteten for befolkningen. Tiltak ble sett nødvendig for å avgjøre hvordan endringer kunne utføres med hensyn til ernæringsinformasjon til befolkningen; hvilken mat som produseres, hvilket utvalg av matvarer som tilbys, hvordan maten er behandlet og markedsført og hvilket utvalg av mat som tilbys på ulike spisesteder.

Komiteen fremholder at de er forpliktet til å gi en praktisk veiledning til den enkelte forbruker, samt nasjonale kostråd for landet i sin helhet i et langtidsperspektiv.

“Without Government and industry commitment to good nutrition, the American people will eat themselves to poor health”.

“Our national health depends on how well and how quickly Government and industry respond” (Persey i McGovern, G., Percy C.M. et al., Dietary goals for the United States 1977:2).

- 2014 - Butter is Back. Processed Foods Are Identified as Real Culprits in Heart Disease. Dr. Mercola, USA: Mercola, lege, kirurg, kjent helseblogger samt forfatter i *TIME* opplyser at hjerte- og karsykdom er en av de fremste dødsårsakene i USA og hevder at kolesterol og mettet fett feilaktig har fått skylden for dette de siste 60 år. Mercola viser til en artikkel i *TIME* i desember (2013) der snart 100 år gamle Dr. Fred Kummerow, som har viet sitt liv til forskning på lipider, kolesterol og hjerte- og karsykdom, fikk omtalt sin forskning. Kummerow har gjennom sin forskning de siste åtte tiår kommet frem til at kolesterol *ikke* er skyld i forekomsten av hjerte- og karsykdom i industrialiserte land. Han var den første forskeren som identifiserte hvilken type fett som tetter blodårene våre, og viser i sitt arbeid at det er *transfett* og ikke mettet fett. Han publiserte en vitenskapelig artikkel om dette allerede i 1957 og utga i februar i år boken *Cholesterol is not the Culprit* som omhandler kosthold og hjertesykdom. Først nå sier Mercola videre, begynner resten av verden å ta ham igjen og US Food and Drug Administration's (FDA) har endelig startet arbeidet med å fjerne transfett i den amerikanske kosten. En del av forvirringen om fett, fortsetter Mercola, dreier seg om dets innvirkning på LDL kolesterol, ofte referert til som "dårlig" kolesterol. Det konvensjonelle synet er at høyt LDL er korrelert med hjertesykdom, og at mettet fett har tendens til å heve LDL. Men nå forstår vi at det finnes to typer LDL kolesterol partikler; små, tette LDL kolesterol og store, "luftige" LDL kolesterol. Forskning har bekreftet at store LDL-partikler ikke bidrar til hjertesykdom, men de små tette LDL-partiklene bidrar til oppbyggingen av plakk i blodårene. Transfett og raffinerte karbohydrater (mel og sukker) bidrar til å øke de små tette LDL-partikler, mens mettet fett øker de store, «luftige» og gunstige LDL-partiklene. Dessverre sier Mercola, når hypotesen om kolesterol fikk feste, byttet næringsmiddelindustrien ut mat med mettet fett, med mat med lite fett. Naturlig (sunt) fett som smør ble erstattet med skadelig transfett, vegetabiliske oljer, margarin, etc. i tillegg til mye raffinert sukker og behandlet fruktose. En stadig økende fedme og hjerte- og karsykdommer viser at denne tilnærmingen feilet.

- 2014 - Association of Dietary, Circulating, and Supplement Fatty Acids With Coronary Risk: A Systematic Review and Meta-analysis:

Mercola viser også til denne artikkelen fra Cambridge University i tidsskriftet *Annals of Internal Medicine* mars i år, den siste analysen av en stor gruppe forskere, Chowdhury mfl. som bekrefter det absolutte manglende bevis på at inntak av mettet fett fører til hjertesykdom. Man fant i denne studien ikke grunnlag for retningslinjer som anbefaler økt inntak av flerumettet fett for å redusere risiko for hjertesykdom noe som setter spørsmålsteget ved alle standardiserte kostråd knyttet til hjerte- og karsykdommer (Chowdhury R, Warnakula S, Kunutsor S, Crowe F, Ward HA, Johnson L, mfl. 2014).

Hjertespesialist Espen Rostrup (2014) har sammenfattet studien og dens resultater på sin blogg espenrostrup.com. I alt ble 32 observasjonsstudier (530 525 deltakere) om fettinntak fra mat, 17 observasjonsstudier (25 721 deltakere) om nivå av fettsyrer i blodet og 27 randomiserte, kontrollerte studier (103 052 deltakere) med intervensjon av forskjellige typer fett analysert. I analysen av fett fra mat, fant man ingen sammenheng mellom ulike typer fettsyrer og forekomst av koronar hjertesykdom, med unntak av transfett hvor det var en klar sammenheng mellom forekomst av hjertesykdom og inntak. Men man fant ingen signifikant sammenheng mellom inntak av mettet fett eller mettede fettsyrer målt i blod og koronar hjertesykdom opplyser han. Kritikerne har stilt seg spørrende til hvilke studier som er blitt inkludert og utelatt i analysen, samt mulig feil i bruk av metoder. Det er blitt gjort noen korreksjoner som følge av kritikken, men det holdes fast ved hovedkonklusjonen tross kritikken.

2.0. VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING OG METODOLOGI

Denne studien er en historisk refleksiv dokumentanalyse, med utgangspunkt i Bourdieus praktikkteori, en teori om både praktikerens praksis, men også teoretikerens (forskerens) praksis. Hos Bourdieu er å være *refleksiv* å være selvbevisst teoretisk og forholde seg utforskende til det en selv gjør som forsker (Petersen 1996:124-25).

Bourdieu kalte sitt arbeid et «epistemologisk eksperiment», hvor hensikten ikke kun var å utvikle kunnskap, men også å avdekke *premissene for produksjonen av kunnskap* som den er basert på (Wacquant 2005:551 i Wilken 2008:81).

Følgende redegjør jeg for, studiens ramme, Bourdieus vitenskapelige posisjon, sentrale begrep som nyttes som verktøy gjennom studien og metodisk tilnærming.

2.1. Studiens ramme

Praxeologi er en teori om praktikker hvor man søker å forstå og forklare en *sosial praksis* både ved å undersøke hvordan noe er, men også medregner konteksten det oppstod i og hva som muliggjorde den sosiale praksis, her kostråd, både i å oppstå og å opprettholdes. Dette gjøres ved en tosidig tilnærming og utforskning av problematikken, hvor både de teoretiske og de sosiale omstendighetene blir reflektert over, både i det som er underlagt forskning, og hos forskeren selv. Egen forforståelse legges til side og man *konstruerer en teori* ved å se på kontekstens historiske, økonomiske, sosiale og politiske aspekter i forhold til det som undersøkes. Med en slik tilnærming til problematikken, overskrider praxeologisk viten objektivistisk viten ved å medregne de omstendigheter som objektivistisk viten utelukker. Praktikk defineres som «det den enkelte av oss gjør» som blir utført innenfor en kontekst som vi kaller praksis (Petersen 1995, 2008:70-71).

Praxeologisk tilnærming, skiller seg fra erfaringskunnskap fordi den kan brukes til kritisk refleksjon i forhold til den offisielle hverdagsforståelse, det vi kaller *doxa* (Petersen & Callewaert 2014:19, Petersen, Boge & Brandser 2014:66-69).

2.2. Pierre Bourdieus vitenskapsteoretiske posisjon

Pierre Bourdieu (1930-2002) var den franske lansbygutten som endte opp som en av de mest omtalte og anerkjente sosiologer, filosofer og antropologer i det 20. århundret. Han ble utdannet ved prestisjetunge Ecole Normale Supérieure hvor han senere ble professor i sosiologi. Bourdieu studerte filosofi, logikk, vitenskapshistorie og fenomenologi (Petersen 1996:123-43, Wilken 2011:129-30).

Bourdieu's relasjonelle metode er grunnleggende konstruktivistisk og basert på en forståelse av at objekter som gjøres til gjenstand for forskning, her kostråd, må sees som konstruksjoner hvor både sosiale agenter³ og forskeren selv er deltakende i konstruksjonen. For Bourdieu finnes ingen verdifri, nøytral objektivitet, men agenter som er posisjonert innenfor et felt. En deltagerobjektivering innebærer å engasjere seg

³ Begrepet agent (gresk; *agens* = å handle eller å virke) er hos Bourdieu betegnelsen på de sosiale aktører i et gitt sosialt rom, de som utfører sosiale praktikker (Myking 2013:17, Petersen et al. 2014).

med sitt objekt, men også hele tiden å objektivere sin relasjon til det man utforsker og til forskeren selv ved å vende samme forskningsverktøy mot forskeren selv som det som utforskers, forskningsobjektet (Wilken 2011:130-31).

Bourdieu's arbeid utmerker seg ved at empiri, teori og metateori betinger hverandre fortløpende i et prosjekt hvor en ser vitenskap som en konstruksjon av en tenkt virkelighet. Han tilbyr en vitenskapelig forklaring for den erfaring ettertenksomme mennesker gjør, altså bekrefter at det er grunn til å være kritisk og mistenksom. Våre forklaringer for praksiser, årsaksforklaringer på hvorfor man forsker eller gjør som man gjør, er heller resultat av kultur enn tilfeldigheter eller frie valg (konstruerte forklaringer) (Callewaert 1994:13-14).

Ved hjelp av ulike kilder til forståelse, utforsket Bourdieu det agentene og han selv som forsker gjorde. Agentenes erfaring og opplevelse medregnet. Men Bourdieu ville forbi den hverdagslige erfaring, og ved hjelp av kunnskap om *kontekst* og *historiske* vilkår kunne han forbigå den spontane hverdagslige erfaringen (Petersen 1996:123-143, Petersen et. al 2014). Slik jeg her også vil gjøre med kostråd.

Forskeren er, ifølge Bourdieu, også selv agent og må på bakgrunn av egen posisjon i sosiale og vitenskapelige felt *objektivere sin forforståelse* i en sosioanalyse. En slik analyse har til hensikt å kaste lys over noen av premissene som danner bakgrunn for forskerens perspektiv og ståsted i det sosiale rom (Wilken 2011:131).

2.3. Sentrale teoretiske begrep

Følgende redegjøres det for teoretiske begreper som er nyttet som verktøy i studien.

*Habitus*⁴

Habitus er et nøkkelbegrep i Bourdieu's praktikkteori. I habitusbegrepet ligger en antagelse om at menneskers valg, handlinger og virkelighetsforståelse genereres av *inkorporerte disposisjoner* for å føle, tenke og handle på en bestemt måte, vaner, og at disse er kroppsliggjort, og uttrykkes gjennom det vi gjør uten å tenke over det. Disposisjonene tilegnes ubevisst gjennom livet i sosiale relasjoner, som f.eks. i familien

⁴ Begrepet *habitus* kommer ikke fra Bourdieu, men fra skolastisk filosofi og en oversettelse av Aristoteles begrep *hexis* (Wilken 2011:44).

og skolen. Måtene å gjøre ting på gjenspeiler tiden og kulturen man lærte dem i. Altså er habitus et system av varige, men foranderlige disposisjoner som agentene oppfatter, bedømmer og handler gjennom i verden (Wilken 2011:44, Andersen & Kaspersen 2013:372, Callewaert 1992:42-58,146).

Praktikker er produsert av habitus sier Petersen (1995, 2008:70-71). Mennesket har samtidig alltid en intensjon eller mening med sin måte å oppføre seg på. Bourdieu hevder at den pregning vi som mennesker utsettes for, lagres i kroppene våre som *en praktisk sans* eller *kunnskap* om hvordan vi skal orientere oss og hvordan vi fremtrer i det sosiale rom. Denne kunnskapen er ikke sosialt bevisst (Callewaert 1992:42-58,146).

Den praktiske sans eller sunne fornuft viser seg i måten man praktiserer praktikken sin på. Det er en ubevisst kunnskap i oss bygget på grunnlag av vår situasjon, i en bestemt kontekst hvor denne sansen former hvordan vi forstår handlingsmulighetene våre og hvor habitus er en teoretisk konstruksjon av det som foregår når man bruker den praktiske sans (Petersen & Callewaert 2014, Petersen et al. 2014:66-69).

Bourdieu anvender tre begreper for å konstruere habitusbegrepet; *posisjon*, *disposisjon* og *posisjoneringer* i et bestemt felt. Dette feltet er *den sosiale arena* der utførelsen av praksis foregår og hvor menneskene har med seg ulike disposisjoner som bidrar til å forme hvordan de inntar en posisjon i feltet (Petersen & Callewaert 2014, Petersen et al. 2014:66-69).

Felt

Felt kan defineres som et system av objektive relasjoner mellom posisjoner (Broady 1998:3, Bourdieu 1992:321 i Prieur, Esmark, Sestoft & Rosenlund 2006:165).

Feltteorien står sentralt hos Bourdieu og sees som et *system av posisjoner* som er relatert til hverandre og får sin betydning gjennom relasjoner til andre posisjoner i feltet. Posisjonene i et felt står både hierarkisk og polært i motsetning til hverandre, det vil si at de har forskjellige verdier og motsatte verdier. Et felt rommer derfor alltid flere posisjoner fordi et felt er definert av noe som står på spill, som posisjonerende agenter synes det er verdt å kjempe for, konkurranse eller kamp om arten av eller og mening med feltets spesifikke praksis. Denne konkurranse skaper feltets dynamikk og det er

derfor også vesentlig å også ha blikk for feltets historie (Prieur et al. 2006:165, Wilken 2011).

Feltbegrepet beskriver altså de *sosiale arenaene* hvor praksis utspiller seg og er et analytisk verktøy som kan brukes til å systematisere de ulike sosiale kampene om ulike former for kapital, som foregår innenfor rammen av et sosialt system, her i min studie i kostrådsfeltet. Agentene deltar, i følge Bourdieu, i ulike kamper om *innflytelse* og *kapital* innenfor spesifikke og relativt autonome områder (Wilken 2008:38-40).

Illusio kaller Bourdieu agentene i feltets *enighet* om at feltets praksis er så viktig at den er verdt å være uenig om, som at alle i kostrådsfeltet deler *illusio* om at kostråd er viktig for folkehelsen, men strides om utforming og teoriene som legges til grunn for rådene. Det er kampen om dette som skaper feltets dynamikk sier Sestoft. Felles for alle felt, er at de fungerer som sosiale strukturer av posisjoner, hvor innbyrdes relasjoner er definert ved kapitalfordeling. Ulike felt adskiller seg fra hverandre ved spesifiseringen i det enkeltes felts praksis. Poenget med å analysere et felt er mer enn å vise at det finnes grupper som konkurrerer om en spesifikk praksis, poenget er like mye å vise at gruppene er *definert av systematiske forskjeller* som kan forstås ved Bourdieus begrep *kapital*, ressurser som ikke kun er økonomisk, men også kulturelle eller symbolske (Prieur et al. 2006:165).

Ved å vise at bestemte posisjoner i et felt ofte besittes av mennesker med en bestemt habitus, viser Bourdieu hvordan sosiale, kulturelle og økonomiske disposisjoner korrelerer med de posisjoner mennesker har i samfunnet (Prieur et al. 2006:170, Berge Akselberg 2012:11).

Sestoft (i Prieur et al. 2006:180) gjør oppmerksom på at et felt også kan påvirkes av ekstern innflytelse. For eksempel påvirkes kostrådsfeltet i Norge av et internasjonalt samarbeid, noe som er medregnet i denne studien.

Bourdieu (1993) minner om at definisjonen på et felt, dens grenser og språk, er spesifikk og arbitrær for sin epoke (Bourdieu 1994/98:83, i Wilken 2011:51).

Kapital

Kapital er det mest grunnleggende av Bourdieus begreper og han forklarer det som *symbolske og materielle tilganger*. Kapitalbegrepet berører begrepene habitus og felt. Habitus forstås som en form for kroppsliggjort kapital. Altså gjennom de valg vi tar som vi ser som individuelle og bestemt av smak eller overbevisning, slik Bourdieu viser i «*Distinction*» 1979, heller er et resultat av vår sosiale bakgrunn (Broady 1998).

Hvert felt har spesifikke regler, verdier og interesser, dvs. ulike typer *kapital* som er aktive på de ulike felt (Järvinen i Andersen & Kaspersen 2013:378).

Bourdieu skiller mellom ulike former for kapital:

Kulturell kapital; for eksempel kultivert språkbruk, formell utdanning, fortrolighet med finkulturen.

Sosial kapital; sosiale nettverk, venner, familie, kontakter.

Økonomisk kapital; materielle tilganger, kunnskap om økonomiens spilleregler, utdanningskapital (karakterer, grader), vitenskapelig kapital (anseelse).

Symbolisk kapital; begrep Bourdieu utviklet i Algerie gjennom studie av det kabylske folks tenkemåte og verdenssyn. *Ære og æresfølelse* synes å være det viktigste av alle ressurser. Begrepet fremstår slik som et overbegrep. Kampen om anerkjennelse utgjør hos Bourdieu en fundamental dimensjon i menneskelig samvær. Ære eksisterer kun på bakgrunn av sitt rykte og kun i den utstrekning medlemmer i en gruppe er ens om hvilke handlinger eller egenskaper som er ærbare. Dette kan være alle former for egenskaper eller handlinger som gruppen tilskriver positiv verdi. Med dette begrepet har Bourdieu til hensikt å oppløse grensen mellom økonomi og ikke- økonomi, samt mellom interesse og interessefrihet (Järvinen i Andersen & Kaspersen 2013:366).

En *posisjon* defineres av en relativ kapitalform som skiller den fra andre posisjoner og forstås komparativt eller differensielt, dvs. som et system av forskjeller. Disse forskjeller kaller Bourdieu for *kapital*, ressurser som er økonomiske, kulturelle og symbolske (Priour et al. 2006:167).

Doxa

Hos Bourdieu, beskriver doxa den grunnleggende overensstemmelsen mellom agenter og felt. Begrepet refererer til alt som tas for gitt i et samfunn eller i et felt; det som

oppleves som opplagt, det uuttalte, det som ikke er til diskusjon innen et felt. Doxa kan sees som den grunnleggende «sannhet» som ligger til grunn for sosial orden og er både inkorporert og eksterialisert. Begrepet brukes i Bourdieus arbeid til å *mediere mellom agentenes habitus og deres posisjon i samfunnet eller feltet* (Wilken 2011:55).

Begrepet vil i min studie knyttes til kostrådsfeltets doxa, hva er feltets grunnleggende «sannhet» som alle i feltet er enige om, som for eksempel ønske om å fremme kunnskap og utøve kostrådspraksis for bedre helse i befolkningen.

Symbolsk vold

Begrepet defineres hos Bourdieu som ”makten til å definere virkeligheten” samt ”makten til å få folk til å se og forstå verden på en bestemt måte” (Bourdieu 1992/1991:166, 243 i Wilken 2011). Det er altså ikke snakk om fysisk makt, men en usynlig form for makt (Bourdieu & Passeron 1970/1990:6, 37 i Wilken 2011).

Å utøve symbolsk vold er å få en gitt virkelighetsforståelse til å fremstå som ufravikelig og sann, på en slik måte at de involverte ikke er klar over at det foregår en maktutøvelse, og uten at de vedkjenner seg at det er snakk om en vilkårlig virkelighetsforståelse som på samme tid utelukker andre virkelighetsforståelser. Det er altså ikke snakk om fysisk makt, men hos Bourdieu en usynlig form for makt (Bourdieu & Passeron 1970/1990:6, 37 i Wilken 2011) og at hverken utøveren eller den der rammes er klar over det. Slik blir den vilkårlige sosiale orden mistatt for å være en naturlig orden som blir en del av vår habitus og en del av samfunnets doxa.

Petersen (1995:70-71) forklarer at dette skjer *bakom ryggen på oss*, uten at vi hverken farer med løgn eller svindel, men tilstreber å harmonisere virkeligheten for å holde ut å leve i den.

Symbolsk vold betegner voldsutøvelse som ikke anerkjennes som vold, med den virkning i følge Bourdieu, at ulike dominans-, utnyttelses- og undertrykkelsesforhold er skjult. Slik symbolsk vold er makt- og volds mekanismer som har til det formål å *oppretholde gjeldende makt- og dominansstrukturer i samfunnet*, altså den eksisterende sosiale orden (Wilken 2011:37, Andersen & Kaspersen 2013:365-385). Begrepet knyttes i denne studien til måten viten om kost utvelges og reproduseres, og til hvordan posisjoner i feltet opprettholdes.

Broady (1998) minner om at alle disse overnevnte definisjonene med nødvendighet er provisoriske. Bourdieus begreper kommer kun til sin rett og gir mening når de brukes som verktøy i sosiologiens håndverk.

Oppsummert vil disse begrepene benyttes til følgende i denne studien:

- Feltbegrepet; brukes i feltanalysen av kostrådsfeltet for å posisjonere kostråd som felt samt agentene og deres posisjoner i dette feltet og ved historisering for å avdekke feltets oppkomst og historiske utvikling.
- Habitusbegrepet; i analyse av agentene i kostrådsfeltet, hvilken kapital de har og derigjennom deres posisjoneringer (holdninger, meninger eller synspunkter) som er aktivert. Hvilken posisjon innehar sykepleieren i forhold til de andre agentene i feltet gjennom historien frem til i dag. Jeg knytter også habitus til matkultur, smak og distinksjon for å vise hvordan mat blir en del av oss gjennom det sosiale/kulturelle rom. Altså habitus som historiske, sosiale, kulturelle eller økonomiske inkorporerte kapitaler, som ubevisste forhold. Samt i konstruksjonen av egen forsker rolle.
- Kapitalbegrepet; i analysen av posisjoner i feltet for å avdekke en mulig forklaring på hvilken form for kapital som muliggjorde én vitenskapelig retning innen kostrådsfeltet å bli valgt fremfor en annen, som ga maktposisjon og rett til å ha rett.
- Doxa; i analysen om feltets tause enighet knyttet til de norske kostråd ved historisering.
- Symbolsk vold; om kampen på feltet, samt i media og feltes videreføring av «sannhet» for å bevisstgjøre mulig fare for symbols vold.

2.4. Metodisk tilnærming

I den Bourdieu inspirerte tradisjonen er det empiriske arbeidet et viktig redskap til å bryte med eksisterende og dominerende tenkemåter, her kostråd, og heller se på disse i relasjon til dets produksjonsbetingelser (Hammerselv & Hansen 2009). Det vil si det som ligger til grunn for at kostråd oppstod og opprettholdes, som forhold i samfunnet på et gitt tidspunkt som var utslagsgivende for denne praksisen. Følgende fremgangsmåte benyttes videre i studien for å oppnå dette:

Datainnsamling (primærkilder): Norske historiske og nåtidige litterære kilder som politiske dokumenter, norske og internasjonale relevante studier fra anerkjente

søkekilder for publikasjoner og ved Citation Pearl Growing om utviklingen av kostråd nasjonalt og internasjonalt, historiebøker og fagbøker.

(Sekundærkilder): Fagartikler og fagkronikker.

Metodeoverveielser: Jeg har gjennom studieprosessen og deltagelse i forskningsgruppen hatt fremlegg og fått tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen om bruk av metoden og innhold, samt veiledning fra veileder.

Historisering: Slik Bourdieus beskriver det i *Utkast til en praksisteori* (Bourdieu 2000) ved historisk og kildeanalytisk tilnærming, samt i Hammerselv & Hansen (2009) i *Refleksiv sosiologi i praksis* for å svare på forskningsspørsmålet.

Analyse ved hjelp av Bourdieus begrepsverktøy: Praktikkteori er overordnet metodisk, habitus, felt (posisjon, disposisjon og posisjoneringer), kapital (økonomisk, sosial og kulturell), doxa og symbolsk vold er brukt som analyseredskaper.

Sosioanalyse: Refleksjoner over egen forskerrolle slik det beskrives hos Wilken (2011), Petersen (1993 i Ramhøj) og Hammerselv & Hansen (2009).

For Bourdieu vil det i en feltanalyse også alltid gjøres følgende jf. punkt. 2.3. slik også jeg vil gjøre i forhold til kostrådsfeltet:

- Feltbegrepet som analytisk verktøy til å utskille mindre enheter i samfunnet, her kostrådsfeltet.
- Identifisering av «kampen» i feltet, hva strides det om i kostrådsfeltet?
- Kartlegging av relasjonene mellom agentene som er involvert, her agentene i kostrådsfeltet; forskere, leger, sykepleiere, ernæringsfysiologer. Hvilke posisjoner har disse i forhold til hverandre, og spesifikt hvordan har kostrådspraksis blitt beskrevet i lærebøker for sykepleiere de siste 100 år. Dette for å innkretse posisjoner.
- Rekonstruere feltes oppkomst og utviklingshistorie, her kostrådsfeltet.
- Rekonstruere de historiske betingelser for konstruksjonen av kampen i feltet (Bourdieu & Wacquant 1992:90 i Wilken 2011:51).

Det bourdieuske vitenskapssyn kan relateres til *historisk epistemologi* hvor det står sentralt at vitenskapene konstruerer sine objekter, særlig de vitenskaper som utforsker den sosiale verden, der man har en forestilling om seg selv og det en foretar seg og hvor vi «spontant» frembringer objekter som vil konkurrere med vitenskapens. Dette gir en annen betydning enn i naturvitenskap som forsker på ting, en ting f.eks. en stein har ingen forestilling om seg selv. For Bourdieu er det derfor en grunnleggende

konstruktionistisk holdning at forskeren ikke må *påføre seg et forskningsobjekt som vil være prekonstruert, men må selv konstruere objektet* sier Petersen (i Ramhøj 1993:35-55), fordi vitenskapens konstruerte objekt vil være mer sant og objektivt enn de menneskelige erfaringers spontane sosiologiske objekter.

Gjennom Bourdieus forståelse vil forskerens rolle, aktuell litteratur og kilder derfor være data som må objektiviseres kontinuerlig gjennom hele forskningsprosessen. Bourdieu beskriver denne prosessen som et *konstruksjonsarbeid som synliggjør materialiteten*. Et slikt vitenskapelig konstruksjonsarbeid har til oppgave å kritisere og stille spørsmål til de foreliggende forestillinger om de fenomener som utforskes. Slik jeg her gjør i forhold til norske kostråd og kostrådspraksis. Det betyr også at ting som fremstår som «ferdig», de objektive strukturer, f.eks. hva som sees som sunt og ikke, også er et prekonstruert objekt og et dårlig sosiologisk objekt om det ukritisk aksepteres. Det er sosiologiens oppgave å avdekke hva som ligger bak en kategori eller en forklaringsmodell som forskeren presenteres for i utforskningen av den sosiale verden. Objektivitet i historisk epistemologi er det vitenskapelige håndverks resultat (Petersen i Ramhøj 1993:35-55). Denne studien er et slikt konstruksjonsarbeid som kritisk ser på norsk kostrådspraksis og stiller spørsmål til de foreliggende forestillinger om fenomenet for å svare på studiens forskningsspørsmål.

Se vedlegg nr. 1 for skjematisk oppsummering av studiens forskningsspørsmål, empiriske data og teoretisk analyse.

2.4.0. Sosioanalyse

I praxeologiske studier bruker man *sosioanalyse*, objektivisering av forskerens rolle som hos Bourdieu har til hensikt å *medregne forskerens rolle* med utgangspunkt i at alle mennesker på et ubevisst plan handler på bakgrunn av sine personlige erfaringer gjennom livet samt ut fra den sosiale verden vi befinner oss i (Wilken 2011).

Når sosiologien ser på verden med et kritisk blikk, avslører og kaster lys over det som er skjult, kan den ikke selv unnlate å vende blikk mot seg selv (Bourdieu 2005). Altså må jeg som forsker i denne studien også rette samme metodiske blikk mot egen forskerrolle og avdekke egne personlige erfaringer i livet ut fra den sosiale verden jeg befinner meg i.

I følge Bourdieu kan man konvertere innsikt fra egne erfaringer om til en form for forskningsmessig kapital. Men han var kritisk til det han kalte «*den biografiske illusjon*» i Bourdieu (1987, 1995, 2000) hvor han refererer til fremstillinger av livshistorier som sammenhengende helheter som logisk fremstiller ens tanker og handlesett, men heller er konstruksjoner drevet av ønske om å finne sammenhenger. Refleksjoner som fører til utvikling av begreper, eller som her, analytiske innsikter, skal i følge Bourdieu ikke komme i form av selvbiografisk bekjennelseslitteratur eller personlige beretninger fra feltet, men handler om å være selvbevisst teoretisk og forstå at det er noe helt annet enn å viderefremde de «praktiske logikker» som en selv og eventuelle informanter kommer med.

Subjektivisme og objektivisme er to forskjellige måter å forstå det sosiale liv på. De objektive strukturene kan forklares med objektivismen som ser på de objektive *strukturer som ligger til grunn* for agentens liv uavhengig av hvordan denne selv oppfatter dette. Subjektivismen tar utgangspunkt i *agentens egen selvforståelse* av sitt liv. Men i følge Bourdieu er ingen av de to utfyllende nok til å forstå hvorfor folk gjør som de gjør, disse må supplere hverandre, det kaller Bourdieu praxeologi og i tillegg til å medregne det han kaller for praktisk sans⁵ (Wilken 2011).

Med bakgrunn i dette, er det i det følgende kapittel utført en autososioanalyse hvor jeg som forsker objektiviserer min egen måte å forstå og handle i den sosiale verden, slik jeg objektiviserer øvrige data, for å frem analysere og konstruere hvordan min egen bakgrunn, utdanning og praksiser på mitt nåværende sted i livet kan innvirke på mitt forskningsobjekt.

2.4.1. Historisering som verktøy

Å historisere undersøkelsesgjenstanden er hos Bourdieu et sentralt redskap i arbeidet med å foreta det *doble brudd*, et metodisk årvåkenhetsprinsipp hvor fokuset er hvordan forskeren imøtegår den dobbelte utfordring som samfunnsvitenskapelige forskere står overfor i sine studier av sosiale objekter som alltid er underlagt eksisterende forforståelser og prekonstruksjoner. Slik forskeren selv er en del av den sosiale verden som studeres og dermed vil være preget av forforståelse og prekonstruksjoner. De

⁵ Praktisk sans hos Bourdieu; en kroppsliggjort egenskap til å orientere seg på en bestemt måte, mens habitus er en teoretisk rekonstruksjon av den praktiske sans (Prieur 2006).

forståelseskategorier forskeren skal bryte med er alltid historisk konstruert og derfor konstaterte. Historisering var for Bourdieu en av de viktigste måter å objektivere nåtidige forståelseskategorier på (Hammerselv & Hansen 2009).

For Bourdieu var det vanlig i feltanalyser å synliggjøre *feltets oppkomst* eller *strukturelle forandringsprosesser*. Jeg vil derfor utføre en feltanalyse av kostrådsfeltet i neste kapittel ved rekonstruering av kostrådspraksisens oppkomst og utvikling ved å historisere samt konstruere en forklaring på hva som opprettholder denne praksisen i å eksistere.

2.4.2. Etiske betraktninger

Som det empiriske datamaterialet har jeg brukt sikre og anerkjente kilder, og de gjengitt i den form de står. Det er gjort et kritisk utvalg av kilder for å danne et så riktig bilde som mulig, men jeg har i min søken innsett at dette er et enormt tema og mine valg kun er et lite utvalg av den mengde kilder som er tilgjengelig innen rammen for min studie.

Jeg har reflektert over min egen posisjon som forsker og analysert den ved autososioanalyse. Jeg valgte praxeologisk optikk med Bourdieus teori og begrepssett som metodologisk tilnærming som ga meg redskapene jeg trengte for å besvare forskningsspørsmålet. Flere metoder kunne blitt brukt i undersøkelse av norske kostråd, men ut fra min vinkling på oppgaven, ble andre metoder som f.eks. intervju og observasjon valgt bort. Antall studier og historiske kilder kunne også vært flere, men det var det ikke plass til innenfor den tildelte ramme for denne studien.

3.0. BAKGRUNNS ANALYSER

3.1. Autososioanalyse

I Bourdieus forskningstradisjon skal man objektivere sin egen forskerrolle for å reflektere over hvilken informasjon man får når man forsker og avdekke hva man som forsker tar for gitt i forskningsprosessen. En slik selvanalyse kalles i den bourdieuske tradisjon for *autososioanalyse* eller *refleksiv analyse*, og er en objektivisering av forskerens egne erfaringer. Analysen har til hensikt å gjøre forskeren mer bevisst på hvordan man forstår verden på et gitt punkt. Å studere en sosial praksis med den hensikt

å utvikle en teori krever at man i tillegg til å forankre sitt forskningsfelt empirisk, også tenker over egen teoretisk praksis i utforskningen av egen praktisk praksis sier Petersen (1995:187-98). Alle agenter i det medisinske felt er med i det spillet og oppfører seg på en måte som plasserer dem, på bakgrunn av deres disposisjoner, i bestemte posisjoner innenfor dette feltet. Med bakgrunn i dette har jeg følgende utført en autososioanalyse av egen forskerrolle.

3.1.0. Posisjon i det sosiale rom

Mine foreldres familier har røtter i bygde- og arbeideklassesamfunn. Mormor (1900) og mor (1930) kommer fra små bygder i et øysamfunn på Vestlandet der gårdsdrift, tømmerarbeid og fiske var vanlige inntektskilder første del av 1900-tallet. Mormor var datter av en gårdeier og hvalfanger. Hennes mor arbeidet på gården og oppfostret ti barn. I tillegg til hvalfangst og fiske, drev de en stor gård med dyrehold og solgte overskuddet gård og fiske ga.

Mors far var tømmer, sesongfisker og gårdbruker med eiendom. Han giftet seg med mormor fra naboøyen og de fikk fem barn. De bodde ennå på hans foreldres gård, men planene var store for nytt stort hus og egen gårdsdrift. Mormor var hjemme med barna på gården. Hun var syerske og sydde alt av klær til familien, i tillegg til at hun tok oppdrag for salg mot god betaling. De var selvhjulpne med dyrking av mat og dyrehold til kjøttproduksjon, i tillegg til fiske. Overskuddet ble solgt.

En tragisk ulykke rammet familien etter deres femte barn kom til. Morfar ble rent i senk av en stor båt en dag han var på vei over fjorden til sine svigerforeldre for å legge nytt tak på huset deres. Igjen satt mormor med fem små barn hos sine svigerforeldre. Hun fikk god støtte av begge familiene. De bygget et hus til henne og barna på en av eiendommene, og hun fikk nok jord til at de kunne klare seg med litt dyrehold og dyrking av det de trengte. Få år senere skulle det bli verre, det ble krig, andre verdenskrig. De klarte seg gjennom krigen med det gården ga. Mormor tjente godt på å sy om alt som kunne gjenbrukes.

Til tross for krigen var morfars ulykke det som fikk størst følge for livet for hans etterlatte. Planene om å utvide gården på eiendommene ble aldri noe av. I stedet ble eiendommene overført til morfars bror. Selv om familiene bygde et hus til mormor og

barna på en av eiendommene, mistet hun de øvrige eiendommene. Det ble for mye å holde. Det ble store endringer i framtidsutsiktene for mormor og barna på mange måter, men de manglet aldri noe og klarte seg bra.

Et par år etter krigen var mor blitt en ungjente og hun og en søster dro ut for å søke arbeid. De tok arbeid i Hardanger og Rosendal for å høste frukt. Mor fikk etter hvert jobb i byen på kafékjøkken og senere på koldtkjøkken på hotell, hvor hun tilberedte mat. I 1949 gikk hun husmorskolen i Stavanger med noen arbeidskollegaer og venninner. Der lærte hun lærte mer om matstell og husholdning. I dag kan husmorskolen sammenlignes med hotell og restaurantfag i videregående skole.

Husmorskolen oppstod i en tid da kostholdet på bygdene var under debatt. P. Chr. Asbjørnsen ga i 1864 ut boken «*Fornuftig matstell*» i 1864 hvor han kritiserte den tradisjonelle matlagingen. Eilert Sundt hadde observert folks kosthold på sine reiser rundt om i landet og på bakgrunn av dette skrevet «*Husfliden i Norge*» (1867), «*Renlighedsstellet i Norge*» (1869) og «*Huslivet i Norge*» (1873) som også ble viktige bidrag i debatten mellom de to partene i det som senere ble kalt «grautstriden» (Husmorskole 2013). Jeg kommer tilbake til denne striden senere.

Etter endt utdanning kom hun hjem og traff vår far fra byen (1930) som hun giftet seg med. Han var sønn av en chief (1.maskinsjef) på et større frakteskip. Hans mor var servitør på kafé. Han hadde gått på gymnas og utdannet seg senere til 2.maskinist og jobbet i shipping på et stort frakteskip og var mye borte fra familien. Hjemme drev han med eiendom og drev utleie.

Jeg ble født sist av fem søsken og vokste opp i en annen tid enn de andre. De var barn av 50 og 60-tallet, jeg kom i 1971. De ble alle gift og fikk barn tidlig som man gjorde på den tiden, mens min oppvekst var preget av holdningen om å benytte muligheten til utdanning og vente med å stifte familie. Etter artium (1990) dro jeg til USA, New York for å reise og oppleve. Jeg ble der i 18 måneder. Jeg jobbet for å finansiere opplevelsen og reiste mye rundt (min søster var i Texas en periode med sin mann i oljenæringen). De første ti månedene var jeg au pair hos en akademikerfamilie på Long Island der jeg hadde ansvar for to større barn som jeg tok imot etter skoletid og som jeg kjørte til ulike fritidsaktiviteter. Deretter jobbet jeg i en butikk i et helikopterfirma på Manhattan, en

jobb jeg fikk gjennom norske venner. Min reiselyst er ikke så ulik den min far og farfar hadde.

Mormors hus ble med årene et landsted hvor de nå voksne barnas familier møttes. Mor, tanter og onkler gjorde som de pleide og var vokst opp med når vi var samlet, gårdsdrift (nå uten dyr) og fiske. Selv om jeg er oppvokst i byen husker jeg hvordan årstidene på landet var preget av arbeidet med det landstedet ga, innhøsting av bær, frukter og grønt, rensning, sylting, safting, og nedfrysing. Mennene og de unge kom fra båtfske og kvinnene samlet seg på kjøkkenet og tilberedte den ferske maten.

Vi dro tilbake til byen med alt som ble sanket og laget på landet. Mat har for familien hatt flere betydninger, ikke kun som føde, men også som et sosialt samlingspunkt, tradisjon og kultur. Disse tradisjoner bringes videre til neste generasjon.

Som voksne har både jeg og mine søsken egne hager med urter, frukt og bær. Vi drar på fisketurer og lager mat av det vi får slik vi har lært. Mor «griner på nesen» når hun får «butikkmat» som hun sier med et fnys. Hun er vant med fersk mat som ikke er sammenlignbar med industriell og vakuumpakket mat fra supermarkedet. Vi skjønner hva hun mener. Vi gjør som vi har lært, slik det er inkorporert i vår *habitus*.

Som Järvinen (1998) sier det: «Kroppen fungerer som et minne for persepsjonering, handling, klassifikasjonsmatriser, -et minne som ikke nødvendigvis nåes av individets bevissthet».

Mine antagelser var at jeg ikke hadde noen referanseramme til foreldre i forhold til valg av utdanning og interesser, at det var tilfeldigheter og fri vilje. Jeg innser at begge mine foreldre og slekt ser ut til å ha hatt innvirkning på mine valg gjennom felles interesse for både utdanning og kost. Jeg har fortalt meg selv og sikkert andre at min interesse for kost *ikke* har noe med min familie å gjøre, at det var noe tilfeldig jeg fant på selv. Men jeg innser her at min familie har arbeidet med matproduksjon i generasjoner. Jeg ser også at mor var opptatt av matfag i yngre år. Det måtte en analyse til for å avdekke det man tar for gitt slik Bourdieu påpeker.

3.1.1. Posisjon i det medisinske felt

I følge Bourdieu er forskerens posisjon i det akademiske felt med på å påvirke forskerens valg av teorier og emner. Disse valg påvirker hvordan et tema utforskes. På

den måten er forskning både et resultat av de valg man tar og de valg man ikke tar som Bourdieu forklarer som det *akademisk ubevisste*, det forskeren aksepterer som sannhet og fastslåthet, en faglig doxa som man har lært og akseptert innen en retning. Bourdieu kaller objektiveringen av forskerens sosiale viten av det akademiske ubevisste, *refleksiv sosiologi* (Wilken 2011:124). Dette ubevisste rundt min posisjon i det medisinske felt, skal jeg videre gripe fatt i på samme måte som jeg gjorde i mitt sosiale univers.

Mor tok seg av vår mormor hjemme til hun kom på aldershjem da jeg var tidlig i tenårene, som ikke var uvanlig for den generasjon mor tilhører. Så institusjon hvor også kvinner ga pleien, altså med den samme logikk, kvinner og kvinnearbeid. Mennene jobbet ute av hjemmet, til havis i vår familie.

En av mine søstre er hjelpepleier. Det var hun som oppmuntret meg til å ta ekstravakter ved sykehjemmet i nærområdet hvor jeg bodde etter å ha vendt hjem fra USA. Jeg tok vakter som pleiemedhjelper for å tjene ekstra mens jeg studerte ex. phil. På sykehjemmet var en avdelingssykepleier som jeg så opp til. Hennes omsorg og væremåte overfor pasientene samt styring av avdelingen var inspirerende. Etter ex. phil fattet jeg interesse for psykologistudiet. Jeg hadde tidligere hatt psykologi som valgfag på gymnaset. Jeg søkte og begynte på studiet og gikk første semesteret. Flere søkere bestod kravet til å gå videre på studiet i forhold til antall plasser. Kravet ble derfor endret med en hel karakter etter eksamen slik at kun de med høyest karakter kom inn. Det var frustrerende, det var en lang utdanning i utgangspunktet. I stedet valgte jeg sykepleien, en relativt kort utdanning som ville gi en sikker jobb, lån i banken og trygg inntekt, samt mange valgmuligheter siden både i inn og utland.

Jeg innser gjennom objektiveringen at jeg ubevisst kan ha blitt påvirket av min hjelpepleiersøster og min tidligere oversykepleier da jeg jobbet som pleieassistent. I 1998 kom jeg inn på høyskolen for Diakoni og sykepleie Lovisenberg i Oslo. Dette var mitt andrevalg etter Bergen på søkerlisten siden jeg også har familie der. I studietiden jobbet jeg som ekstravakt ved sykehjem i Oslo, og jeg hadde praksis i psykiatrisk hjemmesykepleie samt ved kirurgisk barneavdeling Rikshospitalet. Samtidig var jeg del av en studiegruppe på fem.

Min avsluttende bacheloroppgave i sykepleie omhandler foreldre og barn ved barnekirurgisk avdeling. Den heter «*Sykepleie til foreldre når barn dør*», og er inspirert av min ti ukers praksis ved barnekirurgisk avdeling Rikshospitalet, der jeg møtte alvorlig syke barn og deres foresatte i en vanskelig tid. Gjennom bacheloroppgaven var jeg under veiledning av Kari Martinsen⁶ som den gang jobbet ved sykepleieutdanningen ved Lovisenberg, og oppgaven er preget av hennes omsorgsfilosofi, som var en del av pensum. Jeg fullførte i 2001 og var nå blitt autorisert sykepleier.

Tilbake i Bergen fikk jeg jobb ved sykehjemmet der jeg tidligere var pleiemedhjelper, og jeg kjøpte leilighet slik jeg hadde planlagt. Jeg ble to år ved sykehjemmet, hvor jeg lærte mye og fikk stort ansvar. Jeg følte meg nå klar for sykehuspraksis og nye erfaringer.

I 2003 begynte jeg i barne- og ungdomspsykiatri på fulltid hvor jeg fortsatt jobber, parallelt med at jeg arbeider med denne avhandlingen. Arbeidet er tverrfaglig, og teamet omfatter leger, psykologer, vernepleiere, barnevernspedagoger, lærere, sosionom, pedagoger og sykepleiere, samt ulike helsefaglige studenter. Det har vært noen lærerike år om psykiske sykdommer, om betydningen av relasjoner i menneskets liv. Og om det å jobbe i et dynamisk miljø med ulike aktører.

I 2008 tok jeg videreutdanning i psykisk helsearbeid ved høgskolen i Bergen og gikk over til nattskift av hensyn til familien. I min avsluttende oppgave i videreutdanningen skrev jeg om schizofrenidebut hos ungdom i lys av Antonovskys teori om *salutogenese*⁷, som var en del av pensum. Min vinkling på oppgaven var om unge med diagnosen schizofreni og deres opplevelse av sammenheng i møte med, og i behandlingsgangen i spesialisthelsetjenesten, et valg som relaterte til min arbeidshverdag.

⁶ Kari Martinsen, magister i filosofi og dr.philos. Professor i sykepleievitenskap. Hun ble av HM Kong Harald tildelt Den Kongelige Norske St. Olavs Orden, Ridder av 1. klasse i 2011 for sitt bidrag i sykepleievitenskap/ filosofi og forskning de siste 30 år. I hennes omsorgsfilosofi står fokus på relasjonen mellom mennesker sentralt og omsorg sees som en praktisk handling. Hun er i dag ennå aktiv og tilknyttet Høgskolen i Harstad og Haraldsplass Diakonale høyskole i Bergen (Petersen 2013:4-7).

⁷ Salutogenese: Aaron Antonovsky, israelsk-amerikansk sosiolog med forskningsfokus på medisinen og helsebegrepets skarpe skille mellom syk og frisk. Som motsatsteori til patologien som har fokus på årsak til sykdom, utviklet Antonovsky teorien om salutogenese, en teori om fysisk og psykisk helse som vektlegger hva som fremmer og opprettholder god helse og gir individet økt mestring og velvære (Antonovsky 2000).

Årene i barne- og ungdomspsykiatrien har og bidratt til min interesse for kostråd i behandling av psykisk syke. Bivirkninger av antipsykotika som økt sultfølelse, «ulvehunger» kan føre til stor overvekt etter kort tid, i tillegg til inaktivitet som følge av symptombildet. Jeg undrer meg over at ulike pasientgrupper i psykiatrien får ulik kostoppfølging. For eksempel får pasienter med spiseforstyrrelser som anoreksi ofte tilbud om veiledning av klinisk ernæringsfysiolog og kostliste, mens pasientgruppen som får behandling for psykotiske symptom med psykofarmaka vi *med stor sannsynlighet vet gir betydelig vektøkning*, ikke får samme tilbud med hensyn til kostoppfølging. Dette er påfallende.

Mange psykisk syke dør av følgesykdommer relatert til livstil og har 10-30 års kortere levetid som følge av kroppslige skader og lidelser. I likhet med resten av befolkningen, dør de fleste med alvorlige psykiske lidelser av hjerte- og karsykdom, men i motsetning til resten av befolkningen, så øker antall hjertedødsfall hos denne gruppen relatert til livsstil sier journalist Kjensli (2008). Han viser til den norske studien av 400 psykisk syke pasienter med de mest alvorlige mentale lidelsene i doktoravhandlingen *Cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness* av psykiater Astrid B. Birkenæs.

Min generelle interesse for kostråd samt kritiske tenkning brakte meg igjen til UIB. Jeg trengte noen redskaper til å undersøke min undring med. Fokuset har endret seg til kostråd som et generelt tema, da kost og kostråd gjelder oss alle.

Jeg antok at jeg ikke hadde referanserammer til familie i forhold til yrkesvalg og har trodd at det var tilfeldigheter som førte meg inn i sykepleien og senere interessen for ernæring og kosthold. Jeg innser gjennom objektiveringsprosessen og bevisstgjøringen at både foreldre og søsken likevel ser ut til å ha hatt en innvirkning på mine valg. Jeg ser også at jeg kan ha tendert mot å utvikle meg mot omsorgstenkning i større grad enn den rent tekniske del av faget og den medisinske tenkningen som Rikshospitalet representerte. Jeg anser dette som et resultat av det jeg lærte ved Høyskolen for Diakoni og sykepleie.

3.1.2. Posisjon i det akademiske felt

I 2012 begynte jeg på studiet master i helsefag Sykepleievitenskap ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved universitetet i Bergen. Her ble jeg introdusert for

faget Praxeologi hvor professor Karin Anna Petersen, leder for forskningsgruppen og førsteamanuensis Jeanne Boge underviser. Petersen ble min veileder for denne studien. Den praxeologiske forskningsgruppen består av master- og doktorgradsstudenter. Gruppen har faste møter og regelmessige seminarer i et nordisk nettverkssamband med besøk av ulike gjesteforelesere.

«Forskningsgruppen arbeider med alle former for empiriske studier fra etnografi til sosiologi, metodene spenner fra spørreskjema til åpne intervju, dokumentanalyser mm. Forskningsgruppen arbeider spesifikt med human- og samfunnsvitenskapelige metodologiske refleksjoner og verktøy, og studerer den reproduktive sektor generelt, og medisinske praksiser spesielt». Målet er å bedre forstå og forklare de sosiale praktikker vi handler innenfor. «Ambisjonen er gjennom utvikling/konstruksjon av stringente og metodiske transparente verktøy, som kan skape og hjelpe oss til på en bedre måte å forstå og forklare den sosiale praktikk som vi agerer innenfor. På den bakgrunn kan en skape rom for at forskere (sosioanalyse) og praktikere (refleksivt) kan utvikle nye strategier for alternative framtidige praktikker» (Universitetet i Bergen 2014).

Jeg har gjennom denne studien og deltakelse i forskningsgruppen, fått innsikt i en måte å forske på som har gitt meg noen nyttige redskaper i forhold til mitt interessefelt og problemstilling. Ved deltagelse i forskningsgruppen har jeg benyttet meg av muligheten til å få tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen fra de øvrige forskerne, samt lært gjennom å lytte til deres fremlegg av tekster i gruppen. Dette i tillegg til gode refleksjoner rundt ulike tema for undervisning gjennom drøftelse i gruppen. Møte med Bourdieus arbeider var nytt og jeg forstod raskt at dette ville bli utfordrende språklig da han bruker et særdeles abstrakt språk, noe han er kjent for. Men med forskningsgruppens fremgangsmåte med gjennomgang av tekster og måten undervisningen er organisert på, har alt dette gitt meg en ny innsikt.

3.2. Historisering – kostrådsfeltets oppkomst i det medisinske felt

Denne del av studien er bygget på bakgrunn av Bourdieus perspektiver på historiens betydning i arbeidet med det doble brudd, ved historisering av undersøkelsesgjenstanden, her forskningsspørsmålet. Forskeren skal her bryte med de forståelseskategorier som alltid vil være historisk, slik er historisering hos Bourdieu en av de viktigste måter å *objektivere* nåtidige forståelseskategorier på, som her, norske

kostråd. For å unngå å reprodusere forestillinger og strukturer vi kan ta for gitt, er det viktig at forskeren er kjent med den historiske bakgrunnen for utviklingen som har funnet sted (Bourdieu 2000:3).

Bourdieus antegninger om historiens nytte, handler ikke om antikvarisk interesse om fortiden, men er *et kritisk vitenskapelig verktøy* for å avdekke den grunnleggende historiteten i den sosiale verden, de sosiale strukturer, antagelser, handlemåter og kulturelle klassifikasjoner som vi i dag lett kan ta for gitt, men som i virkeligheten er arbitrære produkter av historien, dvs. noe som har oppstått over tid under bestemte historiske vilkår (Esmark 2009:191).

Med utgangspunkt i denne forståelsen har jeg ved Bourdieus analyseverktøy *felt* og *habitus*, satt den medisinske tenkemåte og diskurs som bakgrunn for utviklingen av kostrådspraksis inn i et historisk perspektiv og slik konstruert feltet frem, dvs. en *feltanalyse*. Samt for å bryte med det doble brudd og avdekke det som tas for gitt på feltet, feltets *doxa*, det opplagte, det som ikke står til diskusjon. Dette ved å historisere for å forstå konteksten det hele utsprang fra (Wilken 2011:55).

Dette er gjort ved historisk analyse av følgende:

- Ernæringspraksisens oppkomst i det medisinske felt ved historikerne Schiøtz og Mosengs beskrivelser av tidlig forståelse av sykdom i *Det offisielle helsevesenet i Norge, bind 1 og 2* (2003) og Luptons arbeid med *Food, the Body and the Self* (1996) med fokus på spise-praksiser som utgangspunkt for et historisk vestlig syn på kropp, helse, selvkontroll, risiko, identitet og forbruk.
- Hvordan medisinsk klinikk oppstod ved den franske idehistorikeren og filosof Michel Foucault i *Klinikkens fødsel* (2000).
- Utviklingen av kostpraksis og sykepleierens posisjon i kostrådsfeltet ved analyse av lærebøker i sykepleie de siste hundre år.
- Forhold som har formet nåtidens kostanbefalinger med vekt på *synet på kropp og helbredelse* ved Scrinis i Pals (2014) og Luptons (1996) *Food, the Body and the Self*.
- Blikk på interessen for mat og kosthold i ulike fagfelt for å vise bredden og engasjementet for temaet gjennom historien ved Amilien og Krogh i antologien om matkultur *Den kultiverte maten* (2007).
- Norsk matkulturs historie ved historiker Notaker i *Ganens Makt* (2000), samt sukkerets historie ved Poleszynski og Mysterud i *Sukker, en snikende fare* (2004) for å konstruere

bakgrunnen for at visse alminnelige matvarer har fått en sentral plass i det Norske kostholdet og utgjør kosten i kostrådene i Norge.

3.2.0. Tidlig forståelse av sykdom

For å forstå kostrådspraksisens oppkomst i det medisinske felt, er det nyttig å forstå bakgrunnen for utviklingen av det medisinske felt. Det er dette felt kostrådspraksis utspringer fra. Før bakteriologiens gjennombrudd i 1870- og 80- årene har det fra antikken eksistert to forståelser av epidemiske sykdommer, *miasme* og *kontagionisme*, uten å være helt klart adskilt. Allerede rundt 400 år f.Kr. i skrifter som tillegges Hippokrates⁸ beskrives miasmer, noe sykdomsfremkallende som oppstod fra jord, luft eller vann, spontant ved at smittestoff ble omgjort til *miasme* ved visse betingelser, i en atmosfære av forråtnelse og utdunstninger.

Den andre retningen mente at smittestoffet *kontagium* ble spredt ved berøring mellom mennesker og karantene ble derfor sett som en nødvendig for å hindre smitte.

Retningene var motstridende, kontagionistene påstod smitte kom utenfra, mens miasmatikerne at det også kunne oppstå spontant. Hovedforskjellen var at miasmatikerne så karantene som lite hensiktsmessig, fokuset lå i å eliminere betingelsene for miasme, altså skitt og lort og være talsmenn for en nøysom livsstil og sosial reform. Begge parter var enig i at hygiene var den beste løsning i å bekjempe sykdom på (kolera). Troen på miasme stod sterkt frem til 1830-tallet og innvirket på medisinske autoriteter også store deler av det neste århundret (Schiøtz 2003:30-31), (Moseng 2003:293-294).

Moseng hevder at liberalismen var en betydelig politisk kraft rundt midten av århundret som man ikke kan se bort fra. Tiltak som karantene, en autoritær avsperringspolitikk, ble regnet som uheldige inngripen mot fri handel. Det er ikke utenkelig at leger som tilhørte en klasse som tjente på fri konkurranse, argumenterte for teorier som kunne understøtte disse interesser. Men legene vinglet mellom teoriene og på slutten av 1800-tallet ble miasmeteorien gradvis erstattet med mikrobeteorien. Tross for brudd med

⁸ Hippokrates (460-377 f.Kr.) gresk lege kjent som «legekunstens far». Fra legeslekt, ble utdannet av sin far. Han var opptatt av nøkterne iakttagelser og tok avstand fra spekulativ diagnostikk, magi og mystikk ble erstattet med sunn fornuft. Den sykes diett var vektlagt og han var opptatt av å fremme en streng etisk norm hos dem som skulle behandle syke som leger. Han studerte med filosofen Demokrit og baserte sitt syn på sykdom på naturfilosofiske ideer. Likevekt mellom ulike kroppsvæsker var avgjørende (Store Norske Leksikon 2005-2007).

ideene om personlig frihet og fri konkurranse, ble streng hygiene, tvungen isolasjon og meldeplikt sentrale virkemidler i arbeidet med å hindre spredning av infeksjonssykdommer (Moseng 2003:312-13), (Martinsen, Boge & Kristoffersen 2009).

3.2.1. Klinikkens⁹ fødsel og etablering

Michel Foucault ser klinikkens fødsel i siste del av 1700-tallet som startpunktet for de medisinske klassifikasjonssystemer hvor medisinen gikk fra å være filosofisk forankret til å bli empirisk (Foucault (1963) 2000 i Engström 2012:21). Man har i et historisk perspektiv, i følge Foucault, gått fra pleie i hjemmet av sin familie hvor sykdom gikk sin naturlige gang, til klinikk hvor legene isolert kunne *observere* den syke og *samle viten om sykdom*, ikke behandling, men klinisk empiri ved sykesengen. Medisinen står som et evidensbasert fagfelt og sykepleie som evidensbasert praksis i det medisinske feltet som bygger på det mest evidente og mest virksomme viten som er grunnlag for omsorg og pleie gjennom utvikling av klinikken og klinisk praksis fra 1798 (Den franske Revolusjon). Først for legene, deretter sykepleierne som følger den samme medisinske grunnmodell i den medisinske klinikk (Petersen 2010:30-41). Dette ble muliggjort gjennom at døden og obduksjon ble grunnlag for den anatomisk - klinisk metode og hele den moderne legevitenskapelige måte å tenke sykdom på (Foucault (1963) 2000:263).

Med dette ble det kliniske blikk og den medisinske diskurs født. Legene gikk fra å tolke sykdommers vesen, *essenser*, til tolking av sykdom som prosesser, *symptomer* som først ble aktualisert ved at klinikken oppstod og medisinen ble klassifiserende. Observasjon som metode endret den medisinske diskursen ved at beskrivelse av sykdomstegn ved obduksjon, kunne gjenkjennes hos de levende. Legens direkte iakttagelse og observasjon av den syke kroppen, la grunnlaget for fremveksten av klinisk og patologisk anatomi, samt det kliniske blikk. Ved at legen begynte å uttrykke det som ble observert, ble det medisinske språket født (Engström 2012:21-22).

⁹ Begrepet klinikk: del av legevitenskapen, å beskrive sykdom slik de viser seg ved sykesengen, samt praktisk undervisning i legevitenskap ved sykesengen («å holde klinikk») (Stor Norske Leksikon (2005-2007, nedlastet 11.05.14): <http://snl.no/klinikk/legevitenskap>).

Man kunne nå beskrive og forstå sykdomstegn ved systematisering, klassifisering, samt kategorisering og gjennom begrep innfange virkeligheten (Brandt Jørgensen 2007:42-43).

Den store fremveksten av sykehus, sykehjem og helseprofesjonene slik vi kjenner det i Norge i vår tid er et resultat av denne medisinske utviklingen og forståelsen av sykdom. Starten på den moderne sykepleie regnes fra 1860 med Florence Nightingales oppstart av sykepleieutdanning i London. Sykepleiefaget vokste frem med samfunnets endring fra tradisjonelt jordbruk til moderne industrisamfunn (Martinsen et.al 2009).

3.2.2. Tilstanden i Norge og Europa – 1800-tallet

Koleraepidemien som rammet Norge fra 1830-tallet, ble en oppvekker for problemer i samfunnet; fattigdom, underernæring, trange boforhold og de sanitære forhold (generelt i Europa) som følge av befolkningsvekst og industrialisering. Epidemien var alvorlig med høye dødstall. Dette førte til krav om at myndighetene måtte gripe inn for å danne et apparat for epidemibekjempelse på landsbasis. Myndighetene grep inn i 1831 og opprettet «Cholera-centralcommissio», et administrerende apparat for epidemibekjempelse for hele landet. De følgende årene ble det ved ulike parallelle prosesser, ideologisk, medisinfaglig og politisk, mye diskusjon som førte til en ny måte å organisere helsevesenet på. Dette ut fra tidens tenkning om det offentliges ansvar for landets borgere om hvordan sykdom oppstår, spres, samt folkehelseopplysning basert på statistikk. Ved slike dødbringende epidemier ble spørsmål om *folkehelse og forebygging* satt på den politiske dagsordenen flere steder i Europa Schiøtz (2003, kap.1).

Bonderup (i Schiøtz 2003:28) forteller hvordan koleraen avslørte samfunnets arbeid sosialt og politisk, samt hvordan sykdomsutbredelsen satte fokus på de fundamentale strukturer i samfunnet. Koleraepidemien i Europa i denne perioden aktualiserte spørsmål om makt, ideologi og kontroll. Et lands hygienearbeid var preget av politiske og ideologiske tradisjoner. Med utgangspunkt i erfaringene fra epidemier og måte å forstå sykdommens årsak/ smitte på, ble det i 1830 krav om at legene redegjorde for alle endemiske og kontagiøse sykdommer. Statistikk og epidemiologi ble avgjørende for utviklingen av det forebyggende arbeidet.

Myndighetene satte fokus på fattigsykepleie, sykehusdrift, vitenskap, forskning og klimatiske forhold som legene ble satt til å redegjøre for gjennom medisinalberetninger.

I 1860 ble *sunnhetsloven* opprettet som et ledd i reorganisering av Norsk helsevesen og ble retningsgivende for primærhelsetjenesten, lokal helseadministrasjon, samt forebyggende arbeid og ga legene en helt ny plass i det norske helsestellet som ledere for Sunnhetskommisjonene som ble opprettet rundt i kommunene i Norge (Schiøtz 2003:25-95), (Martinsen et. al 2009).

3.2.3. Knapphetstiden 1860-1920

Meltzer og Nordhagen (Amilien, Krogh 2007, kap.1.3) beskriver perioden 1860-1920 som *knapphetstiden* hvor fokus var å skaffe nok mat gjennom primærnæringene som størstedelen av befolkningen var knyttet til. Fiske og landbruk var sesongbetont og preget av hardt fysisk arbeid. Voldsom befolkningsøkning la også press på ressursene, Norge opplevde i dette århundret industrialisering med overgang til pengeøkonomi og utvikling av handel. Frem til 1920-tallet var *infeksjon* den viktigste årsak til sykdom og død, *dårlig ernæring* var medvirkende til kroppens dårlige motstand mot sykdom. Mat var kombinasjon av preferanser og råvaretilgang, samt mulighet for bearbeiding og lagring var viktig for kostens sammensetning og tilberedning.

I 1864 ble blant andre, boken *Fornuftig matstell, en tidsmessig koge og husholdnings bog* utgitt i et forsøk på å opplyse om ny viten rundt ernæring og føre disse prinsipper inn i Norske hus og hjem. Men det gikk ikke ubemerket hen å prøve å forandre folks vaner og det hele utløste "grautstriden" jeg nevnte innledningsvis, der folk oppfattet det å angripe grauten (som ikke var særlig næringsrik) som et angrep på folkesjelen (Amilien & Krogh 2007). Dette er kanskje ikke så ulik "potet- og brødstriden" i vår tid som kom med Fedon Lindberg, den greske legen som satte Norge i kok ved å rokke ved vår matkultur, vårt brød og poteter.

Utviklingen fra folketro til et helsevesen skjematisk oppsummert, se vedlegg nr. 2.

3.2.4. Ernæring og utvikling av folkehelse i Norge 1945 – 1972

Jeg har konstruert frem oppkomsten og utviklingen av det medisinske felt med utgangspunkt i forståelsen av sykdom gjennom historien for å forstå oppkomsten av *ernæringsfeltet*. Ernæringsfeltet sees som et subfelt i det medisinske felt. Følgende vil jeg konstruere frem kostrådspraksis i dette feltet for å svare på forskningsspørsmålet *hva muliggjorde kostrådspraksis i å oppstå og eksistere* med blick på det historiske samfunnsbildet i Norge og Europa i tiden før opprettelsen av Nasjonalt råd for ernæring.

Helsedirektoratet (2011) opplyser i *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer* at dagens kostråd er basert på systematisk kunnskapsoppsummering av forskningsfeltet med vektlegging på epidemiologisk, biologisk/ mekanisk og klinisk forskning, samt at vi har lang tradisjon i å opplyse om kostens betydning for helsen i Norge.

I gjenoppbygningsperioden i etterkrigstiden stod samhold sterkt. «Fellesprogrammet», de politiske partiers bidrag fra 1945 med målsetting om full sysselsetting, utdanning, økonomisk vekst og tilfredsstillende boliger var viktige forutsetninger for *velferdsstaten*. Verdigrunnlaget var trygghet, likhet, frihet, samt moralsk plikt til å vise samfunnssolidaritet og tjene fellesskapet. Man hadde stor tiltro til *planpolitikken*, at landet best ble styrt gjennom offentlig plansystem med sentral styring som ved ulike virkemidler ga det offentlige en aktiv rolle i ivaretagelsen av borgernes velferd. For det ledende Arbeiderpartiet gikk programmet og velferdsstaten inn i målet om et sosialistisk Norge, en visjon som skulle realiseres ved statlig industrireisning, gjennomført på «folkestyrets grunn» i følge partiets program i 1945. Regjeringssjef i den nye samlingsregjeringen samt den påfølgende arbeiderpartiregjeringen, Einar Gerhardsen, kalte det et program for samfunnsomforming og mente det var en selvfølge at de verdier som ble skapt, skulle komme hele folket til gode og ikke bli «enkelte kapitalisters eiendom». Det gjenreiste Norge skulle tilhøre hele folket. Helsedirektøren Karl Evang støttet disse synspunktene. I de neste 20 år skulle en hel generasjon intellektuelle, «teknokrater», i nært samarbeid med den politiske ledelse lede gjenreisningen av landet. Denne epoken blir kalt «reformteknokraties» epoke i norsk samfunnsutvikling. Det såkalte *fagstyret*; leger, ernæringsekspert, arkitekter, psykologer, pedagoger, ingeniører og sosialøkonomer formet og iverksatte offentlig politikk på alle hold; skolevesen, helsevesen, boligbygging, finansvesen osv. Evang, medisineren, formet det norske helsevesen. Arbeiderpartiet hevdet at ekspertstyre var en nødvendig forutsetning for å kunne gjennomføre partiets planlagte politikk. Dessverre for Evang var partiets fokus rettet mot økonomien og eksport da man mente at det måtte et tilstrekkelig økonomisk grunnlag for å bygge ut velferdsgodene. Evang ville begynne i andre enden:

«Gjenreisningen av det norske folks helse og arbeidskraft er en nødvendig betingelse for den materielle og økonomiske gjenreisning. De penger som

nedlegges på dette felt er ikke død kapital, men i aller egentligste forstand produktiv kapital» (Evang i Schiøtz 2003:313).

Slik la han grunnlaget for en århundrelang ideologi om befolkningen som statens fremste ressurs, såkalt merkantilistiske motivering for ivaretagelsen av folkets helse. Folkets helse ble sett som landets styrke. Evang fastslo, i tråd med velferdsstatens verdigrunnlag samt den sosialistiske idé, at det var statens ansvar å ivareta befolkningens helse som medførte behov for en samordnet helsetjeneste på nasjonalt nivå, - finansielt og administrativt, samt en effektiv legestyrt helseadministrasjon, en velfungerende primærhelsetjeneste og institusjon helsetjeneste som skulle fungere like godt for hele befolkningen uavhengig av yteevne eller bosted. Forebyggende helsearbeid ble fremmet for å forebygge folkets helse.

Ved kongelig resolusjon av 8.mai 1945 ble det innført et legestyrt helsevesen med sammenslåing av Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen til *Helsedirektoratet* med medisinaldirektør/ helsedirektør Karl Evang i tet, sterkt inspirert av engelsk og amerikansk sosialplanlegging:

«Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat. Forholdet mellom Helsedirektoratet og departementet gjøres til gjenstand for særskilt utredning. Inntil videre skal Helsedirektoratet selv foreta alle direktoratets saker for statsråden...» (Schiøtz 2003:316).

Helsedirektoratet ble plassert i Sosialdepartementet, dette kom med kongelig resolusjon av 12.mars 1948 med helsedirektøren Evang også som fagdirektør samt departementsråd. Kombinasjonen gav ham enerett til å gi faglige råd til den politiske ledelse noe som ble både omdiskutert og førte til misnøye. Plasseringen i sosialdepartementet ga helsedirektoratet en fri stilling hvor direktøren kunne kombinere faglig selvstendighet med nærhet til den utøvende makt. Dette ga ham tilgang til vide fullmakter til å iverksette og samordne helsetiltak på alle nivåer og håndplukke sine medarbeidere, distriktsleger med en sosialmedisinsk orientering. Helsedirektøren skapte gjennom disse tiltakene en særegen organisasjonskultur, bygd på verdier i tråd med den etablerte medisinske verden samt den sosialmedisinske forståelsen av legeprofesjonens

mandat. Også kontakten med legenes interesseorganisasjon, Den norske lægeforening, var av betydning. De tette båndene gjenspeilte seg i ansettelse mellom de to institusjonene, samt i utnevnelser til sentrale stillingsverv i råd og utvalg. Direktoratet beslagla i 1948 en tredjedel av alle høye stillinger og saksbehandlingstillinger i Sosialdepartementet. I 1960 var andelen nådd over halvparten og holds seg helt frem til Evangs avgang i 1972 (Schiøtz 2003:316-18).

3.2.5. Nasjonalt råd for ernæring oppstår

Nasjonalt råd for ernæring, før 2003 kalt *Statens ernæringsråd*, ble forberedt i 1936 og opprettet i 1946 som et rådende og koordinerende organ for statsadministrasjonen, ulike offentlige myndigheter, institusjoner og organisasjoner i saker om matforsyning, kosthold og ernæring. *Forsyning* var fra starten av et uttalt mål gjennom å sikre befolkningen næringsrik og sunn kost. Matvareprodusentene hadde på denne bakgrunn en sentral posisjon i rådet i tillegg til representanter for vitenskap og helse. Krigens mangelfulle tilgang på næringsrik kost med de følgende helseproblemene dannet grunnlag for nødvendigheten av *sikringskost*, næringsrik mat.

Folk hungret etter fett og sukker i etterkrigsårene, men så kom faresignalene som tannrøte, overvekt og en rekke nye typer helseproblemer. Ekspertene kom med en antagelse om at det måtte være en sammenheng mellom fettinntak og alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdommer. Sammenhengen fremsto stadig mer åpenbar hevdes det i historieboken, men var det egentlig så åpenbart? Dette spørsmålet kommer jeg tilbake til. Statens ernæringsråd begynte alt på 1950-tallet å interessere seg for denne utviklingen, og rådet støttet hele det neste tiåret forskning få dette feltet for å utrede spørsmålet. Sosialdepartementet opprettet en komité - Nicolaysen komiteen - som fikk i oppdrag å fremlegge en rapport om sammenhengen mellom hjerte- og karsykdommer og fettinntak (Helsedirektoratet 2011, 2013:3, Schiøtz 2003:435).

En skjematisk oppsummering av utviklingen, se vedlegg nr. 3.

4.0. ANALYSE AV KOSTRÅDSGIVINGSFELTET

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på forskning som ligger til grunn for kostrådene vi har i dag både nasjonalt og internasjonal. Hva gjorde at noen forskere ble hørt og andre ikke? Hva handler striden i ernæringsfeltet om, før og nå? Dette undersøker jeg ved analyse av feltet i lys av samfunnskonteksten forskningen ble utført i. Jeg vil også se på den rådende ernæringsforskningens politiske forankring for å innkretse og posisjonere feltet.

4.1. Ernæringsforskning nasjonalt og internasjonalt i etterkrigstiden

Schiøtz (2003:428) skriver at innstillingen fra Nicolaysen komitéen som kom 3 år etter bestillingen fra Sosialdepartementet i 1960 var *klar og entydig*. Jeg vil se nærmere på denne rapporten og forskningen jeg nevnte innledningsvis, som lå til grunn for at fett ble utpekt som synderen for de nye sykdommene, ikke minst de farlige hjerte- og karsykdommene som tok livet av et stadig økende antall mennesker både i inn- og utland i etterkrigsårene. Var sammenhengen helt åpenbar?

4.1.0. *Forskning i Norge – Nicolaysen rapporten 1963:*

Økning i hjerte- og karsykdom var i etterkrigstiden et faktum som måtte imøtekommes. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 2 - 1963* står det at Nicolaysen-komitéen ble opprettet på bakgrunn av oppfordring fra sakkyndig hold. Sosialdepartementet besluttet i 1960 å oppnevne en komite «til å fremkomme med en betenkning vedørende forholdet mellom ernæring og hjerte-karsykdom».

Gruppen bestod av professorene Nicolaysen, Eeg-Larsen, Jervell, Owren og Ustvedt, samt magister Øgrim og dosent Hjort. Funnene her er interessante. Man fant at det er årsakssammenheng mellom høyt innhold av kolesterol i blodet og ischemisk hjertesykdom. Dette funnet var på bakgrunn prospektive statistiske undersøkelser som viste at sykdommen var hyppigere hos individer med høyt innhold av kolesterol i blodet. De benyttet også dyreforsøk med fettrik kost som riktignok ga arteriosklerose, men ikke alltid ischemisk hjertesykdom. *Årsakssammenhengen i sykdomsbildet hos mennesker ble ikke avdekket*, men man konkluderte med at hjerte- og karsykdom oppstår som resultat av langvarige forandringer i et komplekst system av faktorer.

Det fremgår av rapporten at studier av utviklingen av norsk kosthold fra århundreskiftet (1900) viste to viktige forandringer i denne perioden:

- 1). Kostens totale fettinnhold økte fra 30 % til 40 % av det totale antall kalorier.
- 2). Flerumettete fettsyrer (omega-3 og omega-6, må tilføres via kosten) sank fra 10-15 % av fettinnhold til 7-8 %.

Forandringen er størst i byene hvor det var økt forbruk av margarin (unaturlig industrielt hydrogenert plantefett som erstattet naturlig fett som smør og spekk). Men det poengteres igjen at det er sammensatte faktorer og usikkerhetsmomenter, særlig to:

- 1). Kolesterolspeilet er ikke eneste faktor i patogenesen for ischemisk hjertesykdom.
- 2). Kosten er ikke eneste faktor som påvirker blodets innhold av kolesterol.

Rapporten argumenterer likevel for at kosten *sannsynligvis* er av de miljøfaktorene som disponerer for ischemisk hjertesykdom. Rapporten påpeker også at dette kun er *indisier og ikke beviser*. Det advares videre mot at det ville kunne være *uriktig å foreslå praktiske forhåndsregler som senere kan vise seg å være feilaktige*. Men komitéen enes om at det er overveiende sannsynlig at resonnementet (altså uten bevis!) er holdbart, og den konkluderer med at det daglige fettkonsum ikke bør overstige mer enn 30 % av kaloriene. Rapporten fremstår ikke for meg på noen måte som hverken åpenbar eller klar og entydig, tvert imot.

Jeg minner om at hensikten med komitéens arbeid som nevnt var å komme frem til *årsakssammenheng for å forebygge hjerte- og karsykdom* som var et økende problem i befolkningen i tiden etter krigen. Man mente denne økningen måtte være knyttet til endringer i kosten ettersom man ikke så den slags problemer under krigen da det ikke var stor tilgang på mat (Helsedirektoratet 2011). Som vi så gjennom studiene innledningsvis, var dette et betydelig tema både i Norge og andre vestlige land vi kan sammenligne oss med. Mettet fett (animalsk fett) ble altså utpekt som en hovedfaktor for å gi hjerte- og karsykdom. Antagelsen om denne årsakssammenhengen bygget på indisier, men ble likevel lagt til grunn for de videre kostrådsanbefalinger. Man støttet seg i dette også på internasjonale forskning.

Hvorfor er dette så viktig, kan man spørre. Det er fordi dette fremdeles er kjernen som kostrådene vi har i dag bygger på. Vi blir ennå advart mot å spise mettet fett i dagens kostråd, selv om dette nå har begynt å snu og argumenteringen har begynt å endre karakter. Jeg kommer tilbake til dette.

4.1.1. Forskning internasjonalt

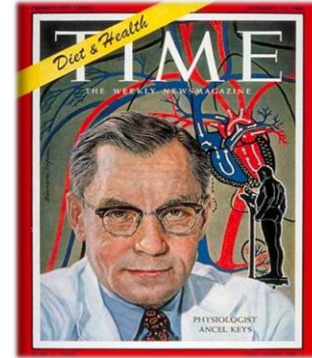
Ancel Keys

Kostlegen Andreas Eenfeldt (2011:30-32) forteller at utgangspunktet for teorien om kolesterol som årsak til hjertesykdom går tilbake til året 1958. Den amerikanske forskeren Ancel Keys (1904-2004), en flittig mann som hadde to doktorgrader i trettiårsalderen, en i fysiologi og en i biologi, var blitt overbevist om at han hadde funnet årsaken til vår mest dødelige sykdom, hjertesykdom. Det begynte med at han fikk henvist til seg et voksent brødrepar med skyhøyt kolesterol (rundt 25 mmol/l), trolig en arvelig lidelse. Keys ga dem fettfri kost i en uke og kolesterol verdiene sank. Keys fikk ideen om at årsaken var fett på bakgrunn av at det døde færre mennesker av hjerte- og karsykdom under krigen. Dette indikerte at noe folk normalt spiste, men som manglet under krigen var årsak til hjerte- og karsykdom. Spørsmålet var hva? Hans andre indikasjon var hvordan hjerte- og karsykdom oppstår, at blodårer snevres inn av plakk i åreveggen. I dette plakket finnes kolesterol. For Keys var sammenhengen klar. Å spise fet mat får kolesterolet til å stige som igjen gir avleiring og tetter årene. Kolesterolet måtte bort! Keys ville med denne oppskriften, redde den vestlige verden fra den mest dødelige sykdom, hjerte- og karsykdom.

Eenfeldt sparer ikke på kruttet når han sier at veien til helvete er brolagt med gode intensjoner, for Keys hadde de beste intensjoner. Hans overbevisning mangler kun én faktor, bevis. Keys jobbet i 1950 årene for å avsløre sammenhengen mellom fett, kolesterol og hjerte- og karsykdom. Han reiste verden rundt og studerte befolkninger for å bevise sine antagelser noe som ga ham stor oppmerksomhet i mediene. Han mente han fant en sammenheng. Keys (1953) publiserte dette året en studie om fettinntak og hjerte- og karsykdom i seks land: *Atherosclerosis; A problem in newer public health*. Keys ble ettergått i sømmene av en skeptisk kollega som ikke fikk diagrammene over fremstillingene av land til å stemme. Av 22 tilgjengelige land, fremkom kun 6 land på Keys fremstilling, de landene som ga størst mulig sammenheng mellom fettinntak og hjerte- og karsykdom, en statistisk dødssynd. Om alle landene ble tatt med, forkom ingen tydelig sammenheng. Likevel fortsatte Keys som han stevnet.

I 1956 skrev han en artikkel om jo rikere man er, jo mer fett spiser man, som han koblet med høyere forekomst av høyt kolesterol og hjerte- og karsykdom i rike land og hos rike folk. Forholdet fremstod klart, jo mer fett man spiste i et land jo fler fikk hjerte- og karsykdom.

Keys startet *Seven Country-studien* i 1958. Studien inkluderte 12 000 middelaldrene menn i Italia, Hellas, Japan, Jugoslavia, Nederland, Finland og USA hvor man kontrollerte hva de spiste, kolesterolnivå og om de fikk hjertesykdom. Studien gikk over flere tiår. Dette er stor målestokk etter 1950 årenes standard. Underlig nok fant man ingen sammenheng mellom inntak av fett og



hjertesykdom, tallene pekte i motsatt retning. Hellas som hadde den mest fettrike maten hadde nemlig *minst* hjertesykdom. Keys teori ble endret som følge av dette funnet. Nå het det at ikke alt fett ga hjertesykdom, bare en bestemt type, *mettet fett* der man kunne finne en statistisk sammenheng med hjertesykdom. Slik oppstod frykten for fett, det vil si mettet fett, animalsk fett fra kjøtt og melk. Det som satte Keys på forsiden av verdenskjente amerikanske magasinet *Time* året 1984, og som ga ham tilnavnet *Mr. Cholesterol*, var hans teori om kolesterolet. (Bilde nr.4, se vedlegg).

John Yudkin

John Yudkin (1910-1995), professor i ernæring- og dietetikk samt grunnlegger av ernæringsavdelingen ved University of London, Queen Elizabeth College, hadde krigstjeneste som militærlege i Vest-Afrika. Hans forskning etter krigen viste at det fantes en klar sammenheng mellom sukker og hjertesykdom noe han skrev om i boken *Pure, White and Deadly* i 1972 hvor tittelen nettopp henspiller på sukker. Yudkin var sikker på at teorien om fett var feil og at det var *karbohydrater* som forårsaket problemene. Han mente det var en mye klarere sammenheng mellom økning i hjertesykdom og økning av sukker (som også var en mangelvare i krigsårene) og viste til en rekke dyr som ble matet med sukker som fikk forhøyede blodnivåer av triglyserider (en teknisk term for fett) som regnes som en risiko for hjertesykdom. Sukker hever også insulinnivået og kan kobles direkte til diabetes type 2. Han stilte seg spørrende til om det fantes noen årsakssammenheng mellom hjertesykdom og fett. Vi har tross alt spist fett som smør i århundrer, mens sukker frem til 1850-tallet var en sjelden luksus for folk flest, hevdet han. "If only a small fraction of what we know about the effects of sugar were to be revealed in relation to any other material used as a food additive, that material would promptly be banned" skrev Yudkin (Smith 2014).

Keys var like sikker på det motsatte, det var ikke plass til begge de motstridende teoriene. Fikk den ene rett, fikk den andre feil. Keys var målbevisst og skrev om Yudkins forskning til alle fremtredende forskere på feltet, hvor han avfeide Yudkins arbeid som verdiløst. Keys var en god taler i motsetning til Yudkin og vant i tillegg debatter. Yudkin kom naturlig nok også på kant med sukkerindustrien og matvareprodusentene som bruker mye sukker i sine "sunne" lav-fett produkter for å fremme smak (som kjent sitter smaken i fettene som nå ble fjernet, sukker ble erstattet). Yudkins teori truet dermed en svært lønnsom virksomhet. Han skriver i slutten av boken om hvordan han ble motarbeidet av Keys og næringsmiddelindustrien, de lyktes med å stoppe hans advarsler om sukkerets skadelige virkning. Han pensjonerte seg tidlig fra universitetet og ble erstattet med en som støttet teorien om fett. Ved sin død i 1995, ble ikke hans advarsler lenger tatt på alvor. Keys felles kampanje med næringsmiddelindustrien og flere andre forskere lyktes i å diskreditere Yudkins arbeid og troverdighet totalt, han ble latterliggjort og ydmyket på forskningsfeltet. Uttrykte noen tvil om at fett var farlig, ble det raskt avvist med «akkurat som Yudkin», et nedlatende uttrykk (Eenfeldt 2011:39-40) (Smith 2014).

Yudkin fikk ikke oppreisning mens han levde, men ble hedret i en forelesning av professor i klinisk pediatri, Robert H. Lustig (2009), spesialist på hormonelle forstyrrelser hos barn og ledende ekspert på fedme hos barn ved Universitetet i San Fransisco, USA. Forelesningen ble filmet og har millioner av visninger på YouTube; *Sugar: The Bitter Truth*. Her sier han at han er forbløffet over at alt det Yudkin forutså, alt vi ble advart om at sukker kunne forårsake, har skjedd i detalj. Lustig gjenutga Yudkins bok i 2012 og sa følgende: "Yudkin knew a lot more data was needed to support his theories, but what's important about his book is its historical significance. It helps us understand how a concept can be bastardised by dark forces of industry" (Smith 2014).

Thomas Latimer Cleave

En annen forsker, Thomas Latimer Cleave (1906), lege for den britiske marine, gjorde gjennom sine reiser observasjoner av ulike befolkninger. Han kom også frem til at de nye sykdommene kom av *den nye maten*, hvitt mel og sukker, som kom med industrialiseringen. Den nye maten var billig, lett å lagre og svært lønnsomt, men næringsfattig, noe som gjorde lagring fritt for skadedyr som ikke fikk grobunn der,

ingen kan ikke leve av ren stivelse. Mel og sukker er dessuten raske karbohydrater som gir høyt blodsukker, noe vi i dag vet er skadelig over tid.

Fettet ble langt på vei erstattet med karbohydrater som ga høy økonomisk gevinst. Dette så man konsekvensene av etter få tiår der hvor mel og sukker hadde gjort sitt inntog. Virkningen var den samme overalt. Folk ble syke og fete. Frykten for fett forsterket effekten da fett ble byttet ut med mer karbohydrater. Man begynte å snakke om en fedmeepidemi som skjøt fart i 1980 årene (Eenfeldt 2011:19,58).

Videre forteller Eenfeldt at på bakgrunn av sammenligning av og bedre oversikt over de nye sykdommene som plutselig ble vanlig rundt om i verden, kom Cleave til at mel og sukker var årsak til alle de nye ikke-smittsomme sykdommene som oppsto i industrialiserte land. Han publiserte fra 1955 og utover flere artikler om dette temaet som han oppsummerte i boken *The Saccharine Disease* i 1974. Cleaves teori bygget på epidemiologi, hvordan sykdom spredde seg med maten. Han mente at raffineringen, konsentrasjonen av karbohydrater lurer oss til å spise mer og på lang sikt kan føre til fedme (Lustig forklarer dette inngående biokjemisk i forelesningen jeg nevnte tidligere). Ingen blir fet av å være hverken glupsk eller lat, ingen ville dyr som spiser naturlig mat blir noen gang overvektig hevdet Cleave, uansett hvor mye mat de har tilgang til. Ikke så lenge de holde seg innenfor sin egen naturlige kost. Det samme burde gjelde for mennesker. Hans konklusjon var at kroppen ikke er konstruert feil, men ble brukt på feil måte, at unaturlig mat gir unaturlig sykdom.

Smith (2014) forklarer også dette og viser til at vi fra åttitallet og utover fikk flere nye funn som ga ny tiltro til Yudkins (og Cleaves) teorier. Forskerne fant nå at *fruktose*, en av de to viktigste karbohydratene i raffinert sukker, metaboliseres hovedsakelig i leveren; mens *glukose* (som finnes i stivelsesholdige matvarer som f.eks. brød og poteter) metaboliseres av alle cellene. Dette betyr at overdreven forbruk av fruktose (som er i både sukker og stivelse) gir ekstra belastning på leveren, som deretter konverterer fruktose om til fett. Dette induserer en tilstand kjent som insulinresistens, eller også kalt metabolsk syndrom, som *leger nå generelt anser å være den viktigste risikofaktor for hjertesykdom, diabetes, fedme og som en mulig faktor for mange kreftformer.*

Cleave avsluttet sin forskning i marinen, men han tilhørte ikke det akademiske forskningsmiljøet og det var derfor ingen selvfølge at han skulle bli tatt på alvor.

Keys teori ble stort slått opp, og det lå både politiske og økonomiske interesser bak. Hans teori er i dag fremdeles for mange en «opplest og vedtatt sannhet», som jeg senere vil knytte til Bourdieus begrep *symbolsk vold*, som våre kostråd er konstruert etter, men som flere medisinere og ernæringsspesialister nå også i dag stiller spørsmål ved.

George Stanley McGovern

Dr. philos i sosiologi og cand.scient. i ernæringsfysiologi, Dag Viljen Polezynski (2014:16) og kostlegen Eenfeldt (2011:42) viser også til en annen sentral person i ernæringsråds utviklingens historie, George Stanley McGovern (1922-2012). Han ledet i 1977 en senatskomité som avla en rapport, som til tross for kritikk, likevel utpekte retningen for USA`s samt flere vestlige lands myndigheters ernæringsråd i flere tiår fremover. Å finne vitenskapelig bevis for fettets eventuelle farer var vanskelig å avklare vitenskapelig, forskningen var tvetydig og meningene delte, bevisene var uklare. Likevel vant teorien om fett frem.

Et søk på McGovern på nettet ledet til en biografisk og historisk side ved Princeton University (2011) hvor det opplyses at McGovern i 1969 ble leder av den nyopprettede «Select Committee on Nutrition and Human Needs» og i 1978 etterfølgeren, «Subcommittee on Nutrition». De hadde en viktig rolle i utviklingen av lovverk for matmerking, skolelunsj programmer, samt utforsket forholdet mellom ernæring og helse. «Select Committee» utstedte i 1977 en banebrytende rapport, *Dietary Goals for the United States* (kjent som "McGovern Report") som argumenterte for en nedgang i forbruket av *fett* og *raffinert sukker*, samt *økning* i forbruket av komplekse karbohydrater og fiber. (Det understrekede poenget kommer jeg tilbake til). Rapporten er forløperen til dagens Dietary Guidelines for amerikanerne. Heller ikke denne rapporten var entydig. Arbeidene som førte til rapporten og månedene etter var full av kontroverser. Forskere var jevnt delt når det gjaldt gyldigheten av data, og mange konkluderte med at det var ikke nok data til å gi amerikanere kostråd. Men politikerne krevde at folket ble rådet i en retning for ikke å så tvil om sine ledes evne til å gi konsistente råd. På grunn av dette, regner administratorer innenfor FDA (Food and drug Administration) og NIH (National Institutes of Health) rapporten å være mer av et politisk dokument enn et vitenskapelig. Likevel ble det enighet om at USDA (United States Department of Agriculture) skulle utarbeide offisielle kostretningslinjer på grunnlag av McGovern rapporten av 1977. «We Senators don` t have the luxury that a

research scientist does of waiting until every last shred of evidence is in» (Senator McGovern 1977).

Politiske, ideologiske og økonomiske interesser

Litsfeldt, jur kand og forfatter & Wikholm, molekylærbiolog, har også gjort seg noen tanker rundt bakgrunnen for kostrådene i *Ideologin, pengarna, kostråden* (2007). Her rettes blikket mot de politiske, ideologiske og økonomiske interesser som påvirket tilblivelsen av dagens kostråd. De viser hvordan aktører med gode intensjoner banet vei for kostråd, men at uhelsen i befolkningen parallelt økte dramatisk. På 50- og 60- tallet tiltok debatten om verdens *matforsyning*, og tidlig på 70-tallet ble betydelige deler av verden rammet av tørke med påfølgende avlingssvikt som ga utslag i økte matpriser i Vesten og sult i den tredje verden. Kritiske røster som Georg Borgström (1912-1990), professor i kost og økonomisk geografi, mente at vi innen millenniumskiftet ville rammes av en global sult- og forsyningskrise og verdens befolkning ble ansett å øke eksplosivt. Politisk sett var tilstanden farget av energikrisen og sultkatastrofer i Afrika og Asia. Den rike verdens kjøttproduksjon ble sett som sløssaktig og energiineffektiv. De såkalte 68-erne, venstreorienterte og tilhengere av ulike grønne bevegelser, argumenterte for at kornproduksjonen i verden burde gi nok til å gi mat til alle, men at verdens kapasitet for matproduksjon ble sett som begrenset. Løsningen lå i kornproduksjon som skulle dekke alles behov. Problemet var at verdens kornproduksjon i stor grad ble sløst bort på kvegavl i den rike delen av verden fremfor brukt som mat til mennesker. Proteinene som ble brukt for å fremstille kjøttet, hadde vært nok til å mate ti personer om det ble konsumert direkte i form av korn, var argumentet. Dette synet på mat ble et *ideologisk* skille for den unge 68-generasjonen og *veganismen* oppstod med to hovedargumenter. Et helseargument, at kjøttspising ble sett å ha en fordervende innvirkning på både kropp og sjel, samt at å spise vegetar ville gjøre oss til friskere og bedre mennesker. Det andre altså et ideologisk argument som handler om å ha tatt stilling til verdens fattige og sultende. Det var et spørsmål om *fordeling* som kom med TV 'ens inntog i hjemmene våre, hvor det ble synliggjort med levende bilder av sultende, døende barn og verdens fattigdom. Det ble en vekker. Sultkatastrofen var ikke lenger i et fjernt i land langt borte, men etset seg fast på netthinnene i våre egne stuer (Litsfeldt & Wikholm:17).

I lys av denne ideologiske tidsånden i samme periode hvor kostrådene ble formet, kan dette være med på å forklare hvorfor man ikke valgte en teori som støtter inntak av animalsk mat som bl.a. kjøtt og fett, (lavkarbohydrat teorien) men heller valgte en teori hvor hovedbestanddelen består av karbohydrater, lavfett-/kalori-teorien hvor vi bør spise mye korn og fiber (min kommentar).

Matindustrien tilpasset seg raskt den nye tidsånden og forordnet en fettfattig kost. Det har alltid vært representanter fra matindustrien inkludert i drøftelsen av utforming av nye kostråd, når offisielle kampanjer blir lansert og når forskningsmidler fordeles påpeker Litsfeldt & Wikholm (2007). De stiller seg kritisk til det vitenskapelige bevisgrunnlaget for kostholdsråd, som de hevder aldri var i nærheten av å oppfylle kriteriene som gjelder innenfor såkalt evidensbasert medisin. Likevel blir kostråd foreskrevet til både friske og syke om å spise mer karbohydrater og mindre fett. Mens folk har tilpasset sitt matforbruk til kostanbefalinger, har sykdommer som diabetes og fedme økt dramatisk. Store deler av befolkningen *ordineres dyre medisiner* for vanlige sykdommer som i utgangspunktet er avhengig av et unaturlig kosthold. Norge kan sammenlignes med Sverige da vi har samme forskningsgrunnlag og deltar i både et nordisk og europeisk (FENS) samarbeid angående kostråd.

Matpyramiden vs. tallerkenmodellen

På fremsiden har jeg bilde av matpyramiden (til venstre) som sikkert flere med meg forbinder med kostråd etter undervisningen i heimkunnskap i grunnskolen. Bakgrunnen for matpyramiden forteller Litsfeldt & Wikholm (2007:32) kommer fra vårt naboland Sverige med Anna-Britt Agnsäter (1915-2006) som underviste i praksis i jordbruks- og husholds arbeid på Fågelsta og som i 1944 ble ansatt i KF's (Kooperativa Förbundet) Provkök, hvor hun var chef i perioden 1946-1980. Hun oppfant matpyramiden i 1974 og ideen ble eksportert til en rekke land, deriblant Norge. Etter fire år med opphetede debatter og utredninger ble den vedtatt av det amerikanske jordbruksdepartementet i 1989 med det første opplaget av Food Guide Pyramid. Dette har siden vært det mest kjente symbolet for de amerikanske kostråd.

Men, fortelles det videre, det hele utspant seg fra en demonstrasjon (fremmet av Skärholmsfruene) i Stockholm i 1972 der det ble protestert mot de stadig høyere matprisene, og hvor demonstrasjonen inngikk som et ledd i boikott av melk og storfekjøtt. Sveriges statsminister Oluf Palme ble sterkt oppfordret å senke matprisene.

Demonstrasjonen var preget av de venstreorienterte 68`erne, men hadde også en folkelig forankring. Prisøkningen på mat skapte bekymring for mange og politikerne skulle tvinges å reagere. I 1973 fikk USA også oppleve lignende demonstrasjoner og president Nixon ble tvunget til å innføre ett pristak på kjøtt. Skärholmsfruens demonstrasjon ga også utslag i at Socialstyrelsen oppnevnte en arbeidsgruppe "*Kost og kostnad*" i Sverige som bestod av kvinner som representerte Sosialstyrelsens nemd for helseopplysning, KFs-, Jordbrukets- og ICAs prøvkök i tillegg til sparebankforeningen. De fikk i oppdrag å finne ut om man kunne spise ernæringsmessig tilfredsstillende til en lav kostnad. Dette arbeidet resulterte i begrepet *basismat* (brød, potet, pasta, melk) og *tillegg* (grønnsaker, frukt, kjøtt, fisk). Det var mer unikt på denne tiden at gruppen bestod av kun kvinner, enn at den svenske matindustrien var representert i Socialstyrelsens arbeidsgruppe om kost sier Litsfeldt & Wikholm.

"Kost og Kostnad" gruppen var referansegruppe til *MEK-gruppen* (medisinsk ekspertgruppe for kost og mosjon i Sverige) som ble oppnevnt av Socialstyrelsen i 1969. Den bestod av professorer eller dosenter som tradisjonelt sett på denne tiden ofte bestod av menn. De aksepterte referansegruppens inndeling av basis- og tilleggs mat i starten. I 1973 gikk kampanjen "*Välj rätt*", et samarbeid mellom Socialstyrelsen og KF hvor begrepene basismat og tillegg første gang ble bredt presentert for det svenske folk. Opplysningene om basismaten var revolusjonerende (s.34). KF`s rapport viste at man kunne få rundt $\frac{3}{4}$ av dagsbehovet for protein og halve jern- og C-vitaminbehovet fra basismat til kun 3 svenske kroner. Men alle var ikke overbevist om det var rett å anbefale så mye brød og poteter. I følge gammelt sunt bondevett visste man at et stort konsum av dette ville gjøre en fet. I dag understøttes dette av forskning, et høyt inntak av karbohydratrik mat korrelerer med fedme, men Agnsäter og Socialstyrelsen tidlig på 70-tallet i Sverige anså dette i å være en myte og ytret dette i en ny kampanje i 1976 "*Lev vel*", et samarbeid mellom Socialstyrelsen, matprodusenter og mathandelen med budskap om å spise mer brød og poteter og minske fettmengden. Etter ulike innspill i sitt virke, kom Angsäter i 1973 på ideen om et mat-triangel for å illustrere et tydeligere budskap om basismat, matpyramiden. Dette ledet frem til det som ble en innovasjon, matpyramiden som endret kost verden.

Videre forteller Litsfeldt & Wikholm (s.35), at den opprinnelige *kostsirkelen* etablert i Sverige fra 1965, var inndelt i syv deler, men ikke sa noe om hvor mye man trengte av

hver del. Hovedforskjellen på de to modellene er at matpyramiden tydelig illustrerer hva man bør spise *mer* og *mindre* av. MEK-gruppen hadde allerede godkjent begrepene basismat og tillegg, og ernæringsmessig var det ingen forskjell på de to modellene. Likevel ble det en lang og bitter strid mellom dem, nettopp på bakgrunn av det som skilte de fra hverandre, inndeling av mengde. Matpyramiden var betydelig mer slagkraftig visuelt enn sirkelmodellen i forhold til hvor mye man skulle spise av hva. MEK-gruppen aksepterte aldri dette ved matpyramiden med begrunnelse i at utformingen ga et feilaktig bilde av hvor mye man skulle spise av de ulike matvarene. At den ga inntrykk av at for eksempel i *basen*, skulle være de mest verdifulle matsortene. Dette var ikke i tråd med MEK-gruppens oppfatning av betydningen av kostens allsidige sammensetning.

Videre i følge Litsfeldt & Wikholm (s.36) fremstod ikke matpyramidens topp, gruppen for kjøtt, fisk og egg, som helt nødvendig. KF's matpyramide inneholder et laktovegeteriansk budskap hevdes det. KF ga ut informasjon om matpyramiden som sa at om man var laktovegeterianer kunne man velge bort matvarene på toppen. Og ser man nøye på de proteinrike grønnsakene, ser man at de er plassert høyt opp i pyramiden. MEK-gruppen kunne ikke stille seg bak en konstruksjon som lignet en trojansk hest for vegetarianismen som bygget på professor i matforskning og økonomisk geografi ved Michigan State University i USA, Georg Borgströms (1912-1990) teori om matforsyning. Han mente at verdens jordbruksproduksjon ikke kunne mette 7 milliarder mennesker og spådde en matforsyningskrise før millenniums skifte som ville avgjøre sivilisasjonens fremtid. Altså teorien om proteinet som 68`ernes argumenter bygget på (s.17). Borgströms kritikk var rettet mot den rike verdens sløsing med kjøttforbruk sett som årsak til sultkatastrofen i u-land. Striden mellom modellene var i gang.

I pyramidens topp finns kött fisk och ägg. Jag anser det rent skandalöst att sätta kött men framförallt fisk i något slags strykclass. Det finns knappast något fett som näringsmässigt är bättre än fiskens. Pyramiden kan få oss att tro att det är vettigare att äta tomater än fisk. Sånt är ju absolut vansinne! (Docent Ivar Werner, Socialstyrelsens MEK-gruppe i Dagens Nyhetet 13.12. 1975, i Litsfeldt og Wikholm 2007:36).

Skriftvekslingene fortsatte mellom de ulike legers meninger, kan leses i Litsfeldt & Wikholm`s bok da det blir for mye å gjengi her. Det handlet om både ernæringsmessige, fordelingsøkonomiske og bistandspolitiske meninger, men også om frykten for fett bygget på Keys teori ble brukt som argument. På tross av at MEK-gruppen stod urokkelig fast ved sin posisjon, arbeidet KF og Agnsäter intensivt med å spre kostpyramiden både nasjonalt og internasjonalt noe de lyktes med, hun vant en hel verden. Men Socialstyrelsen i Sverige hold fast ved kostsirkelen. Angsäter ble ingen profet i eget land hvor hun tapte striden og fikk ingen offisiell erkjennelse eller status der. Men at matpyramiden er et godt pedagogisk hjelpemiddel er det ingen tvil om, at den slik overgår kostsirkelen er man enige om. Andre har benyttet den, som Atkins (lavkarbo), men med en betydeligere mindre fettskremt versjon, slik jeg også har illustrert på fremsiden (pyramiden til høyre).

Robert Coleman Atkins (1930-2003) var en amerikansk lege og kardiolog, best kjent for "Atkins Diet", en populær men også kontroversiell måte å spise som krever kontroll av karbohydratene i kosten, med fokus på protein og fett som de viktigste kildene kalorier i tråd med Yudkin og Cleves oppfatning. Poenger er å sette kroppens forbrenning over fra metabolisme av glukose til heller å forbrenne av kroppens egne fettlagre (Atkins 2004).

Det er ulike grader av lavkarbo sier Rostrup (2011) og har vært utfordrende å finne en passende terminologi på begrepet innen forskning og medisin. Det virker som man nå er på vei til å bli enig sier Rostrup og viser til Feinman i Current Diabetes Reports som presenter en inndeling av lavkarbo som har begynt å etablere seg i fagmiljøet:

- Lavkarbo kosthold: Mindre enn 130 g/dag eller mindre enn 26 % av totalt energiinntak.
- Moderat innhold av karbohydrater: Mellom 26% og 45 % av totalt energiinntak fra karbohydrater.
- Strikt (ketogen) lavkarbo kosthold: Mindre enn 20-50 g med karbohydrater per dag eller mindre enn 10% av energiinntak
- Høyt innhold av karbohydrater: Over 45 % av energiinntaket fra karbohydrater (som vi rådes til i de statlige kostrådene, min tilføyelse).

Karbohydrater

Jeg lovet å komme tilbake til de *komplekse karbohydratene* som er et viktig poeng i stridens kjerne. Både sukker og stivelse er karbohydrater. Av karbohydrater anbefales vi i rådene å ligge på et inntak mellom 50-60 energiprosent, av sukker under 10 energiprosent. Alle karbohydrater gir energi, og i Norge skilles det mellom enkle karbohydrater (sukker) og komplekse karbohydrater (brød, korn, frukt, bær, grønnsaker). Både de enkle (som sukker) og de komplekse karbohydrater (som brød, korn og grønt) brytes ned i kroppen til ren *glykose* (druesukker), altså med samme resultat i kroppen. Man argumenterer likevel for at komplekse karbohydrater gir større helsebonus i form av ekstra vitaminer, mineraler og fiber. Mens de enkle karbohydratene kalles "tomme kalorier" da de gir lite annet enn energi (Norsk Helseinformatikk 2013).

Det er karbohydratene og ikke fett som gjør oss fete sier Litsfeldt & Wikholm (2007:5). Sukker og raffinerte karbohydrater, som i hvitt mel, pasta, ris og brød, gir en rask blodsukkerstigning som igjen gir utskillelse av hormonet insulin fra bukspyttkjertelen. Insulinet er nøkkelen til å åpne cellen for opptak av fett og sukker. Blodsukkeret synker raskt etter en høy insulinutskillelse, som gir oss sultfølelse kort tid etter inntak av mye sukker. Man er vitenskapelig enige om at sukker er fettbindende. Insulinet stimulerer slik fettlagring og forhindrer fettforbrenning. Likevel skillers det tydelig i kostrådene vi får mellom sukker og stivelsesrik mat (som brød, potet, ris pasta, hvitt mel). Man anser i utarbeidelsen av kostrådgivning, stivelse å være *komplekse karbohydrater*, i motsetning til sukker. Sukkeret rådes vi til å begrense i kosten, men stivelsesrik mat rådes vi til å spise mer av jfr. anbefalingene i listen i punkt 1.0. Vi har fremdeles en slik villedende oppdeling mellom sukker og stivelse på innholdsfortegnelser på matvarer hvor det totale karbohydrat innholdet opplyses, men også en spesifisering "herav sukker". Dette til tross for at det i 1997 kom en anbefaling fra en ekspertkomite i regi av FN- organet WHO og matorganisasjonen FAO, at en slik oppdeling mellom enkle og komplekse karbohydrater burde opphøre. Mer relevant informasjon burde være den totale mengden karbohydrater i tillegg til matens glykemis indeks (GI – hvilken blodsukkerstigning maten gir). Av samme grunn som kostrådene anbefaler å begrense sukker, bør det anbefales en begrensning av stivelsesrik mat, de har samme virkning i kroppen. Hvorfor rådes vi da til å spise mer av stivelsesrik mat

som brød? Svaret finnes ikke i den vitenskapelige litteratur. Det handler om de økonomiske og politiske forholdene på 70-tallet sier Litsfeldt & Wikholm (s.7). Vi rådes vi til å begrense sukkerinntaket: «Tilsatt sukker bør begrenses til mindre enn 10 E%. Anbefalingen for totalt karbohydratinnhold er endret til 45-60 E % sammenlignet med 50-60 E% i NNR 2004». Problemet er bare sier de videre, at alt som kostrådene hevder om sukkerets skadevirkning også gjelder for stivelsesrik mat da det har samme virkning på blodsukkeret og insulinutskillelsen som sukker. Her råder ingen diskusjon. Allerede i 1981 kom diabetesforskeren, professor David Jenkins, med begrepet glykemisk index (GI) som er et mål på blodsukkerstigningen (s.6).

Oppsummering av den utvalgte forskningen skjematisk, se vedlegg nr. 4.

4.2. Forskningens målsetting og hvor vi står i dag

Klarte man med kostrådene som bygger på teorien om fett og det farlige kolesterolet å forebygge hjerte- og karsykdom slik målsettingen var? Hvordan har kostrådene virket inn på vår tid? Jeg vil se på tallene for hjerte og karsykdom nesten 50 år senere, hvor vi står i dag, de står beskrevet slik:

Helsedirektoratet (2011) opplyser at 36 % av alle dødsfall i Norge, totalt 41.253 (ssb.no/dode/) i 2006 var forårsaket av hjerte og karsykdom av en totalbefolkning på 4 640 200 i følge statistisk sentralbyrå. Pedersen (2011) ved statistisk sentralbyrå viser at det i Norge dør seks av ti av hjerte- og karsykdom og kreft. 80 % av alle hjerte- og karsykdommer skjer i alderen over 75 år, tallet for kreft er 55 %. Én av seks dør i Norge før fylte 65 år, 16 %. Tallet for EU-landene totalt er én av fem, 20 %. Hjerte- og karsykdom, kreft, ulykke og selvmord er dominerende dødsårsak for denne gruppen. Fire av fem dødsfall i alle medlemslandene i EU, skjer etter 65 år. I Norge er forholdet fem av seks. Nesten halvparten av alle dødsfall etter 65 år i EU er forårsaket av hjerte- og karsykdommer, *bortsett fra landene rundt Middelhavet som har lavest dødelighet av denne sykdommen*, slik også Keys kom frem til i sin studie i 1958. 40 % av alle dødsfall i EU skyldes sykdommer i sirkulasjonssystemet som angina pectoris og hjerteinfarkt, de over 65 år er mest utsatt for begge kjønn. Landene i nord har høyere dødelighet av hjertesykdom enn landene i sør, dette krediteres Middelhavsdietten for. Totalt har vi hatt en nedgang i dødelighet i hjerte- og karsykdom de siste 25 år, men betraktelig mindre i de nye medlemslandene i EU. Nedgangen for Norge; i 1991 døde 430 menn og

240 kvinner pr 100 000 innbyggere, i 2009 er tallene 194 og 129. Dette forklares med endringer i livsstil og nye behandlingsformer.

Professor og epidemiolog Tell (2014) ved Institutt for global samfunnsmedisin (UIB) opplyser at folk lever generelt lenger som følge av bedre levekår og mer effektiv behandling, men at mange voksne i Norge i dag lever med hjerte- og karsykdom. En stor del av befolkningen behandles også for høyt blodtrykk og unormale blodlipidnivåer. Forekomsten av overvekt og type 2-diabetes øker, ca. 20 % av de voksne lider av fedme og ca. 10 % har diabetes eller *nedsatt glukose toleranse* (metabolsk syndrom som er forstadiet til diabetes 2). Dødeligheten etter hjerteinfarkt har gått ned de siste tiårene, men man har ikke visst om dette skyldes bedre behandling eller færre infarkttilfeller. Tilfeller hos yngre (under 65 år) er ikke redusert, regnet i forekomst pr. 1000 innbyggere, noe som er bekymringsfullt da hjerte- og karsykdom fortsatt er den vanligste dødsårsaken uten å ha et klart svar på dette sier Tell (2014). Generelt sett er befolkningen blitt tyngre og flere går på *lavkarbodiett som øker kolesterolet* hevder Tell videre.

Denne påstanden redegjøres det ikke for i artikkelen. Jeg antar at Tell her refererer til, som mange andre, at lavkarbo kosthold som et fettrikt kosthold (animalsk mettett fett og andre naturlige fettkilder) er forbundet med kolesterol og hjerte- og karsykdom. Det finnes ikke vitenskapelig bevis for denne påstanden som Tell og mange andre forskere kommer med, fett er ikke lenger sett som årsak til hjerte- og karsykdom. Man får heller ikke umiddelbart hjerte- og karsykdom av en diett eller et kosthold, det utvikles først over mange år. Lavkarbo-trenden hos de unge har ikke vært så lenge i Norge.

Hjertespesialist Espen Rostrup ved hjerteavdelingen ved Helse-Bergen har skrevet i en artikkel på sin private blogg, *Myter og sannhet* (2011) at det nettopp i kostdebatten fra flere eksperthold stadig kommer innvendinger og advarsler mot lavkarbo kosthold. Man skal ha my kunnskap for finne frem i forskningen med de motstridende resultatene før man kan konkludere endelig sier han. De fleste advarslene baserer seg på myter og utdatert kunnskap. Han viser til flere påstander, men en av dem er nettopp påstanden om at karbohydrater som erstattes med fett gir økt risiko for hjertesykdom. Jeg kommer tilbake til denne påstanden og den nye forskningen.

Hvordan kan vi, med et så bredt politisk, vitenskapsfaglig og samfunnsmessig engasjement rundt kostråd når de jo nettopp tok utgangspunkt i å forebygge hjerte- og karsykdom, ennå ha 36 % dødelighet av dette i Norge? Det er for meg ett høyt tall. Da melder umiddelbart nye spørsmål seg. Virker ikke kostrådene folket får slik Nicolaysen komitéen advarte mot at kunne ha uante konsekvenser, eller følger folk dem ikke? Var det hele et eksperiment på norsk folkehelse basert på indisier sett i et kritisk lys? For ikke å nevne verden. Symptomene er de samme over alt i vestlige land som har basert seg på samme teori. Eenfeldt hevder at: «Man har til dags dato ikke ett eneste bevis på at fett er årsak til hjerte- og karsykdom, til tross for 50 års forsøk på å bevise dette» (Andreas Eenfeldt, *Matrevolusjonen* 2011:56). Kostlegen begrunner sin påstand slik:

Fire forskergrupper har systematisk gjennomgått alle studier som foreligger, ikke bare håndplukkede studier som passer med ens forhåndsbestemte mening understreker Eenfeldt. Kanadiske professor Mente ved Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics, og hans gruppe gikk gjennom alle relevante studier fra 1950 og fremover, mer enn fem tusen studier. Deres funn ble publisert i *Archives of International Medicine*, et anerkjent vitenskapelig tidsskrift. Man fant utilstrekkelig bevis for at det fantes noen sammenheng mellom samlet fettinntak, og mer spesifikt mellom inntak av mettet fett, flerumettet fett, kjøtt, egg, melk og hjerte- og karsykdom (Mente, de Koning & Anand 2009).

Den andre gjennomgangen var fra WHO, Verdens Helseorganisasjon, publisert i 2009 med samme resultat. Personer som spiser mindre fett eller mettet fett blir ikke friskere enn andre, hverken i observasjonsstudier eller i kontrollerte studier (Skeaf & Miller, WHO-rapporten 2009).

Den tredje gjennomgangen ble utført av en forskergruppe med forsker Siri-Tarino i ledelsen (hun tilhører feltene medisin, diabetologi, ernæring, dietetikk og kardiologi). Resultatet ble publisert 2010 i *American Journal* og *Clinical Nutrition*, et av de mest ansette vitenskapsskriftene innenfor ernæringsfeltet. Gruppen tok for seg alle velutformede observasjonsstudier som tok for seg hvor mye mettet fett folk spiser sett i forhold til hvordan helsen deres er. Ca. 20 studier som samlet inkluderte over 300 000 personer som ble fulgt over flere ti år, ble sett i sammenheng. Resultatet var at det ikke var noen forbindelse mellom inntak av mettet fett og hjertesykdom. Mennesker som

spiser mye mettet fett blir ikke sykere enn de som spiser lite fett (Eenfeldt 2011:57, Siri-Tarino, Sun, Hu & Krauss 2010). Nå må det derfor settes punktum for denne oppfatningen av fett som årsak til hjerte- og karsykdom sier Eenfeldt.

Den siste i rekken kom i 2014 (Chowdhury et al.) som nevnt innledningsvis og er enda en stor gjennomgang av anerkjente vitenskapelige studier som viser at mettet fett er ufarlig i likhet med annet *naturlig fett*, enten det er mettet eller flerumettet. Både observasjonsstudier og randomiserte intervensjonsstudier av høy kvalitet er gjennomgått. Det dreier seg altså om den sikreste vitenskapen som finnes etter dagens krav. Studien er publisert i *Annals of Internal Medicine*: “Association of Dietary, Circulating, and Supplement Fatty Acids With Coronary Risk: A Systematic Review and Meta-analysis”, 18.mars 2014. Resultatet viser det samme: Folk som spiser mye mettet fett blir ikke sykere og folk som spiser mindre blir heller ikke friskere. Det finnes ingen kobling mellom smør (animalsk/ mettet fett) og hjertesykdom.

Følger folk kostrådene?

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt folk følger kostrådene, sier Lupton (1996:73) at etter de dramatiske endringene i vestlige spisevaner siste del av forrige århundre, som følge av redselen for kolesterol som vokste frem på 1980-tallet, resulterte i nedgang i forbruk av meierivarer og egg som i USA. I 1983 hadde inntaket gått ned 20 % fra nivået i 1950, og egg nivået sank med en tredel, melk med over halvparten.

Jeg var ungdom på denne tiden og husker hjemme hvordan helmelk ble byttet ut med lettmelk og senere ekstra lett, smør med margarin og at vi nå fikk kun ett egg til frokost og ikke to som før på grunn av det farlige kolesterolet vi nå ble opplyst om.

Kjøttinntaket i USA sank også fra 1970 årene da fett kjøtt ble koblet til risiko for hjertesykdom (Levenstein 1988:204 i Lupton 1996:73). Matmerking på varer som *lett* eller *reduert* for innhold av salt, fett og sukker utgjorde et av de største områder for nye produkter på slutten av 1980 tallet i USA (Buckland 1994:158 i Lupton 1996:73).

Til sammenligning har inntaket av rødt kjøtt og sukker i England sunket i etterkrigstiden, mens forbruket av fjærkre har økt dramatisk siden 1960 (Wheelock 1990:126; Ritson and Hutchins 1991:39 i Lupton 1996:73). Og i likhet med USA, har også engelskmennene endret sine melkevaner dramatisk. I 1983 var forbruket av helmelk 97 % av markedet, i 1991 var dette sunket til 56 % av melkesalget, mens

lettmelk salget vokste og utgjorde forskjellen (Buckland 1994:159 i Lupton 1996:73). Flere matvarer nevnes, som margarin som erstattet smør. Lupton viser også til Sverige som hadde lignende utvikling som Norge. Folk endret spisevaner som følge av kostråd fra ernæringsforskningen målt i forbruk. Likevel må man også medregne andre endringer i dette og forrige århundret som påvirket spisevanene i vestlige samfunn, som at folk reiser mer og opplever annen mat og immigrasjon som bringer med seg ny matkultur, påpeker Lupton (1996).

For også å medregne data av nyere dato, opplyser Helsedirektoratet (2011) i *Trender i det norske kostholdet*, at fra midten av 1970-årene til begynnelsen av 1990-tallet minsket kostens fettinnhold. Fettsyresammensetning i kosten endret seg i ønsket retning ved at innholdet av mettede fettsyrer og transfettsyrer i kosten minsket. Siden midten av 1990-tallet har imidlertid denne nedgangen av mettede fettsyrer stoppet opp og økt igjen i kosten. Det står, om enn i mine øyne noe selvmotsigende:

«På tross av flere positive utviklingstrekk i matvareforbruket de siste årene har store deler av befolkningen et kosthold med betydelige ernæringsmessige svakheter som medvirker til utvikling av hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt, type 2-diabetes, forstoppelse, tannrøte og jernmangel. Dersom Helsedirektoratets anbefalinger for kostholdets sammensetning følges, vil forekomsten av disse sykdommene reduseres. Mangel på fysisk aktivitet bidrar også til nevnte helseproblemer» (Helsedirektoratet 2011).

Lupton (1996:73) viser også til individets økte bevissthet om de helsemessige konsekvensene av kostvaner. I flere tiår har den enkeltes valg av kost rutinemessig blitt konstruert i både medisinsk og fastlagte diskurser som en integrert kilde til sunnhet eller dårlig helse. Man har antatt at om man bare spiser den *korrekte kosten*, vil man leve lenge og ha god helse. Usunn kost er i medisin- og folkehelseforskning koblet til risiko for CVD/ CVH, kreft, osteoporose, diabetes, tannrøte, økt blodtrykk mm. Kostrådene er basert på denne forskningen der alkohol, salt og mettet fett er utpekt til å gi dårlig helse og derfor bør unngås, mens brød, kornblandinger, frukt og grønnsaker er listet som sunne matvarer som man bør spise mer av (Nutbeam et al. 1993:107 i Lupton 1996:74). Videre sier Lupton at kunnskap om kosthold og helse oftest er distribuert gjennom massemedia kampanjer og ved sosiale markedsføringsteknikker.



Poleszynski (2014:17) viser til Bryan Walsh`s artikkel «Don`*t blame fat*» i TIME i juni i år, med fremsidebilde hvor det står «EAT BUTTER. Scientists labeled fat the enemy. Why they were wrong». (Bilde nr. 5, se vedlegg).

Poleszynski skiver videre at myndighetenes kostråd (USA) virket etter hensikten, folk flest har redusert fettinntaket, spist mindre kjøtt og egg og økt inntak av «magre» produkter. Likevel er konsekvensen en enorm økning i forekomsten av overvekt og diabetes 2, hele opp 166 % 1980-2012 og hele 10 % av alle innbyggerne (av 32 millioner) er rammet. 86 millioner er i et forstadium til diabetes. Kostnadene er enorme, \$ 345 milliarder, 1 470 milliarder kroner). Til tross for nedgang i røyking er fortsatt hjerte- og karsykdom viktigste dødsårsak.

Kostdebatten fortsetter

Vi merker fremdeles i dag den hete kostdebatten i ernæringsfeltet. Smørkrisen vi opplevde i 2011 kan være et eksempel på virkningen av at denne kostdebatten som igjen i våre dager har fått vind i seilene. Lavkarbo, paleo (steialderkost) og Middelhavskost (lav GI, glykemisk index) er blitt tatt frem i lyset igjen og står som motsvar på Keys teori om det farlige fett. Media er full av informasjon og artikler om kost og helse daglig, aviser, ukeblader, magasiner osv. Og det opptar folk i stor grad. Fokuset på lavkarbohydrat teorien, kan ha gitt større etterspørsel etter naturlig fett som smør, fløte og andre helprodukter slik tallene fra Helsedirektoratet (2011) bekrefter, en økning i forbruket. De opplyser at forbruket av fete oster har økt betydelig over lang tid, også i 2012. Forbruket av fløte og smør som lenge var stabilt, har også økt de siste årene.

Når folk opplever at kostråd ikke fungerer for dem, søker de andre steder. Og med dagens teknologi er informasjon lett tilgjengelig. Teorien om karbohydrater tapte kampen i det medisinske feltet, men er langt fra død. Nettet florerer av helseblogger, nettforum, personhistorier mm. som både opplyser og informerer om teorien, det gis råd av både leger og ernæringsterapeuter, forskere o.a. Forkortelsen av lavkarbo kosthold er lchf som står for low carb, hig fat. Mange populære bøker er også utgitt om temaet de siste årene som Atkins dietten, Eurodietten, Matrevolusjonen, Sofie Hexenbergs kokebok, Wolfgang Lutz, Sten Sture Skaldeman, Lars-Erik Litsfeldt m.fl. Alt dette kan ha bidratt til en økning i forbruk av overnevnt matprodukter. Mange vil prøve selv når annet ikke har fungert. Også vår norsk/ greske lege, indremedisinen Fedon Lindberg

som i 2001 i *Naturlig slank* prøvde å fortelle oss fordelene ved å redusere inntak av karbohydrater for å få et jevnere blodsukker (om høy og lav GI). Mange bøker ble solgt, men han møtte også massiv motstand og ble beskyldt for «å ta fra oss brødet og poteten» ved å rokke ved norsk matkultur noe som ikke falt i god jord hos mange nordmenn. Han møtte mye motbør da, men nå er faktisk poteten tatt bort fra listen over anbefalt kost, den ble fjernet i 2011 om enn under en noe forvirrende argumentasjon:

«Poteter er ikke inkludert i "5 om dagen". Det er fordi det ikke er god nok dokumentasjon om betydningen for kroniske sykdommer. Dette betyr ikke at man bør redusere inntaket av poteter. Poteter er en viktig basismatvare og har høyere innhold av kostfiber, samt flere vitaminer og mineralstoffer enn vanlig ris og pasta. Med andre ord kan tilbehør til middagsmåltidet som vanlig pasta og polert ris med fordel erstattes med grønt, poteter, bønner og linser»
(Opplysningskontoret for grønt og frukt 2014).

Har vi god nok dokumentasjon på annen mat i forhold til betydningen for kroniske sykdommer? Merk også formuleringen *basismatvare* med klar klang fra matpyramiden. Fedons argument var å redusere mengden raske karbohydrater for å stabilisere blodsukkeret (glykemisk index, GI = mål for virkning på blodsukker). Dette er ikke nevnt eksplisitt i begrunnelsen over om poteten, men mulig implisitt da potet inneholder mye stivelse (raske karbohydrater) som gir høyt og svingende blodsukker som vi vet er skadelig over tid. Hvorfor ikke da si det som det er?

4.3. Rett til å ha rett – rådende posisjoner

En måte å forstå den ulike vektleggingen av de to hovedteoriene om kosthold og helse, som begge manglet empiriske bevis, er ut fra Bourdieus teori der han beskriver ulike former for kapital (jf. pnkt.2.3.). I "The forms of capital" (1986) sier han at den sosiale verden må forstås som akkumulert historie, samt at denne ikke kan forstås uten kapitalbegrepet.

Forstått i dette perspektivet, kan de ulike former for kapital ha hatt innvirkning på hvem av forskerne som fikk anerkjennelse, ble hørt og ikke. Forskerne og legene Yudkin og Cleve, tilhørte begge er *ikke akademisk* miljø. Cleve ble også sett som en outsider som gjorde ting på sin måte, mens forskeren Keys med to doktorgrader tidlig i karrieren var fra et mer korrekt miljø i betydningen at han hadde de korrekte disposisjoner for å innta

sin plass i det *akademiske felt* og i tillegg skal ha vært en svært karismatisk og handlekraftig person. Siden de ulike typer kapital i følge Bourdieu har verdi både som sosial status og som byttemiddel mot annen kapital, kan dette sees som et eksempel på at utdanning eller arbeid i det riktige miljø gir tilgang til posisjoner og makt i samfunnet. Bourdieu (1986) forklarer at kulturell kapital er individets ressurser; språk, adferd, kunnskap og sosiokulturelle ferdigheter, altså noe Keys var kjent for å være god på. Disse resursene kan omsettes i økonomisk kapital. Også den sosiale kapital kan omsettes til økonomisk. Den økonomiske kapital er den mest sentrale kapitalformen, mens de andre to tjener som hjelpemidler for å akkumulere økonomisk kapital. Dette kan forklare hvordan Keys fikk tilgang til de rådende posisjoner, mens andre som Cleve og Yudkin sin forskning ble tilsidesatt, de hadde en annen kulturell kapital (ikke like karismatisk og gode talere som Keys) og var begge fra et ikke-akademisk militært miljø. Videre vil jeg vise hvordan de rådende posisjoneringene ble innlemmet og nedfelt i norsk ernæringspolitikk.

4.4. Norsk ernæringspolitikk

Det er Helsedirektoratet, et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet, som har ansvar for vurdering av utviklingen i det norske kosthold i befolkningen. De gir råd om kosthold samt samarbeider med andre samfunnssektorer for å fremme folkehelsen (Helsedirektoratet 2011). Dette arbeidet er basert på evident forskning forankret i den produserende vitenskapelige viten om kost og kostråd, ernæringsforskning (Helsedirektoratet 2013:4). Nasjonalt råd for ernæring opererer som et faglig uavhengig kunnskaps- og kompetanseorgan oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet hvor det ble innlemmet i 2002. Rådet arbeider for å bedre ernæringssituasjonen i befolkningen (Store Norske Leksikon 2005-2007).

Norge har også sluttet seg til FN-organet, Verdens helseorganisasjons (WHO) globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse. I dag vektlegges hvordan man kan forebygge kreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2, samt befolkningens saltinntak.

4.4.0. Historisk utvikling

Norge var det første landet i verden som fikk en offisiell ernæringspolitikk. Følgende meldinger er utgitt:

- 1975-76: Stortingsmelding nr. 32 *Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk*. Ernæringsrådet ble i 1976 reorganisert og styrket på bakgrunn av denne meldingen.
- 1981-82: Stortingsmelding nr. 11 *Om oppfølging av norsk ernæringspolitikk*.
- 1992-93: Stortingsmelding nr. 37 *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, om ernæring og mattrygghet.
- 1997: Stortingsmelding nr. 40 *Matkvalitet og forbrukertrygghet* i regi av Landbruksdepartementet med fokus på arbeid med trygg mat.
- 2002-2003: Stortingsmelding nr. 16 *Resept for et sunnere Norge*. Bekreftet på nytt hovedmålene for mat- og ernæringspolitikken (Helsedepartementet 2004).
- 2005: *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*, utgitt av Sosial- og helse departementet.
- 2006-07: Stortingsmelding nr. 20 *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helse forskjeller*.
- 2007-11: *Oppskrift for et sunnere kosthold*. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen.
- 2012-13: St. Meld. 34 *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar som gir politiske retningslinjer for arbeidet med mat- og ernærings spørsmål*.
- 2013: Helsedirektoratets rapport *Utviklingen i Norsk kosthold* opplyser at helsedirektoratet og Nasjonalt råd for ernæring arbeider for å fremme et best mulig kosthold til befolkningen med fokus på å redusere sosial ulikhet i helse, samt å vektlegge kunnskap om matvaremarkedet og utviklingen i kosthold til ulike grupper i befolkningen som et viktig utgangspunkt for dette arbeidet. De norske anbefalingene i dag springer ut fra *Nordic Nutrition Recommendations*¹⁰ 2004.
- 2013: Reviderte anbefalinger publisert.
- 2014: Nye anbefalinger publisert av Helsedirektoratet, *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* som avløser *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet* fra 2005.

¹⁰ Nordic Nutrition Recommendations - et nordisk samarbeid som de siste tiårene har utgitt retningslinjer for kostsammensetning og anbefalte inntak av næringsstoffer basert på vitenskapelig forskning. NNR 2004 er den 4. utgaven.

I norsk mat- og ernæringspolitikk har man følgende hovedmålsettinger:

1. Redusere kostholds relaterte helseskader i befolkningen.
2. Sikre at matvarene er helsemessig trygge.
3. Bidra til å styrke forbrukernes innflytelse i ernæringspolitikken.
4. Bidra til en bærekraftig og miljøvennlig produksjon.

Ernæringspolitikken er på denne måten bygd inn som en viktig del av det generelle forebyggende helsearbeidet i Norge og er forankret i Helse- og Omsorgsdepartementet som har det overordnede koordineringsansvaret med Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet som de utøvende organene (Tonstad & Bjørneboe, Store Medisinske leksikon 2014).

4.5. Ernæring i helse- og omsorgstjenesten

Dagens retningslinjer om ernæring i helse- og omsorgstjenesten, er forankret i Helsedirektoratets skriv om *Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring* (2009). Alle som møter helse- og omsorgstjenesten skal få vurdert sin ernæringsstatus som en nødvendig del av det kliniske undersøkelses- og behandlingstilbudet. Personer i risikogrupper skal ha en ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus og behov, matinntak samt målrettede tiltak. Kommunene og helseforetakene skal sikre at ernæring integreres som en del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten. Dette gjøres gjennom ledelsesforankring og definert ansvarsfordeling som skal sikre kvalitet og kontinuitet.

I 2012 kom også *Kosthåndboken -Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, et hjelpemiddel til helsepersonell utarbeidet for å sikre kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. God kvalitet handler om forsvarlighet og at ernæringstiltak er tilpasset den enkeltes behov. *Kosthåndboken* er et verktøy som er ment å styrke ernæringskompetansen i helse- og omsorgstjenesten, samt å implementere relevante nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet 2012). Sykepleiere i helseforetakene eller kommunehelsetjenesten, utfører i dag screeningsprogram for ernæring på risikopasienter for å registrere pasienters ernæringsstatus og vekt. I Helse-Bergen ved Haukeland Universitetssykehus sine nettsider kan vi se et eksempel på et slikt program (Helse-Bergen 2007). Som sykepleier i Helse-Bergen har man også mulighet å kontakte både lege og klinisk ernæringsfysiolog

når det gjelder spørsmål og råd i et tverrfaglig samarbeid. Jeg kommer senere tilbake til sykepleiernes posisjon og deres sosiale praksiser i ernæringsfeltet, som et subfelt i det medisinske felt.

I tillegg til å vurdere samt ivareta pasienters ernæringsbehov, gir sykepleiere også kostrådsveiledning til friske så vel som syke med utgangspunkt i de statlige ernæringsråd, altså basert på den generelle statlige folkehelseopplysning. Dette gis til ulike målgrupper i samfunnet for å fremme god helse gjennom ulike forebyggende tiltak. Eksempler på dette som f.eks. jordmødre som gir råd til gravide ved helsestasjon, rådgivning ved ulike diagnoser som hjerte- og karsykdommer, kreft- og diabetes for å nevne noe. De fleste sykehuskjøkken gir mulighet for å bestille spesialkost til pasienter, f.eks. næringstett kost, gluten- og melkefri kost, vegetarisk kost mm. Dette basert på pasientens ønsker og sykepleiers vurdering. Det er verdt å merke seg at det er presisert i opplysningsrapporten, at de statlige kostrådene er beregnet på *friske voksne* personer:

«Rådene er i første rekke rettet mot friske voksne individer med normal grad av fysisk aktivitet siden forskningen som danner forskningsgrunnlaget, hovedsakelig er utført på denne delen av befolkningen. Rådene kan imidlertid også anvendes i stor grad på barn og ungdom, gravide og ammende, eldre og individer med økt risiko for sykdom. Rådene må imidlertid tilpasses de ulike gruppernes spesielle behov». (I Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer, Helsedirektoratet 2011:7).

4.6. Ernæring og kostveiledning i sykepleiefaget – posisjonering

Med utgangspunkt i det Bourdieu kaller en feltanalyse, har jeg analysert ernæringspraksis slik det står beskrevet i et utvalg av lærebøkene for sykepleiere for å konstruere frem ernæringsfeltet samt sykepleierens og andre agents posisjon i dette feltet. Dette er gjort ved å spørre hvem sykepleierne er relatert til i feltet (feltets agenter), hvordan disse posisjonene står i forhold til hverandre, hvilke kapitaler og meninger som er i sving.

Å bruke lærebøker i sykepleie som kildeanalytisk materiale, er basert på antagelsen om at ernæringspraksis her vil stå beskrevet slik den *bør* være, altså er lærebøkene en skriftlig normativ kilde. Da bøkene kontinuerlig er revidert og forkastet med nye utgivelser, forventes de å representere det dominerende medisinske- og sykepleiefaglige syn for sin epoke og sees derfor her som representative.

Søk i BIBSYS bibliotekbase på søkeordene; *lærebok i sykepleie* ga 72 treff. De fleste kilder i dette avsnittet er valgt fra denne listen, Norsk sykepleierforbunds nettsider, samt søk ved Citation Pearl Growing systemet. Mange av treffene er fagspesialiserte lærebøker. Med hensyn til oppgavens begrensede omfang, har jeg her avgrenset til kun *lærebøker for grunnutdanningen* i sykepleie, samt jeg har valgt bort nye revideringer av bøkene og kun valgt de bøkene der det er en betydelig endring fra forrige periode. Jeg fant inspirasjon til måte å analysere lærebøkene på gjennom Sundals ph.d. oppgave *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus* (2014).

Fokus på ernæring og kostveiledning i sykepleiefaget er nedfelt i lærebøkene fra Rikke Nissens første lærebok i 2000/1877 helt frem til vår tid, en periode på 137 år. Oppgaven for sykepleierne har vært og er fremdeles å ivareta pleietrengendes primærbehov, det vil si menneskets grunnleggende fysiologiske behov, når en person selv har nedsatt eller manglende evne til å mestre dette, som ved sykdom eller skade. *Ernæring* er ett eksempel på et slikt grunnleggende behov hos de syke/pleietrengende, men det er også av betydning i forebyggende og helsefremmende helsearbeid utenfor klinikken.

Fra 1877 til 1940, ble det utgitt fire lærebøker i generell sykepleie i Norge. Nissen 2000/1877, Kaurin 1879, Waage 1901, Grøn & Widerøe m.fl. 1921. Waage og Grøn & Widerøes bøker kommer i flere reviderte utgaver (Waage 1905/1901, 1911/1901, 1914/1901, 1917/1901, Grøn & Widerøe m.fl. 1926/1921, 1932/1921). Kaurins bok er ikke tatt med her da den er skrevet for distrikt og ikke regnes som generell lærebok i sykepleie. De siste lærebøkene er skrevet for sykehus.

Fra 1941 til 1975 ble det utgitt to lærebøker serier i sykepleie, Jervell m.fl. 1941 i tre bind. Disse ble revidert i 1951. Serien ble øket til ti bind i ny revidering i 1960 (3.utg.). Den andre lærebokserien utgis fra 1967. Lerheim m.fl., den inngår ikke her.

❖ Lærebog i Sygepleije for Diakonisser (2000/1877)

Rikke Nissen (1834-1892) utga den første norske lærebok i sykepleie. Nissen er kjent som norsk sykepleiepioner gjennom sin rolle som lærer og forfatter i sykepleiefaget (Store Norske leksikon 2005-2007). (Bilde nr.6: Rikke Nissen, se vedlegg).



Bokens 1. kapittel omhandler ernæring. Under *Sygepleije om diæt* står det:

«Den mad som den Syge skal faa, bliver anordnet af Lægen, og Dkn. maa nøiagtigt følge hans Forskrifter og tør under ingen Omstendighed give den Syge andre Retter eller større Portioner end Lægen har tilladt; thi mange Tilbagefald av Sygdommen, ja selv Døden har været Følgen af saadan uforstandig Eftergivenhed» (Nissen 2000/1877:35).

Sykepleieren var som vi ser strengt underlagt legens ord og legen stod hierarkisk over sykepleieren. Det er legen som har fått tildelt retten til å definere og ta avgjørelser i det medisinske felt gjennom sin utdanning (kapital) jf. punkt 2.3. og 4.3. Legen er høyt posisjonert i feltet. Ernæring og kostråd i sykepleiefaget er, med andre ord helt fra starten av underlagt medisin og vitenskapelige råd basert på datidens kunnskap om ernæring og sees her som del av behandling av syke. Kostrådene generelt i boken bygger på detaljrike faglige forklaringer om matens næringstetthet, oppbevaring og tilberedelse samt fordøyelighet, hva som regnes sunt og ikke. Som vi var inne på i punkt 3.2.2. «Tilstanden i Norge og Europa på 1800-tallet», var denne tiden preget av det offentliges ansvar for landets borgere i forhold til hvordan sykdom oppstod og ble spredd. Organisering av helsevesenet og folkehelseopplysning var på bakgrunn av de tidligere dødelige epidemier, basert på statistikk og legens notater. Folkehelse og forebygging var satt på dagsordenen.

❖ Lærebog i Sygepleie (1901)

Boken ble forfattet av legen H. R. Waage. Også her er et avsnitt om *diæt* hvor det igjen understrekes at dietten bestemmes av legen. «Skjønt det altså ikke er Sygepleierskens Sag at foreskrive, hvad Slags Diæt den syge skal have, bør hun dog have et Skjøn paa, efter hvilke Hensyn Diæten bestemmes» (Waage 1901:83).

Sykepleierens posisjon i feltet tydeliggjøres også her og er som i forrige lærebok. Av overnevnte sitat kan det likevel synes en oppmykning i formuleringen i forhold til sitatet i Nissens bok (2000/1877), derav også muligens i forholdet mellom leger og sykepleiere. Waage (s.86-89) argumenterer med at det er vanskelig å gi en oppskrift på *Diæt* i private hjem siden legen ikke alltid er tilstede og ser den syke, altså et praktisk problem for legen. Her mener han at *Sygepleiersken* til en viss grad kan handle på egen hånd når hun har en viss saks kunnskap. Hun kan da gi en *oppskrift* (kostråd) på det den

syke kan få. Waage argumenterer altså for at sykepleierne kan få delegert mer ansvar under gitte betingelser med begrunnelse i et praktisk problem for legen.

Waage skriver at en sykepleier utdannet ved sykehus, bør benytte anledningen der til å erverve seg kunnskap om de ulike *syge diæter*. Disse *diæt råd* er i alle sykehus fastsatt ved et reglement slik at både næringsmengde og beskaffenhet er bestemt for hver diett. Spesielt diabetikere oppfordres å følge såkalt sukkersykediett som ikke inneholder karbohydrater (s.86.) De må holde seg unna mel, sukker og melk (Waage 1901:49). Et tydelig eksempel på at kosten sees som direkte behandling.

Som nevnt i punkt 3.2.3. «Knapphetstiden 1860-1920», fikk man i denne perioden ny kunnskap om ernæringens betydning for forebygging av infeksjoner og sykdom. Helt frem til begynnelsen av 1900-tallet var den viktigste dødsårsak infeksjoner. Man antok at infeksjonssykdommene og spesielt tuberkulosens voldsomme grep i landet skyldes mangelfull ernæring. Opplysningsarbeidet i forhold til ernæring var kommet i gang, bl.a. med Peder Chr. kokebok *Fornuftig Matstell* i 1864 hvor han hisset på seg Eilert Sundt (grautstriden) og kokebok av 1899 *Kokebok for skole og hjem* hvor også kostråd stod i fokus basert på tidens ervervede kunnskap om ernæringens betydning for forebygging av infeksjoner (Amilien & Krogh kap.1.3.). Altså har man gått fra mangelsykdommer som forårsaket infeksjonssykdommer til erfaringskunnskap om ernæringens betydning i forebygging av sykdom.

❖ Lærebok i sykepleien (1926)

Boken er forfattet av Dr. Med. Kr. Grøn og Dr. Med. S. Widerøe, overleger ved Oslo kommunale sykehus Ullevål, (revidert utgave i 1932).

Et avsnitt beskriver sykepleierens plikter overfor de syke, legene, øvrige overordnede, overfor kollegene og overfor seg selv. Disse pliktene beskrives nøysomt hver for seg. Igjen understrekes sykepleierens plass i feltet underordnet legen. Det andre punktet lyder: «Like overfor lægen er sykepleierskens første plikt lydighet. På sykehus hvor der alltid er læge til stede, skal lydigheten være absolutt og ubetinget» (Arntzen i Grøn & Widerøe 1926:5).

Om matsservering som utføres av sykepleiere står det (s.24) at «lægen bestemmer hvad slags mat (diæt) pasientene skal få». Mat blir også her forordnet av legen og sees som behandling til syke (pasienter) som før. Ved matsservering skal sykepleieren være nett

og ren, hendende grundig vasket. Nå knyttes tilberedelse av mat til pasienter også til hygiene, altså tydeligere og mer detaljerte forebyggende tiltak enn tidligere. Detaljbeskrivelse følger for matsservering til pasienter og om sykekost (s.58) hvor kunnskapen på området på denne tiden gjenspeiles. Det står innførlig om næringsmidler, næringsstoffer, fett, vann, salter, smaksstoffer og vitaminer. Vitaminer er ikke nevnt i 1926-utgaven, men det står også her at barn i vekst har et større behov for næringsstoffer (1926:58 og 1932:59). Ernæring sees ikke kun som behandling av syke, men blir tydeligere nå også sett som forebyggende tiltak for å forhindre sykdom, samt i forhold til opprettholdelse av en sunn utvikling og god helse (eks. barn i vekst).

Perioden ca.1920-1945 kalles i Amilien & Krogh (2007:76) for «Vitaminperioden». Ernæring ble her en del av faget hygiene og del av det forebyggende helsearbeidet. Fra 1910 til 1940 ble så godt som alle dagens essensielle vitaminer og mineraler oppdaget og karakterisert, samt hvordan mangler ytret seg (symptomer/sykdom). Foregangsmenn og kvinner gikk i spissen for å bedre befolkningens kosthold på bakgrunn av de nye oppdagelsene og den såkalte «hygieneperioden» begynte. Ernæringstilstanden ble som følge av dette bedre utover 1900-tallet. Legen Carl Schiøtz ble en av 12 eksperter i Folkeforbundets hygienekomite, sjef for skolehelsetjenesten i Oslo og senere professor i hygiene ved Universitetet der. Gjennom direktørstillinger av Sunnhetsbladet, Liv og Sunnhet og Lægetidsskriftet, var hans målsetning å forbedre skolebarnas kost, først Oslo, men med politiske ambisjoner som gikk langt videre, et sunt skolemåltid til alle skolebarn. Myndighetenes oppfatning i denne tiden, var at hvis folk fikk opplyst hva de skulle spise ville de følge rådene.

❖ Lærebok for sykepleiersker, Bind I (1941)

Boken er en av tre bind, skrevet i regi av legen Jervell. Den er revidert i 1951 og i 1960, da økt opp til ti bind. Alle disse er ikke gjennomgått her av hensyn til omfanget i denne oppgaven, samt kort avstand i tid mellom revideringene, men vil være et aktuelt tema for en større oppgave. I 1941 utgaven beskrives det nøye hva og hvordan sykepleieren skal utføre ernæringspraksis og hvilken diett som gjelder ved ulike tilstander og sykdommer. Det er detaljerte beskrivelser i nøye inndelte kapitler om hvordan sykepleieren skal utføre sin kostpraksis i tråd med datidens kunnskap om kostens betydning for helsen, som f.eks. ved diabetes: «Pasienten eller den som steller for ham, må i tide lære hvilken diét han skal ha» (Jervell 1941:110). Flere sykdomstilstander

beskrives møysommelig med innføring i kostrådspraksis. I tillegg til opplysninger om ernæring i nær alle kapitler, er et eget kapittel om kost og ernæring (s.334-404). Her er en detaljert, omfattende og systematisk inndeling av kost og dens sammensetning og betydning for kroppen. I og med at dette er en i læreboken for sykepleiere, er det kunnskap som det forventes at sykepleierne tilegner seg og på den måten synes sykepleierne å få ytterligere mer ansvar i forhold til pasienters kost enn tidligere. Detaljene er blitt flere og beskrivelsene mer omfattende enn før. Det skrives om ernæringspraksis i de fleste kapitler tilknyttet de ulike tilstander. Det er tydelig at ernæring sees som viktig i det medisinske felt og er høyt posisjonert som tema i feltet og i det forebyggende arbeidet.

Starten av krigsårene 1940-45 var magre, særlig for bybefolkningen hvor kosten var spartansk og ikke direkte sult. Den positive vekst utviklingen man hadde oppnådd hos skolebarn i Oslo, fikk en kort stans i krigsårene (Amilien & Krogh 2007:78).

❖ Lærebok for hjelpepersonale i sykepleie - 1966

Boken ble første gang utgitt i 1964, men her er 1966 utgaven vektlagt da de er svært nær i tid. Den er forfattet av sykepleierkonsulent Idunn H. Haugen med bidrag av A. Karlsen, undervisningsveileder ved Oslos Sanitetsforenings Hjelpepleierskole.

Et nytt praktisk tiltak i forhold til ernæring var at det ved de fleste sykehus nå gjennomførtes veiing av pasientene en gang hver 14. dag eller en gang i måneden fordi kroppsvekt gir en god indikasjon på almenntilstanden og derav viktigheten ved å registrere vektøkning og vekttap (s.67). Også mat og matservering presiseres, at det ikke er lik mat til alle pasientene på sykehuset. Det er legen som forordner den kost pasienten skal ha, avpasset etter sykdommens art og det er sykepleierens ansvar for at pasienten får den kost han skal ha, og som gjør i stand de spesielle diettene legen har bestemt. «Du må aldri servere mat til en pasient hvis du ikke er helt sikker på hvilken kost pasienten skal ha» (Haugen 1966:67). Igjen tydeliggjøring av at sykepleieren er underlagt legen hierarkisk. Videre følger en særdeles detaljert beskrivelse av hvordan maten skal tilberedes, serveres og hvor.

«Brødskjæring foregår vanligvis med brødskjærer. Brødsnivene må ikke være så tynne at de går i stykker under påsmøringen, men heller ikke så tykke at de virker lite appetittvekkende. Smøret må smøres jevnt på utover helt til kanten av brødet. Sykehuspålegget gir ofte små muligheter for variasjoner, men med litt

oppfinnsomhet og omtanke kan selv det mest alminnelige pålegg virke delikat og appetittvekkende. Litt salat eller andre rester etter middagen kan ofte ha en forlokkende virkning. Smørbrødene skjæres over på skrå, og legges sirlig og pent på fat. Legg aldri smørbrødene i stabler på fatene!» (Haugen 1966:68).

I 1960`årene blir forskriftene som vi ser veldig teknisk praktisk som i samfunnet ellers hvor alt, også læringsteori blir tekniske forskrifter. Schiøtz (2003:410) kaller 1960 årene for mellomfasen i forebyggingsarbeidet som inndeles i tre faser i perioden 1945-1984. Arbeiderpartiet var det ledende parti i 30 år fra 1945 da Samlingsregjeringen ble oppløst til kommunehelseloven ble innført i 1984 og partiet preget forebyggingspolitikken i denne perioden. De 10-20 første årene etter krigen kalles gjerne *husmødrenes storhetstid* hvor myndigheter og medisinske autoriteter rettet et skarpt blikk mot mødre og husmødre som var målgruppen for det forebyggende arbeidet. Det var disse som hadde ansvar for barnefødsler, oppdragelse, boligen, hygien i hjemmet og maten. Altså satt kvinnene i en nøkkelposisjon med tanke på å fremme en ny sunn og velfungerende slekt under velferdsstatens likhetsideal og solidaritetssamfunn. Kvinnene var de fremste til å realisere de strenge hygiene- og renhetskrav i tiden. Gjennom massiv propaganda ble kvinnene disiplinert gjennom ukeblader, brosjyrer, filmer, lysbilder, på helsestasjonen mm. Deres rolle som *konsumenter* var også blitt interessant for næringslivet som et resultat av den bedre økonomien. I 1960 var målene for sosialhygiene langt på vei nådd. Infeksjonssykdommer var ikke lenger en trussel mot folkehelsen og strukturer i samfunnet var etablert for å håndtere slike sykdommer.

Videre forteller Schiøtz (2003:312) bød 1960 tallet på ny velstand og ny teknologi. Som jeg var inne på i punk 3.2.5. «Etterkrigstiden» ble tiårene etter frigjøringen betegnet for *reformteknokraties* epoke i norsk samfunnsutvikling, en tid hvor fagfolk trådte inn i sentrale posisjoner i statsforvaltningen og det politiske liv. En hel generasjon intellektuelle, i samarbeid med politisk ledelse og dels ved vide fullmakter, var satt til å lede gjenreisningen av landet og preget etterkrigstiden i Norge i de neste 20 årene. Arbeiderpartiet mente eksperter var en forutsetning for gjennomføring av partiets planpolitikk.

I læreboken ser vi at tiden gjenspeiles i utformingen av læringsteorien med fokus på detaljrike forskrifter; som ved hygiene, både pasient og sykepleier bør vaske seg før

bespisningen. Alle oppegående pasienter bør sitte ved dekket bord og aller helst i en egen spisestue. Er man henvist til sykerommet bør dette gjøres så hyggelig som mulig og være utluftet. Sykepleieren må selv sørge for å være ren og velstelt før serveringen begynner. Man skal se til at pasienten får alt på en gang slik at maten ikke blir kald mens man må løpe etter salt ol. Vennlig smil og oppmuntrende stemme til pasienter som har dårlig matlyst samt at porsjonene ikke er for store. «Sammen med en ordentlig servering hører et vennlig smil og en oppmuntrende stemme; da vil pasienten se fram til måltidene med forventning og glede» (Haugen 1966:69).

Til stor forskjell fra dagens matsituasjon i sykehus, oppfordres sykepleieren til å sette seg på en stol hos voksne klare pasienter, men som kan trenge noe hjelp for å la pasienten føle at du har rikelig med tid og prater hyggelig med ham under måltidet. Dette er stimulans for dem, å føle at de klarer spisingen alene. Altså er fokuset og målsettingen pasienten og tilretteleggelse for mestring av bespisning. I dag er «kjappe løsninger» som ernæringsdrikker til pasienter/brukere ofte en enkel og tidsbesparende løsning for sykepleiere i en hektisk arbeidssituasjon, når ernæringsbehovet blir for krevende i tid eller omfang, og kan gis i stedet for et næringstett og tilrettelagt måltid (basert på egne observasjoner i praksis). Slik mister man mange nyanser ved et måltid. (Da regnes ikke de med som har svelgeproblemer og kun kan nyte flytende kost).

Fra s. 170- til 181 er et kapittel om kostlære og sykekost. Kunnskapen om næringsstoffene er ytterligere utviklet og mer detaljrik i tråd med vitenskapens utvikling. Også større viten om følgene av mangler utdypes. I tillegg til næringsstoffene er det fokus på *kalorier* og det vises til lister med sikringskost og tilleggskost. Sikringskost danner grunnlag for vekst, utvikling og sunnhet, mens tilleggskosten gir næringsmidler med kalorier og variasjon i kosten, men som i for store mengder er skadelig, særlig for tennene. Eksempler nevnes, sikringskost; melk, egg, smør (eller vitaminisert margarin), ost, kjøtt, innmat, blodmat, fisk m/ innmat, grove brød, grønnsaker, frukt og bær. Tilleggskost; fint mel, kaker og bakster, flesk, plantefett, kaffe, te, brus, øl, sukker og slikkerier. Følgende følger et avsnitt om sykekost med fokus på tilpasset sykekost slik at pasienten får det han trenger; skånekost, absolutt diett (som før en operasjon), veske kan gis i venene eller dråpeklyster. Flytende kost, lett kost, kost ved forstoppelse, diare, avmagrende kost, fetende kost, sukkersykekost og saltfattig kost beskrives. Igjen ser vi at ernæring sees som en del av den forordnede

medisinske behandling, forordnet av legen, utført av sykepleiere og nå også annet helsepersonell, igjen begrunnet av legen med praktiske årsaker.

Tittelen på boken reflekterer at flere helseaktører er kommet til, hjelpepleiere. En ny kamp, profesjonskamp i feltet kom på banen. Allerede på 1950-tallet skriver Høst, forsker ved NIFU¹¹, mente helsedirektør Karl Evang at det ville være vanskelig å realisere utbyggingen av det nasjonale helsesystemet med sykehusutbygging som første steg, hvis alle pleiestillingene kun skulle bemannes med sykepleiere. Sykepleierne hadde kjempet hardt for treårig lovfestet utdanning hvor et viktig ledd i kampen nettopp var å bekjempe forsøk på å etablere mer kortvarige pleieutdanninger på nivået under dem, tross i at disse utgjorde flertallet. Evang tok initiativ, til tross for sterk konfrontasjon med Sykepleierforbundets holdning, til å få gjennomført etablering av kortere utdanning som hjelpepleier. Den ble realisert i 1963. Men utdanningen ble ikke ledd i det foreslåtte trinnvise utdanningssystemet hvor hjelpepleierutdanningen av Bjørnsons komitéen, ble foreslått å utgjøre første del av sykepleierutdanningen. Sykepleierforbundet anså dette som undergraving av deres profesjonsprosjekt og fikk forslaget avvist i Stortingsflertall i 1978. Hjelpepleierutdanningen ble i stedet plassert i videregående opplæring (Høst 2012:88).

Perioden 1945-1985 beskrives i Amilien & Krogh (2007:79-80) som *Overflodssamfunnet*. Den dramatiske nedgangen av infeksjonssykdommene i første halvdel av forrige århundret preget sykdomsbildet i de fleste vestlige land. Vi hadde fått bedre ernæring, bedret hygieneforhold for oppbevaring av mat, kunnskap om smittekilder- og måter av infeksjonssykdommer, samt begynt med vaksinasjonsprogrammer. Likevel, med nedgangen i infeksjonssykdommer, kom en økning av *kroniske lidelser*, hjerte- og karsykdommer spesielt som først rammet de mest velstående (som først fikk tilgang til sukker og mel, min kommentar). Det som først ble kalt «direktørsykdom» som rammet de mest velstående, akselererte fra 1950 til en «fattigmannsykdom» som viser helt klare sosioøkonomiske forskjeller. Helseopplysning når først de mer velstående. Dødeligheten av denne sykdommen økte gjennom hele dette århundret, men spesielt fra 1950. Forskingen vektla forebyggingsmulighetene og kosten var en av mulighetene. Historien om fett kjenner vi.

¹¹ NIFU: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.

❖ Generell sykepleie 3 – 1997

Denne læreboken brukte jeg selv i min sykepleie utdanning ved Høyskolen for Diakoni og sykepleie. Den er forfattet av sykepleier Nina Jahren Kristoffersen, lærerutdanning fra Norges Sykepleierhøgskole i Oslo, embetseksamen i sykepleievitenskap og godkjent veileder. Et eget kapittel i bind 3 omhandler ernæring (s.284-316). Et utdrag:

«Det forebyggende og helsefremmende arbeidet for et godt kosthold er sentralt i helse- og sosialsektoren. Det dreier seg i stor grad om å motivere folk til å spise sunn og tilstrekkelig mat. Fordi det er sammenheng mellom kosthold og helse, prøver vi i dag med stor interesse å finne ut hva som styrer vår matvaner, og hvordan fellesskap og menneskelig samkvem virker inn på våre mattradisjoner. Matvaner får vi som del av oppdragelsen. Men matvaner endres gjennom livet. Det påvirkes av venner, skolemiljø eller arbeidssted der vi spiser sammen med andre enn familien. Forhold som kultur, sedvane, religion og tilgang på matvarer har også innflytelse på matvanene våre» (Kristoffersen 1997:285).

I avsnittet om sykepleie og ernæring:

«Kostens innhold og kvalitet er viktig å vurdere i sykepleiefaget, men samtidig observasjon av hva den syke spiser som må være utgangspunktet for tilrettelegging av kostholdet. Sykepleieren må ha kunnskap om psykososiale og åndelige forhold så vel som fysiologiske forhold som påvirker inntaket av mat» (Kristoffersen 1997:285).

Kapittelet om ernæring er vidt og dekker mange områder og tar også for seg et historisk blikk på sammenhengen mellom kosthold og helse og viser til de store forandringene det siste århundre i forhold til den sosiale, tekniske og industrielle utviklingen som har ført til bedre økonomiske vilkår. Tilflytting fra bygd til by, tilflytting til Norge fra andre nasjoner samt at nordmenn selv reiser mer som forklaring på våre nye matvaner spesielt i forhold til frukt og grønt. Læreboken bygger på oppfatningen av teorien om fett (fett/kolesterol modellen) som kostrådene bygger på ut fra den rådende vitenskapelige forskning innen ernæringsfeltet, subfelt i det medisinske felt. Det vises videre til at *kostholdet i Norge har endret seg til det bedre siden fettinntaket som økte fra 1930 til*

1970 deretter har sunket frem mot 1990 til tross for at det ennå var litt for høyt. Det sies ikke noe *om helsen er blitt bedre i befolkningen* som følge av denne endringen.

Det hevdes at mange alvorlige helseproblemer i vår del av verden skyldes for høyt inntak av fett, sukker og salt i maten og at vi spiser for lite stivelse (= karbohydrater), fiber, D-vitamin og jern. Det konkluderes, i tråd med det Statens ernæringsråd på denne tiden hevdet (og fremdeles påstår) *at dette gir* helseproblemer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft, jernmangelanemi, tannråte og belastningslidelser. Det hevdes videre at Oslo-undersøkelsen som startet i 1972, klart viser en *sammenheng* mellom kosthold og hjerte- og karlidelser, den viktigste dødsårsaken. (Vi vet at sammenheng ikke er det samme som *årsak*. Det henvises ikke til denne undersøkelsen i læreboken. Videre hevdes det at det viktigste tiltaket for å få bukt med kolesterolsykdommene er å forebygge dem ved hjelp av et sunt og riktig kosthold (altså uten det farlige mettede fettene som er i tråd med grunnlaget kostrådene bygger på, de antatte sammenhenger min kommentar). Altså en reproduisert «sannhet» som ikke er det som står i de faktiske rapporter slik jeg her har vist.

«Sykepleieren møter mennesker i alle livsfaser, og undervisning og veiledning om sammensetning av kostholdet er en viktig arbeidsoppgave» (Kristoffersen 1997:286). Det påpekes at sykepleierens oppgaver har endret seg med tiden, før var sykepleierens oppgave i større grad å sikre at pasienten fikk *tilført* riktige matvarer for å dekke ernæringsbehovet og forebygge mangelsykdommer, f.eks., skjørbuk (C-vitaminmangel) som rammet i første halvdel av 1900-tallet. Dette ble helbredet ved tilførsel av frukt og bær i kosten. I 1997 er fokuset *kostrelaterte helseproblemer knyttet til overvekt og feilernæring mer enn underernæring og mangelsykdommer* (Kristoffersen 1997:286).

Kristoffersen ga ut bind 1, 2 og 3 i *Generell sykepleie* i 1995-1996. Deretter kom *Grunnleggende sykepleie* med medforfatterne Nortvedt og Skaug (red.) i 2005/revidert i 2011. Ny 3-binds serie i grunnutdanning for sykepleiere ble utgitt av Kristoffersen i 2011. Jeg har valgt å ikke ha med sykepleie lærebøker etter 1997 av hensyn til plass og siden retningslinjene for kost i omsorgstjenesten slik de er i dag, er gjengitt i punkt. 4.4. og 4.5.

4.7. Ernæring sett som behandling og helbred – i et kritisk lys ved Scrinis

Pals (2014) viser i sin studie til Gyorgy Scrinis, foreleser i mat og ernæringspolitikk (University of Melbourne), for å se på forhold som var med på å forme nåtidens kostanbefalinger og kom også frem til at kostanbefalinger ikke er nøytrale, men resultat av sosiale, politiske og økonomiske forhold og interesser. Til tross for den betydelige kompleksiteten i å belyse sammenheng mellom kost og helbred de siste århundrene, har ernæringsforskere likevel forsøkt å beregne den nøyaktige mengde kalorier og næringsstoffer i den hensikt å *forebygge* kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft og diabetes. Dette bygger på hypotesen om at det finnes en vitenskapelig sannhet i forhold til helbredelseeffekten av næringsstoffer som kan omgjøres til kostanbefalinger. Scrinis kaller denne antagelsen «nutritionism» i tillegg til å forstå bakgrunnen for, samt implikasjonene av denne antakelsen. Scrinis er kritisk til oversettelsen av epidemiologisk ernæringsforskning til kostråd, som han ser som et reduksjonistisk fokus på kost. I følge ham, må et slikt fokus forstås som en dekontekstualisering, en simplifisering og en overdrivelse av betydningen av næringsstoffer for sunn helse. Han understreker at det ikke bare gjelder sammensetningen av kost i forhold til enæringsmessig sammensetning, men *også den måten disse er blitt studert, fortolket og deretter omsatt til kostråd*. Han påpeker at næringsstoffenes rolle som regel er blitt fortolket *utenfor den kontekst de er integrert i*, dvs. i forhold til interaksjoner mellom næringsstoffer i matvarer og mellom næringsstoffer og kropp. På bakgrunn av dette, anbefaler ernæringseksperter primært bestemte matvarer basert på næringsinnholdet (Scrinis 2013:6 i Pals 2014:22).

Scrinis (2013:12 i Pals 2014:22) viser hvordan «nutritionism» utviklet seg knyttet mot tre historiske perioder:

- 1) «The era of quantifying nutritionism»
- 2) «The era of good-and-bad nutritionism»
- 3) «The era of functional nutritionism»

For å tydeliggjøre tendenser innen for kostanbefalingene, er disse fasene knyttet opp mot en definering av disse periodene, se skjematisk oppsett vedlegg nr. 6.

Scrinis studie konkluderer med et alternativt paradigme for å vurdere sunnhet av mat, et matkvalitet paradigme som fremmer matproduksjon og bearbeidingskvalitet, den

kulturelle tradisjonell kunnskap, og sensuell-praktiske erfaring, samt fremmer mindre reduktive former for ernæringsforskning og kostholdsråd (Scrinis 2013).

4.8. Matkultur – del av vår habitus

Jeg vil her vise hvordan mat gjennom vår matkultur blir en del av vår *habitus*, slik Bourdieu brukte begrepet, for å avdekke betydningen mat har for oss på andre plan enn det rent vitenskapelige og ernæringsmessige. Jeg beskriver begrepet *matkultur* og viser bredden i den akademiske interessen rundt mat. Deretter historiserer jeg *den nye maten* som det stridens om i feltet; mel (korn), sukker og potet (karbohydrater) for å svare på spørsmålet *hvorfor vi har akkurat denne maten vi har i de norske kostråd* og som danner dominans for den medisinske proffesjon og dermed for sykepleieres kostråd til både pasienter og friske.

I «*Den kultiverte maten*» (Amilien & Krogh 2007), den første norske antologien om matkultur i Norge, er *matkultur* forstått som et sett holdninger, vaner, kunnskaper og ferdigheter i forhold til mat. Matkultur sees både som sosial ramme bestående av normer og samfunnsstrukturer i tilknytning identitetsbygging, tradisjon og gruppetilhørighet. Matkultur er også preget av politiske og etiske utfordringer i tillegg til historiske og økonomiske endringer i samfunnet.

Interessen for mat i Europa de siste årene er flersidig sier Kjærnes (i Amilien & Krogh 2007:9). Mat er satt på den akademiske dagsorden som uttrykk for samfunnsendring og feltet er tett knyttet til forbruksfæren med store økonomiske bevilgninger i støtte på bakgrunn av dels sterkere interesse for mat og helse, dels at næringsinteresser finner muligheter - eller trues av åpning i nasjonale markeder. Variasjonen i tema er stor, men har det til felles at det omhandler aktiviteter og tanker om spising og mat.

Interessen for mat og spising går tilbake til starten av nittenhundretallet. Forskningen har tallrike tema og debatter gjennom det nittende år hundrede og frem til vår tid. I de siste 20 år har nye tema kommet til som en videreføring og utvikling av de i tidligere tider. Offentlige debatter som omhandler matrelaterte kriser, global oppvarming, bærekraftighet, matforsyningspolitikk og ikke minst fedmedebatten. Alt dette sier Kjærnes, har bidratt til å sette mat og spising på den *fagpolitiske dagsorden*. Det vises til et utvalg av utgivelser innen ulike retninger:

«*The Condition of the Working Class*» (1845) av Fredrich Engels, en bok om sosial klasse og fattigdom, en av mange i samtiden. Den ble etterfulgt av flere som engasjerte seg i følgene ernæringsmessig av fattigdom, et norsk bidrag kom fra Evang og Galtung Hansen studie «*Norsk kosthold i små hjem*» i 1937. Norbert Elias skrev om forfining av bordmanerer i det europeiske borgerskap i «*The Civilizing Process*» noe senere. Matmangel og opprør er viet stor oppmerksomhet av mange, som Pitirim Sorokins studie «*Hunger as an Factor in Human Affairs*» fra den russiske revolusjon. Motstykket, ødselhet med mat og drikke, kom som en form for sosial oppvisning blant rike i «*The Theory of the Leisure Class*» av Thorstein Veblen, 1899. Klassikeren «*Soziologi der Mahlzeit*» av Georg Simmels kom i 1910. Emilie Durkheim og Herbert Spencer fant interesse i hvordan menneskelige grupperinger føler avmakt og har tabuer for kilder til næring som er tilgjengelige, men som man systematisk unngår, som fanget interessen innen antropologi. Jeg kommer ikke inn på disse her av hensyn til plass, men nevner dem for å vise den akademiske bredden. Pierre Bourdieu viste i «*Distinction*» (1986 i Prieur 1995) hvordan mat og spising kan knyttes til andre områder for «smak» involvert i sammensatte prosesser for sosial distinksjon med basis i økonomisk og kulturell kapital. Dette kommer jeg kort tilbake til.

Følgende gir jeg et historisk tilbakeblikk på det norske kostholdet, hvor kommer det fra og hvorfor med akkurat *denne* maten som vi har og hvordan virker det inn på vår tid, dvs. hvordan strukturerer det seg for oss i medisin og sykepleie i dag.

4.8.0. Korn, mel og brød

Mennesker har dyrket korn de siste 10 000 år, fra vi begynte å holde dyr og gikk fra å være jegere til å bli bønder. Dette ansees å være den viktigste hendelsen i menneskets historie og fikk stor betydning for vår utvikling. Det Vest-Asiatiske jordbruket spredde seg til Europa og nordligere breddegrader med hvete og bygg. I Skandinavia kan korn spores tilbake til 4000 år.f.Kr. Kornavlingene på denne tiden var små, så kosten bestod i tillegg av skjell, fisk, fugl, dyr, planteføde som nøtter, blader, røtter og stengler som maltes til en form for mel. Korn har i tusener av år vært det viktigste vi har fått fra jorden i Norden og dannet basisen i kostholdet. På denne tiden bevarte man kornets ytre deler, formaling ble for krevende. Slik ble viktige vitaminer og mineraler bevart. Fullkornbrød, Norges nasjonalbrød flattbrødet, mett og ga næring. Brød som ble utviklet senere var lagd på sammalt bygg, rug og havre. Hvete var forbeholdt de rike og

ble først senere tilgjengelig for alle. Den første kjente kornimporten til Norge i vikingtiden var fra England. På 1200-tallet var det en økning i importen både fra England og fra hanseatiske kjøpmenn. Handelsavtaler ble utviklet for å sikre kornimporten. Baketeknikken kom sannsynlig til Norge med hanseatene og utenlandske handelsfolk som bidro til utviklingen av baketeknikker basert på gjær og fint mel, som ble vanlig i byene i Middelalderen.

Gjærbakst ble mulig med lavere priser på rug og hvete og antas å ha sammenheng med ølbryggingen som oppstod rundt 800 år e.Kr. da man fikk de gjærede brødene.

Vikingene reiste og fikk innblikk i andre kulturer som de brakte med seg hjem.

Flatbrødet og andre ugjærede brød forble til tross for utviklingen av mølletekniken og det finmalte melet som krevdes til gjærbakst, foretrukket på landsbygdene. Det hadde lenger holdbaret enn gjærbakst og de nye importerte kornsortene/melet. Det var heller ikke lett for bøndene å få tak i hvete og rug som var utbredt i tettstedene, disse ble også importert da klimaet til dyrking var for dårlig her i landet. Det var dårlig forbindelse mellom tettstedene og bygdene og flattbrødet ble lagd på bygg og havre som tålte vårt klima. Pga. holdbarheten på mel, hadde man få bakedager og lagde opp brød for hele året, en naturlig måte å lagre på for å unngå at det ble dårlig.

Det meste av hveten ble importert fra Danmark og England, og det gammelnorske navnet på hvetemel var *flur*, ikke så ulikt det engelske *flour*. Brødet slik vi kjenner det i dag er utviklet gjennom mange generasjoner og bygger på et stort arsenal av teknikker og ingredienser både lokalt og nasjonalt fra sted til sted (Frølich i Amlie & Krogh 2007:57-65).

Mølleteknikken ga oss mer raffinerte kornprodukter i den vestlige verden og fra 1900 til 1970 sank forbruket av fullkornsmel eller sammalt hvete til under 1 %. Nå var det det raffinerte hvetemelet som gjaldt. Altså i takt med utbredelsen av kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer fra tidlig på 1900-tallet slik epidemiologne (karbohydrat teori tilhengerne) hevdet(min kommentar). Ordlyden på 1900-tallet var: «Gi menneskene grovt brød, og det vil opprettholde liv og helse» (slik man også visste i Sverige slik Litsfeld & Wikholm (2007) beskrev, sunt bondevett). Man var på tiden klar over det grove brøds fordeler. «Hvis vi gir dem hvitt brød, vil de raskt bukke under». Og utviklingen ga grunn til bekymring. Siden 1970-tallet har det vært en internasjonal forskningsinnsats som har underbygget dette postulatet fra 1900-tallet. Kunnskap om helsegevinsten av de ytre skalldelene på kornet ble gjenstand for forskningen med

hovedfokus på mineraler, vitaminer og kostfiber. Til tross for at en rekke medisinere og filosofer forsøkte å opplyse om denne helsegevinsten av sammalt hvete, forble «det hvite melet» for de rike og «det mørke» for de fattige. Jo mer av kornets ytre deler som er med, jo bedre er det for kroppen. Det hvite melet var på denne tiden uansett grovere enn det vi har i dag, da det var malt for hånd. (Jo mer raffinert, jo høyere GI-blodsukkerstigning, min tilføyelse). Det er i fullkornsproduktene man finner kostfibre, stivelse og vitaminer, mineraler og spostoffer (Frølich i Amlien & Krogh:66).

Noe senere da vi hadde fått pottekunst og noe å koke mat i, ble grøt en rett, også basert på korn. Brødet ble stekt over åpen ild eller på steinheller, grøt må man ha i noe. Grøt er den andre av to retter man kan lage av korn; brød og grøt. Malt korn blandet med væske og stekt blir brød, om det blir kokt får man grøt. Men selv om brød er eldre enn grøt, så er grøten det første varme måltidet vi kjenner til. Grøt ble tidlig en del av vårt kosthold og har vært vanlig fra vi begynte med korn i Norge. Bygg eller havregrøt har vi fremdeles i vårt kosthold i dag (Frølich 2007).

Medisinen har alltid begynt i kjøkkenet, en god kokk er en god lege hevdes det. Men oppfatelsen av hva som er sunt har variert. Dette gjelder også for grøt og det hele endte i "grautstriden" etter at P.Chr, Asbjørnsen i 1864 utga en kokebok hvor han kritiserte grauten og måten den ble lagd på som han mente var uheldig for fordøyelsen, samt ødsling med både næringsmidler og penger. Dette ble sterkt tilbakevist av samfunnsforskeren Eilert Sundt som nektet for at det fantes vitenskapelig bevis for denne påstanden. Han mente dessuten at det var et angrep på folkelige tradisjoner og bøndenes erfaringer. Og i 1866 ble Asbjørnsens påstand avvist av en lege som hadde foretatt en vitenskapelig undersøkelse av saken. Likevel levde synspunktene videre i norske kokebøker til vårt århundrede. Striden hadde dypere sett preg av en kamp mellom ulike syn på nasjonale kostholdstradisjoner, nye ernæringsteorier og kvinners plass i samfunnet (Notaker 2000:250-51).

4.8.1. Poteten til Norge – en livbøye

Poteten kom til landet for ca 250 år siden og var redning for mange, den erstattet tidvis kornet både bruksmessig og ernæringsmessig. Matplanten har vært dyrket og spist i Andesfjellene i 1000'ner av år. Først på slutten av 1700-tallet ble den utberedt som matvekst i store deler av Europa og til Norge mest sansynlig før 1750. Poteten var

eneste matplante som kunne konkurrere med korn som var grunnleggende føde i europeisk kultur. Norges store internasjonale kontakt, muliggjorde oppdagelsen av planten og innføring. En del av de store patrisiergårdene hadde tradisjon for å dyrke frukt og grønnsaker. Embetsmenn som hadde studert i utlandet delte entusiasmen for landbruk i opplysningstiden og hadde interesse for å prøve ut nye og fremmede vekster. Og ved bergverkene var mange arbeidere fra utland som Tyskland, som kan ha hatt med seg poteten. Også handelsmenn som reiste både til England og kontinentet har nok blitt kjent med poteten. Man vet sikkert at norske soldater i Holstein under syv års krigen 1756-63 ble oppmerksom på rotknollen under innkvartering på gårdsbrukene. Men potetens gjennombrudd kom ikke fra opplysning, men fra nød. Uår ga kornmangel og dyre kornår ga sult. Nøden var stor under Napoleons krigene. Da Terje Viken under den engelske blokade rodde til Danmark etter korn, gikk mange heller over til poteter. Mange undret seg over hvorfor det måtte hunger og nød til før poteten ble tatt imot. Man beskyldte bøndene for konservatisme og motstand mot alt nytt. Men er det helt riktig spør Notaker, de tok jo imot krydder, fine bakverk, alkohol og mange andre ting som både klær, musikk og eventyr. Og dette uten opplysning. Riktignok kan penger, god smak og rus ha vært motiverende faktorer. Vel var det sterk tradisjon når det gjelder mat, men også evne til fornyelse sier Notaker. Prestisje var nok en del av bildet, de nevnte matvarer stod på de rikes bord. Poteten manglet nok både smak og prestisje (Notaker 2000:137).

4.8.2. Sukker - fra medisin og luksus til allemanns vare

Poleszynski (2004) forteller i boken *Sukker – en snikende fare* om sukkerets historie. Gamle kilder forteller at den første produksjonen av krystallisert sukker skjedde i Nord-India. Formålet var medisinsk og kunnskapen om teknikken og dyrkingen av sukkerrør spredte seg til Kina og Persia (Irak). Araberne brakte på 600-tallet teknikken videre til Middelhavet og europeerne fikk kjennskap til sukkerproduksjon gjennom korstogene og kontakt med den muslimske verden. Sukker i ren form ble fremstilt først på 1800-tallet, nær 300 år siden europeiske erobrere startet sukkerproduksjon i koloniene i Karibia og Amerika med slaveimport fra Afrika. Slik flyttet sukkeproduksjonens tyngdepunkt seg fra den gamle til den nye verden. Dette startet med Christoffer Columbus 2.sjøreise hvor han tok med sukkerrør over til Amerika i 1493. På 1500-tallet var sukker en sjelden luksusvare for de rike, det kostet en årslønn for en vanlig arbeider.

Sukkerproduksjonen i Karibia var på 1600-tallet i full gang. Sukker lages av sukkerør dyrket i tropiske strøk eller sukkerrore/sukkerbeter (en slags nepe) som kan dyrkes lenger nord. På 1700-tallet var sukker fra koloniene blitt Frankrikes viktigste eksportvare og kolonimaktens viktigste inntektskilde. I 1812 fikk Benjamin Delessert Æreslegionen av Napoleon for å ha funnet ut hvordan man kunne utvinne sukker fra sukkerroer til en konkurransedyktig kostnad. Dette ga grunnlag for sukkerindustri i Europas hjerte, også i Sverige og Danmark. Slik ble sukker gradvis en del av folks husholdning. Norge har ingen egen produksjon og kan fritt kjøpe sukker til lave priser på verdensmarkedet. Videre forteller Poleszynski at sukkerindustrien er en arv fra kolonitiden, da europeere opprettet plantasjer i Karibia og sukkere send tilbake til kolonilandene som Storbritannia. Det hele var en trekanthandel som bestod i å frakte rimelige ferdigvarer til Afrika, europeerne tok derfra med slaver med til Amerika og sukker og rom tilbake til Europa. De gamle handelsmønstrene og eieforholdene besto etter opphøret av slavehandel på slutten av 1800-tallet.

Selv Karl Evang mente på midten av 1900-tallet at sukker var et greit næringsmiddel som kunne sidestilles med annen basismat som korn, samt at det tilhørte en gruppe billige, ensidige næringsmidler til bruk som tillegg til sikringskosten for å gi nok mat. Sukkeret fikk betydning for folkekosten da det ble tilgjengelig mot slutten av 1800-tallet. Før dette var det kun brukt som medisin eller nødproviant i vanskelige tider. Notaker (2000).

Jeg har i dette kapitlet beveget meg lenger tilbake enn det siste århundret for å vise hvor inkorporert matkultur og mattradisjon er i vår *habitus* gjennom generasjoner som Bourdieu ville sagt. Dette er dypt forankret i oss og en del av oss både som enkelt individ og som en hel kultur. Mat er og har i historien også vært kapital i bokstavelig forstand, en handelsvare, men også uttrykk for sosial rang, dvs. *sosial kapital* slik vi her har sett som forskjell på fattig og rik, i Bourdiusk forstand som *distinksjoner*. For folk flest handlet det om overlevelse, å ha nok mat gjennom hele året. For de rike som hadde en annen tilgang handlet det også om å ta avstand fra det folkelige.

I Bourdieus bok *Distinction* fra 1986, tar han for seg nettopp distinksjoner. En spesiell kvalitet ved holdning samt manerer som også oftest regnes som medfødt («*distinction naturelle*»). Dette er, sier Bourdieu, egentlig bare en forskjell, distinkte trekk, en differanse eller avstand. Det vil si, *relasjonelle* egenskaper som kun finnes i og gjennom

forholdene de har til andre egenskaper. Han sier videre at denne ideen om forskjeller og om avstander ligger til grunn for selve begrepet om rom:

«En helhet av distinkte og sameksisterende posisjoner, som er utvendige i forhold til hverandre og som definerer hverandre gjennom sin gjensidige utvendighet, og gjennom nærhet, naboskap eller fjernhet i forhold til hverandre, samt gjennom hvilken rang de har i forhold til hverandre, ved å være over, under eller imellom». (Bourdieu 1986:33)

Kosten sett i dette historiske perspektiv, hvor inkorporert i oss kultur og tradisjoner er i forhold til maten vi spiser, forklarer langt på vei hvorfor vi har akkurat denne maten vi har som også er en del av de norske kostråd. Samt forklarer kanskje hvorfor det ikke er så enkelt når matkulturen vår blir truet som av den greske velmenende legen Fedon Lindberg eller andre som vil ta bort/ redusere karbohydratene som både mel, sukker, potet, korn og brød. Vi vil ha det slik vi «alltid» har hatt det, det er en del av oss som individ, del av sosiale relasjoner, tradisjoner og en hel kultur.

Selv i vår tid i vestlige land, hvor vi har hele verdens meny tilgjengelig å velge i, hører man ofte fra folk som har vært lenge utenlands eller noen uker i Nordsjøen på rigg; «Det var jammen godt å komme hjem til grovbrødet og brunosten» eller lignende. I det kan vi anta at det menes at det er det som føles som *hjemme*, det vi er vandt til, det er blitt en del av oss, vår *habitus*.

Det utelukker ikke at vi er åpne for å prøve ut nye ting (og tar det til i vår *habitus*) siere Notaker, både krydder, sjokolade, kaffe mm. er eksempler på dette.

Bourdieus (1999) begrep *habitus* kan slik her benyttes om matvaner forstått som en praksis. Og for å forstå denne praksisen må man se på de sammenhenger matinntaket foregår i og i hvilken sosioøkonomisk samfunnsklasse det er knyttet til. Tilhørigheten eller posisjonen blir inkorporert, det vil si kroppsliggjort, som vaner og disposisjoner, altså *habitus* som et system av varige disposisjoner, strukturerende strukturer. Det objektivt regulerende regelmessige, uten bevisst målretting. Den praktiske handling oppfinnes strategisk, mens handlingen pågår via den praktiske sans. Da praktisk sans i betydning av at de mennesker som bærer samme *habitus*, oppfører seg på en viss måte som sammenlignes med de som spiller sammen i et kollektivt orkester uten å være ledet av noen dirigent billedlig gjør Petersen denne dynamikken. Praktikker, her *matvaner*, er

produsert av habitus forstått som objektivt organiserte strategier uten å være produkt av strategisk intensjon. Altså i følge Bourdieu er det som styrer menneskets oppførsel til daglig, *den praktiske sans*, som er både uforutsigbar, oppfinnsom og improviserende (Petersen 1995).

Jeg har her vist hvordan matkultur er inkorporert i våre kropper gjennom den kultur vi er en del av og oppvokst i slik jeg også frem analyserte i autososioanalysen jf. punkt 2.4.0. hvor jeg avdekket egen bakgrunn for interessen for kost.

Ernæringsfeltet har altså endret fokus fra *tilgang til nok mat* som var overordnet for overevelse både for folk flest og myndighetene i *Knapphetsperioden 1860-1920*, til *kunnskap om mat* basert på sykdomserfaring og ny vitenskapelig kunnskap om bakterier og betydning av vitaminer. I *Vitaminperioden 1920-1940* ble matens sammensetning og sykdomsforebyggende effekt satt i fokus. Den folkelig viten, "sunt bondevett" det folket selv erfarte og så med egne øyne i sitt eget miljø, ble erstattet med vitenskapelig kunnskap, med andre agenter som myndigheter, leger, forskere, sykepleiere og ernæringsfysiologer som ble utnevnt til samfunnets kostekspert, ernæringspraktikere og ernæringsrådgivere. Hovedfokuset var her rettet mot *sammensetning av mat*. Neste epoke *Overflodsammfunnet 1945-1985*, ga vanlige folk tilgang til de rikes mat pga. økonomisk oppgang i samfunnet med økt internasjonal varehandel. Men en ny problemstilling dukket opp tross tilgang til nok mat, *feilernæring og overernæring*. Fokus for denne perioden endret seg på bakgrunn av en voldsom økning i nye ikke-smittsomme sykdommer, bla. herte- og karykdommer som ble og ennå er en dødelig trussel, i dag også kreft. Fokuset pr. i dag har igjen endret karakter til å i tillegg til ikke-smittsomme sykdommer, ha fokus på *miljøgifter 1985-*, men også bekymring for en global fedmeepedemi og for farlige stoffer i mat (Amilien & Krogh 2007).

4.9. Kostrådsdebatten i media

Til tross for flere tiår med vitenskapelig forskning og ny kunnskap *om mat*, dens sammensetning og betydning for helse, har vi likevel en stadig pågående debatt om *hva som er sunt* og hvem som skal ha rett til å definere hva som er sunt. Altså hvem som skal *ha rett til å ha rett*.

Følgende vil jeg frem analysere hva som foregår på den mediale arena gjennom Bourdieus transparente måte å se tingene på. Dette gjøres ved bruk av Bourdieus analytiske styringsverktøy, begrepene *felt* og *symbolsk vold*. Hva ligger til grunn for den stadig pågående kostrådsdebatten *i media* hvor ekspertene er totalt uenige om hva som er riktige kostråd i norsk kostrådpraksis. Folk flest opplever dette forvirrende og lite tillitsskapende, også helsefagutøvere som veileder andre i kosthold i behandling eller i helsefremmende hensikt. Hvem får definere hva som er rett i et felt og ha retten til å tale og bli hørt? Og hvilke interesser ligger bak den stadig pågående kostdebatten i media?

Det fremstår i media som en debatt, en kamp om ulike teorier, lavkalori/ lav-fett teorien mot lavkarbohydrat/ høy-fett teorien. Jeg vil også komme nærmere inn på Bourdieus antegninger om fjernsynet som arena for formidling av forskning- og vitenskapelige resultater. Men først en kort oppsummering av kjernen i kostråds debatten.

I boken «Matrevolusjonen» (2010) av kostlegen Andreas Eenfeldt får vi innblikk i hva det diskuteres om i kostdebatten. I grove trekk står det som vi har vært inne på, mellom lavfett-/ lavkaloritilhengerne som bygger på den kjente, amerikanske karismatiske forskeren Ancel Keys teori (fra 1958) som konkluderte med at det var sammenheng mellom forekomst av koronar hjertesykdom og total kolesterolkonsentrasjon i blodet som igjen korrelerte med andel av energien som kom fra mettet fett i kosten. Problemet er at korrelasjon eller samvariasjon *ikke* sier noe om årsaker. Likevel ble vi rådet til å kutte fettinntak til 30 prosent av totalt energiinntak og mettet fett til 10 prosent (Eenfeldt 2011, Malhotra 2014).

Den norske befolkning ble deretter opplyst om at mettet fett (animalsk fett) var årsak til den økende hjerte- og karsykdom forekomsten i befolkningen i etterkrigstiden, noe som aldri ble bevist, men antatt som sannsynlig i vestlig medisin. Dette mot skeptikerne, også de innen vitenskapen som mente det var «den nye maten», mel og sukker (karbohydrater) som var årsaken til økningen av hjerte- og karsykdommer og ikke fett, som bl.a. forskerne og legene John Yudkin og Thomas Latimer Cleave, legen for den britiske marine hevdet. Disse teoriene er ikke forenlige, derfor måtte en teori vike for den andre i kostrådgivning, altså som grunnlag for folkehelseopplysningen om kostråd. Debatten har i ulik grad vært aktuell siden i ulike vitenskapelige felt, medisin, ernæring, epidemiologi, biologi m.fl. (Eenfeldt 2010).

I følge dagens kostråd i rapporten «*Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*» under rådet “Velg magrere meieriprodukter”, opplyses det at den totale fettanbefalingen er omtrent det samme i dag:

«Et kosthold bestående blant annet av 25-35 % total fett, < 7-10 E% mettede fettsyrer og transfettsyrer og < 2-300 milligram» (Helsedirektoratet 2014).

I dag kastes det i media nytt lys over lavkarbohydrat teorien (lavt karbohydrat og høyt inntak av naturlig fett) som et resultat av diskusjon rundt både nye og gamle studier og stadig økning i ikke-smittsomme sykdommer, hjerte- karsykdom, fedme, betennelsestilstander, kreft, diabetes og tarmsykdom som er noen av problemene vi står overfor på verdensbasis. Dette er også fokus for WHO (verdens helseorganisasjon) og de Norske kostråds målsetning pr. i dag (Helsedirektoratet 2011:7). Disse tilstandene har økt betraktelig i den vestlige verden i etterkrigstiden og man ønsker å snu trenden. Forskerne har universelt sett akseptert at transfett- som brukes mye i hurtigmat, bakevarer og margariner, øker risiko for hjerte- og karsykdom (fører til ikke-bakteriell betennelse) sier hjertespesialist Malhorta (2014), men mettet fett er en helt annen historie.

Striden består nå, som før, om hvilke empiriske studier som blir gjort gyldige og ikke, om hvem som *får ha rett til å ha rett*. Eenfeldt snakker om et pågående paradigmeskifte pga. kunnskap som gir bedre forståelse for sammenhengen mellom kost og helse innen medisin og ernæring. Nye studier avkrefter gamle sannsynlige teorier som var uten klare bevis, som Ancel Keys «Seven country studien» (1958) som konkluderte med at fett (mettet) var *sannsynlig* årsak til hjerte- og kar sykdom slik også Nicolaysen komiteen konkluderte med i Norge (1963), dog sistnevnte med advarsel om å iverksette tiltak og konsekvenser av dette da de ikke hadde klare bevis. Nye vitenskapelige studier vurderes kontinuerlig og danner grunnlag for ny kunnskap basert på dagens krav til forskning (Helsedirektoratet 2011). Men Eenfeldt (2010) understreker at det likevel tar tid, det må kanskje et generasjonsskifte før de nye evidensbaserte teoriene blir etablert.

Det som utmerker seg ved Bourdieu, er nettopp at han tilbyr en vitenskapelig forklaring for den erfaring ettertenksomme mennesker gjør. Med det menes at han viser at det er grunner til mistenksomhet. Målet er å gi en intellektuell rekonstruksjon av den sosiale

virkelighet, som aldri fremstår som den er. For Bourdieu vil det å få et instrument til å se virkeligheten som den er, øke frihetsgraden innenfor denne virkelighet (Callewaert 1994). Det er målsettingen her, å rekonstruere den mediale kostdebatten for å avdekke hva der egentlig foregår på den mediale arena.

Følgende vil jeg, gjennom Bourdieus analytiske begrep *felt* og *symbolsk vold* (jf. punkt 2.2) undersøke hva som foregår i den mediale kostråddebatten på bakgrunn av denne diskursen som har pågått i mer enn 50 år. Bourdieus begrep *felt* indikerer *historisering* som analyseverktøy.

Kostrådene i Norge hevdes å være dypt forankret i vitenskapen og underlagt det medisinske felts regler for evidens, noe vi også derfor har trodd. Dominante forskere har fått tildelt rett til å bestemme hvilke regler som skal gjelde for hva som regnes som gyldig evidens og legges til grunn for hva som skal gjelde. Dette med den konsekvens at andre alternativer teorier ugyldiggjøres og dermed blir utelatt. I kostrådsdebatten ble en teori valgt som den riktige fremfor en annen som ble tilsidesatt. La oss i forlengelse av dette se nærmere på hvem som får rett til å tale i kostrådsdebatten.

4.9.0. Hvem har fått rett til å tale i kostrådsdebatten?

Daglig leser og hører vi om kostråd i de fleste mediale kanaler om hva som er sunt og ikke, en stadig pågående diskusjon om hvem som mener å ha rett, hvilke teorier som er gyldig og ikke. Det er et stort engasjement fra ulike vitenskapelige retninger som medisin, ernæring, biologi, epidemiologi for å nevne noen. Tross vitenskapelige henvisninger fra mange hold så ser den ene teorien ut til å slå ben under den andre fra dag til dag. Det som ble fremsatt som farlig i går, f.eks. kolesterol er ikke farlig i dag og slik fortsetter det, ofte på forsider av avisene, på nett eller i debattprogrammer på TV.

Én sannsynlig teori ble altså valgt dels på bakgrunn av forskerens Ancel Keys posisjon i feltet med høy sosial og akademisk kapital (hadde to doktorgrader i 30 årene), samt «den korrekte habitus» (i betydning riktig sosial og akademisk bakgrunn) til å få rett til å definere den riktige teorien, basert på en sannsynlig konklusjon i sin studie, men uten helt klare bevis. Eenfeldt (2011) beskriver ham som en karismatisk frontfigur med høy arbeidskapasitet, godt likt og svært effektiv. Hans motstandere som var uenig i teorien, som f.eks. militærlegen John Yudkin og den britiske marinelegen Tomas Latimer

Cleave, manglet tilsvarende sosial kapital og deres teorier om *den nye maten*, mel og sukker (karbohydrater) ble tilsidesatt. Cleave var innadvendt type og sett som en outsider i følge Eenfeldt, men intelligent.

Slik sier Petersen (1995), skaper de dominante forskerne så formalia for å etablere og beholde makt og ikke for å danne rom for alternativer og diskusjoner.

For det første, hvem har fått rett til å uttale seg som *ekspert* om saken?

I vårt Europeiske vestlige samfunn er det vitenskapen og dens empiri som har fått tildelt retten til å tale gjennom den intellektuelle makt, slik Broady (1984) skriver om i «Rätten att tala» hvor han forteller om Sceptron (norsk; septer), en kongestav, et emblem og symbol for retten til å tale, tie andre og selv dømme. *Sceptra academica* er i Europas universiteter, den vitenskapelige og pedagogiske maktens tegn, symbolet for universitetets makt og myndighet, samt *retten til å tale og undervise*.

Vitenskapen har i vårt vestlige samfunn blitt valgt som det beste redskapet for å finne «sannheter» sier Halleraker (2013).

Vi ser både leger, forskere, professorer, ernæringsfysiologer, biologer og flere andre eksperter engasjere seg i kostdebatten som alle lener seg på vitenskapelige studier (dog ikke alltid oppdatert). De er ikke enig om *gyldigheten* av disse. Altså er det strid om hvem som *har rett* til å ha rett, en maktkamp på det vitenskapelige felt. Den sittende makt (forskere som har vunnet gjennom med sin teori) forsvarer sin posisjon mot oppkomlingene i samme felt (vitenskapen) som truer deres definisjon av «sannhet». Slik Bourdieu definerer symbolsk vold som ”*makten til å definere virkeligheten*” og ”*makten til å få folk til å se og forstå verden på en bestemt måte*” (Bourdieu 1992/1991:166, 243 i Wilken 2011).

Symbolsk vold refererer som nevnt til å få en gitt virkelighetsforståelse (her den rådende kostrådsteorien) til å fremstå som *ufravikelig og sann*. Dette på en slik måte at de involverte ikke er klar over at det foregår en maktutøvelse, og uten å vedkjenne seg at det er snakk om en vilkårlig virkelighetsforståelse som på samme tid utelukker andre virkelighetsforståelser. Jeg har tidligere vist eksempler på hvordan en *sannsynlig teori* plutselig gjengis i media og lærebøker nettopp som *ufravikelig og sann* og reproduseres slik i årtier.

4.9.1. Kamp om makt - prestisje

For det andre, hva handler kostdebatten på den mediale arena egentlig om? En gruppe ernæringsfysiologer ved Atlantis Medisinske Høgskole har kommentert kostdebatten og hevder de norske ekspertene og media gambler med folkehelsen (Aukner, Henriksen, Sundfør, von Krogh, Ulveland & Westerberg 2012).

Det samme advarte Nicolaysen komiteen om i 1963 da de avla sin rapport om årsak til hjerte- og karsykdommer *uten klare evidenser*, men som man fant sannsynlig også i Norge og likevel valgte å bygge kostrådene på. Komiteen tok forbehold om *fare for konsekvensene* av å iverksette tiltak på folkehelsen på det vitenskapelige grunnlag man da hadde og anbefalte videre forskning (Hjort et al. 1963).

Det har lenge stormet i media rundt dietter som skal bidra til bedre helse og mindre overvekt. Men vi risikerer at resultatet kan bli det stikk motsatte advarer Aukner (et al. 2012). De viser til at vi på den ene siden har Helsedirektoratet og deres tilhengere som tviholder på sine kostråd om mer brød og grove kornprodukter (50-60 % karbohydrater). Og på den andre siden leger og ernæringsfysiologer som fordrer et kosthold med lite karbohydrater som en løsning på vårt største folkehelseproblem, overvekt og relaterte følgesykdommer. De mener begge partene ser ut til å vise liten vilje til å imøtekomme hverandres dokumentasjon, og at debatten mangler en objektiv totalvurdering av hva som er sunt/ usunt.

Helsedirektoratets oppgave sier det, er å gi felles samt helhetlige kostråd for hele befolkningen. Men dette kan få den konsekvens at fokuset på individuelle ulikheter og behov blir borte. Mange erfarer at de går lettere ned i vekt på lavkarbo kosthold og får bedre helse. Hvis kostrådene avviker mye fra folks egne erfaringer og ønsker, vil det oppstå en avstand mellom "folk flest" og det rådgivende organ. Videre hevder de at Helsedirektoratet i stedet for å imøtekomme lavkarbo debatten med nyanseringer, utdypninger og gode forklaringer, i stedet fremstår som hardnakkede forkjempere for egne tradisjonelle råd og nærmest virker redde for å miste ansikt i møte med «nye» teorier. Altså er det her snakk om *tap av prestisje og posisjoner* som står på spill i feltet (min kommentar).

Legen Eenfeldt som er en tydelig profil i kost debatten både i Sverige og Norge, sier at det for de fleste av oss er vanskelig nok å innrømme en liten feil vi gjorde i går, hvordan

skal man da ta innover seg, innrømme og håndtere muligheten for at en hel utøvd karriere viser seg å være på feilt grunnlag (om teorien om fett)? (Eenfeldt 2011:50).

Det er noe som står på spill sier Bourdieu, slik vi var inne på i definisjonen (jf. 2.2.) om *symbolsk vold*, der den vilkårlige sosiale orden (her rådende kostråd) blir mistatt for å være en naturlig orden som blir en del av vår habitus og en del av samfunnets doxa (det som tas for gitt og ikke er til diskusjon). Men kanskje det som er motivet for forskere bak den triumferende teori, om forskeren går i seg selv, heller handler om prestisje og kamp mot tap av ansikt. Det er det Eenfeldt sikter til og nettopp derfor må det gjerne et generasjonsskifte til, det skjer ikke over natten.

Bourdieu poengterer at kamper i felt heller handler om maktrelasjoner mer enn om feltet selv. Man kan ikke delta i et felt uten å akseptere dets grunnleggende eksistensgrunnlag (Bourdieu 1980: 279 i Wilken 2011) altså feltets *doxa*, det vil si enigheten mellom agentene og feltet, det opplagte, det uuttalte, det som ikke er til diskusjon, det som tas for gitt. Det vil si den grunnleggende «sannhet» som den sosiale orden bygger på, som er både inkorporert og eksternalisert. På denne måten er doxa *styrende* for hvilke posisjoner agentene i feltet har samt hvilke meninger de kan uttrykke og de beslutninger de kan ta. Altså er doxa relatert både til muligheter og begrensninger (Bourdieu 1997/200:1985 i Wilken 2011). Som vi jo så, ble Yudkin presset ut av feltet da han ikke aksepterte feltets doxa. Han mistet både ære, posisjon og plass i feltet, til skrekk og advarsel til etterkommere.

Callewaert (1994) viser til at det Bourdieu spesielt var opptatt av, den såkalte vitenskapelige orden, altså et felts struktur. Bestående av vitenskapelige innsikter, (objektivert i bøker og inkorporert i forskerens habitus), men også av institusjoner som ordner produksjonen og sirkulasjonen av vitenskapelige produkter og produsenter. Sistnevnte tilfaller utdannelsessystemet som systematisk innprenter den vitenskapelige habitus, tilhørerne den vitenskapelige orden hos de som fyller kravet (har opptjent rett til) å motta en slik påvirkning og der i gjennom rett til å få innpass i feltet.

Oppfatningen om *det farlige fettet* (Anckel Keys teori) som våre kostråd bygger på, kan slik jeg forstår det, sees som en slik orden, en opplest og vedtatt sannhet som ikke står til diskusjon, som har stått og fremdeles står i lærebøkene. Alle andre forslag har i flere

årtier blitt kontant avvist. WHO og Helsedirektoratet har i dag vist en liten helning mot reduksjon av sukker og stivelse (karbohydrater) blant annet ved å ha fjernet poteten fra de Norske kostanbefalingene "5 om dagen", samt nylig redusert anbefalt mengde sukker på verdensbasis. Altså vises en helling mot teorien om karbohydratenes virkning på kroppen, «den nye maten, mel og sukker» som Yudkin og Cleave advarte mot i sine studier. Men de innrømmer ikke høylytt at teorien rådene bygger på er feil, men har i det stille endret forklaringen på hvorfor rådene opprettholdes.

Hjertespesialist Espen Rostrup (2011) ved hjerteavdelingen i Helse-Bergen, viser i sin blogg til at Nasjonalt Råd for ernæring *frikjenner fett*, men anbefaler fortsatt fettfattig kjøtt- og meieriprodukter, men ikke av den grunn folk flest tror, den tidligere begrunnelsen for økt hjerte- og karsykdommer. Sånn er det ikke. Helt i det stille sier Rostrup, noe som også har unngått ham som hjertespesialists oppmerksomhet, har Rådet langt på vei frikjent fett som årsak til hjerte- og karsykdommer. Rune Blomhof, leder for rådet, sa i et intervju med forskning.no 2011: «Det er fremdeles grunn til å begrense mettet fett selv om forskningen tyder på at det i seg selv ikke gir hjerte- og karsykdommer». Et fortsatt anbefalt magert kosthold begrunnes nå med at fett er energitett og kan føre til vektøkning.

Hvorfor fortsetter man da å argumentere med det farlige kolesterolet i utgivelser fra dette rådet? Og hvorfor skjer dette i det stille? Enfeldt har vært inne på en del årsaker til dette. Jeg kommer tilbake til flere.

Det skjer, sier Callewaert, en kulturoverføring i Bourdieus terminologi (i La *rèproduction*), en overføring av betydninger som allment erkjennes som riktige. At man påfører og får aksept for en gitt definisjon av virkeligheten, her en gitt sannhet om hva som forårsaker hjerte- og karsykdom. Det som sees som vold er en følge av at den gitte definisjon av virkeligheten ikke kan utledes av allmenngyldige prinsipper, hverken av de som deltar eller utenforstående. Når definisjonen av situasjonen påføres, som den eneste mulige, innebærer det at man på samme tid utøver vold (symbolsk) på mottageren og dens rett til å bli presentert for hva det innebærer. Årsak til at nettopp den definisjon av virkeligheten blir påført er fordi det er denne som står ved makten.

Sosial dominans, sier Prieur (2006) handler om å ha makt over persepsjonskategoriene og vurderingskriteriene, det vil si hvordan man oppfatter, inndeler og vurderer verden. Denne oppfattelsen er gjennomgående i de dominerendes favør som igjen betyr at de dominerte henfaller mot å nedvurdere seg selv og det de står for.

Bourdieu (1982) påminner om at man aldri bør glemme språkets makt på grunn av den ubegrensede generative og *skapende* evne (hos Kant) som ligger i dets makt å få noe til å eksistere gjennom å frembringe en kollektiv erkjennelse og der i gjennom realisert en representasjon av eksistensen, - som utvilsomt er bærebjelken i drømmen om den absolutt makt.

Det er stor fare for at dette har skjedd i kostdebatten, en teori er blitt valgt som «sannhet» som løsning på et problem der vi i etterkrigstiden så en stadig økning av hjerte- og karsykdom. Hele 34 % av Norges befolkning har ennå hjerte- og karsykdommer og er ennå den hyppigste dødsårsaken i landet, i tillegg kommer andre ikke-smittsomme sykdommer relatert til livsstil.

4.9.2. Ivrige kommersielle aktører i media

Et viktig moment ernæringsfysiologene ved Atlantis (Aukner et al. 2012) påpeker er også at flere kommersielle aktører utnytter debatten til fulle og promoterer egen diett og produkter som løsningen på folks helseproblemer. Disse aktørers personlige agenda, i form av publisitet og økonomisk gevinst, kommer sjelden frem i debatten. Det forekommer, da oftest av motstanderne.

Fedon Lindberg, indremedisiner og kostholdsekspert hevder i sin kronikk i NRK-Ytring (2013) at 80 prosent av medisinsk forskning finansieres av legemiddelindustrien. Tjomlid (2013) og Blomhoff (2013) skriver i sine kronikker i samme fora (en debatt mellom disse) at legeråd bør baseres på vitenskap og insinuerer dermed at rådet om å kutte ned på sukker og raske karbohydrater ikke er basert på vitenskap sier Fedon. Kunne vi hatt enda bedre vitenskapelig evidens fra kliniske studier, spør Lindberg? Ja, men det er nå en gang slik at 80 prosent av medisinsk forskning finansieres av legemiddelindustrien svarer han selv på spørsmålet. Hvem skal finansiere studier på mat, når man ikke kan tjene på resultatene spør han.

Fedon selger selv en rekke produkter som Fedon brød, bøker mm. samt driver flere klinikker for kostråd/ helse. Han er å se i media både i fjernsyn, aviser og magasiner.

Også professor Drevon, tidligere leder for Statens ernæringsråd (nå Nasjonalt råd for ernæring) driver som et annet eksempel, nettstedet Vetklubb.no som er en betalingstjeneste for kostråd, slanking, kostveiledning mm. Også han er godt synlig i mediale kanaler. Flere kunne blitt nevnt fra begge hold, alle har de noe å selge, mat, treningstilbud, kurs, bøker etc.

I *Viden om viden og refleksivitet* (2005) ytrer Bourdieu sterk bekymring for at hele det vitenskapelige felt står i fare for å rammes av et katastrofalt tilbakeskritt på bakgrunn av den uavhengigheten vitenskapen har opparbeidet i forhold til religiøse-, politiske- og økonomiske maktstrukturer, og delvis statlig byråkrati som sikret dem et minimum av uavhengighet, nå står i fare. Vi står i fare for at vitenskapene blir utnyttet til formål som påtvinges utenfra som økonomiske interesser som stadig får større innvirkning på forskningen.

Kommersielle kostholdsekspertter dominerer mediebildet mener Aukner (et al. 2013). Det er påfallende at en rekke leger i dag kaster seg inn i kostholds debatten og ukritisk gir kostråd til den generelle befolkningen. En rekke kommersielle aktører utnytter debatten skamløst hvor de promoterer egne dietter og produkter som løsningen på folks helseproblemer. Det kan trekkes paralleller til legemiddelbransjen. Her finnes et klart regelverk som hindrer leger i å ha økonomiske fordeler av å anbefale spesifikke medisiner, mens reklame og salg av egne produkter/ tjenester derimot tillates ukritisk i kostholds debatten. Disse aktørenes personlige agenda, i form av publisitet og økonomisk gevinst, er sjelden fremme i debatten påpeker Aukner et al.

Om legene som henger seg på kost debatten er ukritisk i forholdt til selve budskapet de vil ut med kan diskuteres, mange viser til mer håndfast forskning enn det de statlige kostråd bygger på som er *uten evidens*, men bygger på sannsynlighet. Det er et paradoks at det da stilles større krav til forskning på effekt av mat med lavere karbohydrat innhold enn den forskning dagens kostråd bygger på. Men måten det skjer på i media der det fremstilles som en debatt om kosthold, men egentlig er kommersiell interesse kan diskuteres.

4.9.3. Vitenskap er ikke nødvendigvis sannhet – ha sunn kritisk sans

Halleraker, lege og førstelektor, ytrer i Dagens Medisin (2013) at han etter 39 år i faget innser at sannheter kommer og går. Han sier vi ikke kan stole på forskning i så stor grad som vi liker å tro. Han forteller om en medisinprofessor som sa til sine studenter før en forelesning: «Halvparten av det jeg nå skal fortelle, vil være feil om noen år. Det er bare å beklage at jeg ikke vet hvilken halvdel det er».

Halleraker forteller videre om eksempler fra kostdebatten og nevner kostrådene fra 1970 årene hvor særlig tre matvarer ble ansett uegnet for diabetikere; brød, potet og frukt (mye stivelse = karbohydrat som gir høyt blodsukker). Så forsvant dette og diabetikere kunne nå spise «vanlig sunn kost» - som inneholder mye brød, potet og frukt. Nå var ikke fett bra. Han mener etter å ha sett den enorme fedme- og diabetesepidemien som truer folkehelsen over hele verden, at det nå er på tide å finne frem igjen rådene fra 1970 årene, det ser ut til å være den riktige halvdel. Halleraker understreker betydningen av kritisk tenkning, ikke minst å vurdere *motivasjonen* til de ulike aktørene i forskningsprosjektene. Står det mye penger og prestisje på spill bør varselklokkene ringe advarer han. Og sier han, i medisins verden handler det ofte om begge deler, i store mengder. Poenget til Halleraker er at mange studier er skrevet av forskere som mottar betydelig støtte og det er derfor naivt å tro at dette ikke lett kan virke inn på forskningsresultatet. Videre viser han til den anerkjente matematikeren og legen John Ioannidis, ekspert på medisinsk forskning som uttalte: «Much of what medical researchers conclude in their studies is misleading, exaggerated, or flat-out wrong». (John Ioannidis i «Lies, Damned Lies, and Medical Science 2010:1).

Ioannidis beregner at så mye som 90 % av publiserte medisinske studier som leger stoler på, er feil sier Freedman (2010). Men kanskje, sier Ioannidis selv med et smil, er det spørsmålene som er partiske (bias), ikke svarene. Ioannidis mener at 80 % av alle ikke randomiserte studier samt de fleste medisinske studier av denne typen har feil konklusjon. Videre er 25 % også av de randomiserte studiene feilsluttet hevder han. Og kostholds studier generelt de mest upålitelige pga. alle variablene det må tas hensyn til. Ioannidis spissformulerte en kommentar til kostholds studier: «Ignore them all». (John Ioannidis i «Lies, Damned Lies, and Medical Science 2010:1).

Ioannidis arbeid har blitt allment akseptert av det medisinske fellesskapet og er blitt publisert i feltets beste tidsskrifter, hvor det er tungt sitert. Han er også et populært trekkplaster på konferanser. Gitt denne eksponeringen, og det faktum at hans arbeid

stort sett er rettet mot alle andres arbeid innen medisin, samt alt leger gjør, og alle de helse-råd vi får, kan Ioannidis være en av de mest innflytelsesrike vitenskapsmenn i live hevder Freedman (2010). På tross av all hans innflytelse, bekymrer det Ioannidis at det innen medisinsk forskning er så gjennomgripende feil, og så pepret med interessekonflikter, at feltet kan være kronisk motstandsdyktig mot endring- eller til og med å offentlig innrømme at det er et problem (Freedman 2010). Slik Eenfeldt (2010) er inne på om at det kanskje må et generasjonsbytte til før vi ser en endring. Kan vi da stole på medisinsk forskning spør Halleraker? Og svarer selv; «mye mindre enn vi liker å tro» (Halleraker 2013).

4.9.4. Medias interesse

Pressen har et stort ansvar for at kost debatten er på villspor hevder Aukner (et al. 2012) og mener media hisser opp stemningen. I stedet for å møte de ulike aktørene med kritiske spørsmål, vises imponerende enkelttilfeller og personlige historier frem i media. Folkeopplysning og nøktern fremstilling av kunnskap overskygges av medias ønske om livlig debatt og økte opplag. Tilspissede påstander får større plass i offentligheten enn balansert informasjon. Folk flest vet ikke lenger hva som er sunt. Media sjonglerer mellom ulike debattanter der lavkarbo fremmes den ene dagen, mens det advares mot det samme neste dag, ofte i samme avis. Slik bidrar media til å øke forvirringen. Det utvises ingen kritisk sans i forhold til hvilke kilder som benyttes som gjør at media svikter sin folkeopplysningsoppgave totalt.

På Kostreforms 5.årslige høstkonferanse i Oslo 2014 hvor jeg var deltagende, sa Fedon Lindberg at vi i Norge dessverre mangler god helsejournalistikk og at dette er med på å øke denne totale forvirringen.

Fjernsynet – TV som arena og fare for symbolsk vold

Bourdieu uttalte i boken «*Om fjernsynet*» (1998) at han tror det er nyttig å uttrykke seg gjennom TV, men at han var skeptisk til at man i det hele tatt fikk sagt stort på TV på grunn av for kort sendetid og viste til at mange intellektuelle avstod fra å uttale seg i TV nettopp av denne grunn. Man burde ikke akseptere at det er et valg mellom *alt eller intet*. Det må skje på bestemte vilkår hevdet han. Ett vilkår han nevnte er som sagt tid, men også at innholdet ikke er på andres premisser. Hans siste vilkår var at han ikke ble irettesatt under ulike påskudd, men «*har herredømmet over produksjonsmidlene*» som han kalte det (Bourdieu 1998).

Vi har alle sett debattpaneler på TV i kostholds debatten hvor debattantene tildeles ordet av en journalist og fratas det like fort. Journalisten styrer raskt retningen ved å tildele og frata ordet og på samme tid hisser opp stemningen ved å sette debattantene opp mot hverandre på ytterpunktene og slik *ikke* skape rom for det man kanskje er enig om, men heller legger opp til «trøkk og heftig diskusjon» for å få seertall, ikke nødvendigvis få fram noe budskap, slik Bourdieu (1998) kritiserte TV for.

Man ser ofte at debattantene ikke er komfortable i situasjonen på deres nonverbale kroppslige uttrykk eller at de lar seg hisse opp helt åpenlyst akkurat slik journalisten legger opp til. Slik jeg forstår det er dette også en form for det Bourdieu kaller *symbolsk vold*, en form for undertrykkelse.

Det er et viktig spørsmål hvorfor man godtar å delta i et TV-program skrev Bourdieu (1998) og var undrende til at dette spørsmålet ikke stilles av de som deltar i slike program, skribenter, forskere, eksperter og ikke minst journalister. Han konkluderer med at ved ikke å bekymre seg for dette spørsmålet, avslører de at de ikke er der *for å si noe*, men *for å bli sett* når de ikke kan stole på at verkene deres vil gi dem varig eksistens. Da har de ingen annen mulighet enn å poppe opp på TV skjermen (eller i media) så ofte de kan gjennom å utgi disse verkene som har den eneste hensikt å fungere som «inngangsbillett» til å bli invitert med på disse TV-intervjuene.

Bourdieu ønsket å trekke journalistene med i refleksjon for sammen å finne midler til å unngå trusselen om instrumentalisering som TV representerer. Særlig forskere og vitenskapsfolk har til oppgave å gi alle del i sine resultater og at det er forutinntatt å nekte å uttale seg på TV, man må heller sette visse vilkår mente Bourdieu. At man i noen tilfeller har plikt til å gjøre det gjennom TV som kommunikasjonsmiddel som når, teoretisk sett, alle. Men at det av dette følger en rekke nye spørsmål som eks: Retter det man vil si seg mot alle? Bør det man har å si oppfattes av alle? Disse spørsmål hevder han alle som inviteres til TV bør stille seg, fordi seerne, fjernsynets kritikere stiller disse spørsmål: Har de noe å si? Fortjener det som sies å bli sagt der? Eller hva gjør vedkommende der? Her peker Bourdieu på noe av samme kritikken som Aukner et al. fremmet i forhold til ernæringsdebatten.

Bourdieu ytret det er mulig for TV å utøve *symbolsk vold*, den voldsform som utføres med ofrenes og ofte utøvernes samtykke, når de ikke er bevisste om at de er utsatt for den eller utøver den. Sosiologiens oppgave (som i likhet med annen vitenskap) har til

oppgave å avsløre skjulte forhold og på denne måten redusere den symbolske volden i sosiale relasjoner og særlig den som utøves i massekommunikasjonens relasjoner (Bourdieu 1998). Han viser til eksempler som til dels kan sammenlignes med kostrådsdebatten i media hvor dramatikken står i sentrum med ord som dødelig, farlig og lignende spissformuleringer om helse som selger godt.

5.0. AVSLUTNING

I denne studien har jeg undersøkt bakgrunnen for de norske kostråd forstått som en praksis. Pierre Bourdieus praktikkteori og metodologi har vært bakteppe for rekonstruksjonen av de norske kostråds oppkomst, utvikling, strukturering, materialisering og eksistens frem til i dag.

5.1. Strukturering brukt som verktøy

Med Bourdieus praktikkteori og begrepene felt, habitus, kapital, doxa og symbolsk vold som verktøy, ble det mulig å konstruere frem en teori *om kostråd* ut fra den utvalgte empiri for å besvare forskningsspørsmålet. Målet var ikke bare å undersøke hvordan noe er, men også medregne den konteksten som muliggjorde en sosial praktikk, her kostråd, både i å oppstå og eksistere.

Praktikker er produsert gjennom det agentene gjør når de handler, som å gi kostråd. Praktikk kan konstrueres frem som agentenes habitus basert på posisjon, disposisjoner (kapitalformer, økonomisk, sosial og kulturell) og posisjoneringer (meninger, holdninger og atferder) innenfor et felt som habitus innenfor et gitt felt, som utspiller seg innen for et habitat i Bourdieus terminologi (Petersen 1995, 2008:70-71). Slik jeg her har gjort det med kostrådspraksis og agentene i dette feltet.

5.2. Historisering brukt som verktøy

Med utgangspunkt i et historisk perspektiv har jeg belyst at helsetjenesten slik vi kjenner den har oppstått og utviklet seg fra folketro til et positivistisk og naturvitenskapelig medisinsk paradigme. Overtro og miasmelære som rådet landet ble erstattet av bakteriologien som ble et vendepunkt i det medisinske kunnskapsregimet på 1800-tallet etter bølger med store epidemier som rammet hardt. Erfaringene ga ny innsikt i sykdommer og innebar utvikling av effektiv behandling. Man gikk fra pleie av

syke i hjemmet, fattighus og andre oppbevaringsanstalter, til sykehus, behandlingsinstitusjoner for alle. Bakteriologien ble startpunktet for den naturvitenskaplige medisinen og la grunnlaget for det forebyggende helsearbeidet bl.a. i sykehussektoren. Vitenskapelig viten om betydningen av vitaminer og mineraler for kroppens funksjoner, satte fokus på ernæringens betydning for forebygging samt behandling av sykdom og siden opprettholdelse av god helse. Etter andre verdenskrig oppstod og eskalerte nye sykdommer, bl.a. hjerte- og karsykdommer. Fra etterkrigstiden har det vært strid i det vitenskapelige feltet mellom de ulike teorier i forhold til forebygging av hjerte- og karsykdommer som var og ennå er den fremste dødsårsaken i vestlige industrialiserte land, nå også ved siden av kreft. Fett/ kolesterol teorien stod i kontrast til teorien om raffinerte karbohydrater som årsak til sykdom, de to teoriene om forebyggende kost er uforenlige. Hvis den ene er riktig, er den andre feil. Ingen av teoriene var evidensbasert, men bygget på indisier. Striden har vart frem til i dag og pågår ennå. Men ny evidensbasert viten den siste tiden har nå gitt oss ny kunnskap. Teorien om fett er feil, dette er man nå enig om, likevel opprettholdes kostråd om å spise lite fett.

Jeg har belyst, ved begrepet *felt* og historisering, at ulike aspekter bidro til at en teori ble valgt som grunnlag for kostråd fremfor en annen. Stort politisk og forskningsmessig press pga. sykdomsutviklingens raske økning og dødelighet gjorde at det hastet med en løsning. Man hadde ikke tid til å vente på evidensbasert forskning og valgte den mest sannsynlige teorien for å komme raskt i gang med forebygging og behandling på et alvorlig og dødelig samfunnsmessig problem, hjerte- og karsykdommer. Men også som resultat av datidens påvirkning av sult katastrofer i den tredje verden, teorien om proteinet, striden om matpyramiden og ideologier om mat fordeling i verden. Det er blitt satset stort og bredt på å fremkomme med en løsning helt frem til vår tid og er slik fremdeles. Kostråd var og er én faktor av flere i sykdomsutvikling (røyking, medikamentell behandling, kirurgi mm.). Tross behandling og nedgang i røyking er likevel er hjerte- og karsykdom ennå den fremste dødsårsaken ved siden av kreft i Norge og i mange andre land.

5.2.0. Posisjonering av feltet og agenter på feltet

Gjennom historiseringen har jeg også brukt Bourdieus feltbegrep til å posisjonere feltet kostrådene (ernæringsfeltet/ det medisinske felt) oppstod i, samt posisjonert agentene som agerer på feltet, hvilke maktposisjoner de ulike agentene hadde, dvs. deres relasjoner og posisjoner og på hvilket grunnlag (kapital). Forskere som hadde «korrekt» akademisk kapital, som Ancel Keys, fikk tilgang til en mer dominerende posisjon enn forskere med militær bakgrunn, ikke-akademisk bakgrunn, men også hans sosiale kapital og driftighet var utslagsgivende i kamper på feltet mellom de ulike forskernes teorier, og om retten til å dominere. Også forholdet mellom leger og sykepleiere (relasjoner) i feltet samt andre helseprofesjoner som utøver kostpraksis er konstruert frem. Legene har fra den første lærebok i sykepleie i år 1863 forordnet kost basert på empirisk viten som del av behandling, og sykepleierne ble satt til å utføre ernæringspraksisen i tråd med det legen hadde bestemt (Schjøtz 2003:19).

Gjennom analyse av lærebøker i sykepleie frem analyserte jeg sykepleiernes posisjon i ernæringsfeltet og utviklingen av mer selvstendig ansvar i takt med legens behov for praktisk hjelp i sin praksis. Fra at sykepleierne kun mottok og utførte legens ordre til gradvis å få tildelt mer tillit og ansvar i utførelse av kostpraksis, til senere å oppfordres av legen til selv å ta ansvar for å skaffe seg den kunnskap som ble forventet gjennom sykehuspraksis og stadig mer detaljerte lærebøker. Ernæring og kostpraksis har vært og er en stor del sykepleiernes oppgaver og bygger på den samme medisinske logikk basert på den rådende vitenskap om kost som er gjenspeilet i både lærebøker samt i dag også i felles statlige opplysningsverk for alle helsefagarbeidere.

Med Bourdieus begrepsverktøy har jeg konstruert frem bakgrunnen for hvem som ble dominerende forskere i feltet og som fikk tilgang til de dominerende posisjonene i feltet. Hvilke teorier som fikk rett til å ha rett på bakgrunn av forskernes kapital, habitus, meninger og holdninger i tillegg til konsekvensen av de som mente noe annet. Og jeg har vist at kostråd og viten om ernæring er forankret politisk både nasjonalt i Helsedirektoratet under Sosial og helsedepartementet, samt internasjonalt ved nordisk- og europeisk samarbeid, og ved et verdensomspennende samarbeid gjennom WHO, verdens helseorganisasjon.

5.2.1. Kulturhistorien - matkultur

Gjennom hele vår kulturhistorie har både samfunnets og individets rådende oppfatninger, filosofi, økonomi, råvaretilgang, muligheter for bearbeiding og oppbevaring, samt tilgjengelig kunnskap om mat og helse, hatt betydning for hvilken kost vi har. Ny kunnskap er blitt ervervet og har i stor grad påvirket matkulturen i de siste århundrene. Matkultur har vært og er fortsatt, som jeg har konstruert det frem gjennom feltbegrepet, nært knyttet til ernæring og medisin.

Dagens matkultur er ekstremt pluralistisk i forhold til tidligere tider. Det florerer av holdninger og meninger fra alle hold. Mange er fornøyd bare maten er billig og god, andre vil kun ha økologiske naturprodukter fri for miljøgifter og gjøre all fordeling selv. Temaet kost kan diskuteres fra all verdens vinklinger. Individualismen i kombinasjon med at de grunnleggende behov blir dekket, gjør at de ulike helseprofetene blir hørt. Folk kan velge og vrake eller blande fra et enormt utvalg av kostanbefalinger. Noen velger å ikke forholde seg til noe og har lukket ørene, mens andre selv aktivt velger hvem de vil lytte til. Helsemyndighetenes stemme er i dag kun én av mange i et stort kor. Pluralismen har ført til at den betydning helsekunnskap har for matkulturen er blitt mer uklar (Amilien og Krogh 2007:82-83).

Jeg har belyst bredden i den vitenskapelige interessen for emnet kost og mat for å innkretse feltet. Jeg har også vist hvordan matkultur innvirker på kosten vi har, et resultat av kulturelt betingede tradisjoner gjennom generasjoner som er blitt inkorporert i oss som del av vår habitus. Som en sosial praksis med dyp kulturell forankring, men også som resultat av tilgjengelighet, holdbarhet, nysgjerrighet og overlevelse. Kritikere har pekt på faren ved å redusere mat til ernæringsmessige komponenter alene, men åpne for kost og helbreds kompleksitet i praksis. Jeg har belyst gjennom historiseringen at det er mange faktorer som har innvirkning på hva vi rådes til å spise og om vi følger disse råd noe vi langt på vei har gjort, men at forbruk av hel-produkter (med naturlig fett) de siste årene har økt til tross for at vi ennå rådes til å unngå fett.

Kostråd er ikke noe nøytralt, og ikke en gang så vitenskapelig som vi har trodd, men resultat av sosiale, økonomiske og politiske forhold, samt resultat av en vedvarende kamp innenfor et felt, feltets doxa, heterdoxa, orthodoxa, posisjoner og disposisjoner.

«Et felt er et nettverk av objektive relasjoner mellom posisjoner» (Bourdieu 1992a:321 i Prieur et. al 2006:165).

Felt er nettopp definert av ulike konflikter, konkurranser eller kamper om arten av og meningen med feltets spesifikke praksis, som her kostråd. Dette er feltets dynamikk, felt er dynamiske og derfor er blick for et felts historie viktig (Prieur et. al 2006:165).

5.2.2. Kostdebatten – kamp om posisjoner og kommersielle interesser

Jeg har også vist at kostrådsdebatten i media nødvendigvis ikke handler om kosthold alene, hva som er sunt og ikke, men om mange ulike forhold. Om bevisste og ubevisste relasjonelle forhold, om posisjoner, makt og penger gjennom kommersielle interesser og fare for det Bourdieu(1998) kalte symbolsk vold. For å bekjempe dette sa han, er det sosiologiens formål å avsløre disse skjulte forhold og dermed bidra til å redusere den symbolske volden som utøves i sosiale relasjoner og særlig den i massekommunikasjonsrelasjoner. Målet med analysen om kostrådsdebatten er nettopp å kaste lys over slike forhold som kan bidra til ettertanke og et kritisk blick på hvordan denne debatten i ulike mediale kanaler utspiller seg. Det er viktig å få frem vitenskapelige resultater fra forskere og vitenskapsfolk, deres misjon er nettopp å gi alle del i forskningsresultatene som Bourdieu også påpekte (1998). Mediale kanaler kan være et godt hjelpemiddel til å nå alle, men Bourdieu oppfordret til et *kollektivt ansvar* for å reflektere over midler til å overvinne trusselen om instrumentalisering og utøvelse av symbolsk vold. På den måten kan det bekjempes, ved bevisstgjøring. TV `ens plass i dag er kanskje erstattet med nyhetsstrømmen på internett og dagspressen, men prinsippet er likevel fullt aktuelt.

5.3. Avsluttende kommentarer

De fleste påpeker Lutz (2011:25) har ikke tid eller nødvendig bakgrunn for å kunne sette seg inn i den nødvendige vitenskapelige og medisinske litteraturen, man stoler på ekspertene. Wolfgang Lutz, dr.med. innen ernæring og helse, er av mange sett som en av de fremste innen eksponentene for å forstå hva slags matvarer mennesket er best tilpasset (Poleszynski i Lutz 2011:7).

Lutz (s.25) sier at dessverre har mange av disse ekspertene selv "falt av lasset" og er preget av sin egen oppvekst, det de har lært og utdanning uten å luke ut feilaktige

opplysninger. Altså det som Bourdieu i sine arbeider kaller doxa, feltets enighet, men som likevel kan ende opp som symbolsk vold nettopp fordi feilaktige opplysninger ikke lukes ut men fremholdes som sannheter, bakom ryggen på alle involverte. Slik teorien om det farlige fettet ble en sannhet, men egentlig bygget på indisier.

Lutz forteller at han selv var der, men begynte med en kritisk gjennomgang av holdbarheten til de rådende teorier som ennå ikke har innfridd sine løfter til tross for et sunt kosthold med lite fett. Selv hadde han allerede i 1957 hatt idéen om at tidens sivilisasjonssykdommer skyltes for mye karbohydrater på grunn av hvitt mel og sukker og viser til forskning på inuitter som levde uten dette, men på store mengder animalsk (mettet) fett og var fri for vår tids sykdommer og tvert om hadde svært god helsetilstand, *før* også de ble preget av det vestlige levesettet (Lutz 2010:25).

Enfeldt (2011) påpeker også at en av grunnene til at vi i dag fortsatt diskuterer hva som er sunt på lengre sikt, er at det er vanskelig å fastslå rent vitenskapelig. Denne type intervensjoner er tidkrevende, dyrt, og krever svært omfattende intervensjoner over lang tid og er derfor vanskelig for vitenskapen å gjennomføre.

Kanskje ville verdensbilde sett annerledes ut om marinelegen Cleave og militærlegen Yudkin hadde vært fra et mer akademisk anerkjent miljø og vært litt mer karismatisk, hatt mer "korrekt kapital"? Som professoren sa til sine elever, « *Jeg vet ikke hvilken halvdel som er den riktige* ». Mange hevder at det verdensbildet vi står ovenfor i dag, tyder på at den andre halvdelens meninger i kostrådsdebatten kan være den rette, og i følge ny forskning som vi har sett, er ikke fett lenger synderen. Dette spørsmålet forblir ubesvart i denne oppgaven, da målet var å belyse bakgrunnen for de kostråd vi har.

Studien for liten til annet enn et lite utsnitt av en helhet, den er også preget av mitt engasjement og ståsted i debatten, en kritisk analyse selv om jeg har vært bevisst på å belyse flere sider. Det var blant annet mange flere studier og forskere med i utviklingen som ikke presenteres her av hensyn til plass, men jeg har tilstrebet etter evne å gjøre et utvalg gjennom «*Citation Pearl Growing*» metoden, slik at de grove trekkene i utviklingen av kostrådspraksisen er synliggjort.

Målsettingen i denne studien var å beskrive og forklare de Norske kostråd som en sosial praktikk med utgangspunkt i Bourdieus praktikkteori. Jeg fant at det er vidt, innfløkt og

sammenflettet av mange faktorer på en gang, på individnivå, relasjonelt, kulturelt, politisk, økonomisk, empirisk, ideologisk, filosofisk og samfunnsmessig nivå. Matkultur er også dypt forankret i oss som noe personlig, vaner, nasjonalt og kulturelt, noe vi alle forholder oss til på ulike nivåer og måter. Kanskje ikke så rart det er noe vi strides om. Likevel undret jeg meg seg på hvorfor de lærde stridest i feltet. Og jeg fant frem til gamle teorier som våre kostråd bygger på, men uten helt klare empiriske bevis. Ny viten baner nye veier og gamle teorier og maktposisjoner trues og forsvares.

Vi vet i dag, noe Keys på 1950 tallet ikke hadde forutsetning for å vite, at det er forskjell på LDL og HDL kolesterol, og ikke minst forskjell på LDL av ulik størrelse. Dette dannet grunnlaget for feiltagelsen sier Eenfeldt (2011:157). Keys hadde rett i at ved å spise mindre fett kan du senke kolesterolet ditt noe, en teori Keys trodde var kuren mot hjerte- og karsykdommer. Det fungerte ikke og i dag vet vi hvorfor. Fettfattig kost senker *det gode kolesterolet*, HDL, som gir økt risiko for hjerte- og karsykdom. Og om fettstoffer i tillegg erstattes med karbohydrater, får man flere av de små LDL, de farlige kolesterolpartiklene. Dette var kunnskap Keys ikke hadde.

Folkehelsopplysning er et viktig ledd i forebyggende helsearbeid. Kostdebatten er mer viktig enn noen gang i forhold til det verdensbildet vi står ovenfor. Hele 57 millioner mennesker dør årlig av måten de lever på, livsstilsrelatert. Det dør i dag flere mennesker av overvekt og fedme enn av sult, 60 % av alle tidlige dødsfall skyldes livsstilsykdommer sier professor Tell i Bergstrøms artikkel i «På Høyden»: *Usunn livsstil tek fleire liv enn svolt* (2012).

Det er et faktum vi ikke kan lukke øynene for.

Litteraturliste

- Akselberg, A.K.B. ((2012). *Hva gjør helsepersonell når de utfører helsearbeid i hjemmesykepleien - og hvordan formes deres handlinger?* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.
- Amilien V., & Krogh E. (2007). *Den kultiverte maten. En bok om norsk mat, kultur og matkultur*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Andersen, H., & Kaspersen, L.B. (2013). *Klassisk og Moderne Samfundsteori* (5 utg.), Finland: Hans Reitzels Forlag, (kap.18:365-385).
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredetes mysterium: at tåle stress og forblive rask*. Aaron Antonovsky; på dansk ved Amnon Lev. København: Hans Reitzels Forlag.
- Atkins R. C. (2004) *Atkins for Life: The Complete Controlled Carb Program for Permanent Weight Loss and Good Health*. St. Martin's Press: ISBN 0-641-67892-4.
- Aukner, C., Henriksen, C., Sundfør, T., von Krogh, L., Ulveland, H., & Westerberg, A. (2013, 03.02). *Ernæringsdebatten er på villspor*. [Nedlastet 06.10.13]: <http://bramat.no/kosthold/helse/553-kostholdsdebatten-er-pa-villspor>
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bergstrøm, I.W. (2012, 28.09). *Usunn livstil tek fleire liv enn svolt. På høyden, uavhengig avis for UIB*. [Nedlastet 29.01.14]: <http://pahoyden.no/2012/09/usunn-livsstil-tek-fleire-liv-enn-svolt>
- Birkenæs, A.B. (2008). *Cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness*. (Doctoral thesis). Universitetet i Oslo. [Nedlastet 17.02.14]: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/30424>
- Blomhoff, R. (2013). *Kreftleger bør ikke fraråde sukker*. Kronikk, *NRK-ytring*. [Nedlastet 15.10.13]: <http://www.nrk.no/ytring/kreftleger-bor-ikke-frarade-sukker-1.11270427>
- Bourdieu, P. (1982). *Vad det vill säga att tala. Det språkliga utbytets ekonomi*. I: Broady Donald & Ulf P. Lundgren (Red), *Skeptron 1*, tema: Rätten att tala, (s.27-59). Symposium.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. In: Richardson J.G. (Red. *The handbook of theory; research for the sociology of education*). New York: Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1995). *Den biografiske illusjon*. In: *Social kritik*, 36/95, (s. 33-38).

- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oversatt av Annick Prieur. Oslo: Prax Forlag A/S.
- Bourdieu, P. (1998). *Om fjernsynet*. Oslo: Gyldendal.
- Bourdieu, P. (1999). Understanding. In: *The weight of the world, Social suffering in the Contemporary Society*, (s.607-626). Storbritannia: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Udkast til en praksisteori- inledt af Tre studier i kabylsk etnologi*. På dansk ved P. Bundgård (2005). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2005). *Viden om viden og refleksivitet*. Forelesninger på Collège de France 2000-2001. København: Hans Reitzels Forlag, (s.15-17).
- Brandt Jørgensen, E. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje* (Doktoravhandling). Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet. Danmark: Forlaget Hexis.
- Broady, D. (1984). Rätten til att tala. In; *Skrepton 1*, (s. 8-26). Stockholm: Symposion Bokförlag,
- Broady, D. (1998). Kapitalbegreppet som utbildningssociologiskt verktyg . In; *Skeptronhäften/Skeptron Occasional Papers Nr. 15*, (s.3-28). Uppsala Universitet, Uppsala: Rapporter från Forskningsgruppen för utbildnings- och kultursociologi, ISSN 0284-0731.
- Brody, J. E. (2004). Dr. Ancel Keys, 100, Promoter of Mediterranean Diet, Dies In *The New York Times*, November 23. [Nedlastet 10.02.14]:
<http://www.nytimes.com/2004/11/23/obituaries/23keys.html>
- Callewaer, t S. (1992). *Kultur, pædagogik og videnskab. Om Pierre Bourdieus habitusbegreb og praktikteori*.i København: Akademisk Forlag.
- Callewaert, S. (1994). *Kultur, pædagogik og videnskab, om Pierre Bourdieus habitusbegreb og praktikteori*. København: Akademisk Forlag.
- Chowdhury R, Warnakula S, Kunutsor S, Crowe F, Ward HA, Johnson L, mfl. (2014, 18.03). *Association of Dietary, Circulating, and Supplement Fatty Acids With Coronary Risk: A Systematic Review and Meta-analysis*. Ann Intern Med. 2014;160(6):398-406-406. Doi:10.7326/M13-1788. [Nedlastet 05.04.14]:
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1846638&resultClick=3>
- Coveney, J. (2000). *Food, Morals and Meanings, The pleasure and Anxiety of Eating*. London: Routledge.

- Cleave, T.L. (1974). *The Saccharine Disease, Conditions caused by the Taking of Refined Carbohydrates, such as Sugar and White Flour*. Bristol: John Wright & Sons Ltd., Stonebridge Press. [Nedlastet 27.01.14]:
http://www.journeytoforever.org/farm_library/Cleave/cleave_toc.html
- Eenfeldt, A. (2011). *Matrevolusjonen. Naturlig sunn med skikkelig mat*. Oslo: Forlaget Lille måne AS.
- Engström, L. (2012). *Kliniken flyttar hem – Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård*. (Doktoravhandling) Uppsala Universitet, ISBN 978-91-554-8257-2. [Nedlastet 11.05.14]:
<http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:480408/FULLTEXT01.pdf>
- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. Bourdieu i det empiriskearbejde med historiske kilder. I: O. Hammerslev, J.H. Hansen & I. Willig (Eds.), *Refleksiv sociologi i praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. På dansk av Silberbrandt. Köpenhamn: H. Hans Reitzels Forlag, (s. 263).
- Freedman, D.H. (2010, 04.10.). Lies, Damned Lies, and Medical Science. *The Atlantic* [Nedlastet 15.10.13]:
<http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2010/11/lies-damned-lies-and-medical-science/308269/>
- Grøn, K., Widerøe S. (1926). *Lærebok i sykepleien* (2. utg). Oslo: H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).
- Grøn, K., Widerøe S. (1932). *Lærebok i sykepleien* (3. utg). Oslo: H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).
- Hall of fame (2009). Thomas L. Cleve, M.R.C.P. 1906-1983. [Nedlastet 01.11.14]:
<http://www.orthomolecular.org/hof/2009/cleave.html>
- Halleraker, J.H. (2013). Kan vi stole på medisinsk forskning? Kronikk og debatt, *Dagens Medisin* 16/2013. [Nedlastet 09.10.13]:
<http://www.dagensmedisin.no/debatt/kan-vi-stole-pa-medisinsk-forskning/>
- Hammerslev, O., Hansen J.A. (2009). Bourdieus refleksive sosiologi i praksis. I: *Refleksiv sociologi i praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haugen, I. H. (1966). *Lærebok for hjelpepersonale i sykepleie*. Oslo: Fabritius & Sønners forlag.
- Helse-Bergen (2007, 24.04.). God ernæringspraksis. Retningslinjer for ernæringsbehandling

i Helse Bergen HF. [Nedlastet 06.01.13]:

http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/napos/Documents/Retningslinjer_god%20ern%C3%A6ring_helsebergen.pdf

Helsedepartementet (2004, 03.06). Fra kostholds arbeidets vugge til global strategi.

[Nedlastet 18.09.14]: http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/hd/Taler-og-artikler-arkivert-individuelt/2004/ernaering_og_folkehelse.html?id=268169

Helsedirektoratet (2009, 08.12.). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. [Nedlastet 02.11.13]:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2010). Norsk ernæringspolitikk i 35 år. *Nordisk Nutrition* 2. s.5.

Johansson, L. [Nedlastet 06.03.13]:

http://nordisknutrition.se/wp-content/uploads/2014/01/1002_s5_Norsk_ernaeringspolitikk_i_35_%C3%A5r-Johansson_L.pdf

Helsedirektoratet (2011, 01.). Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. [Nedlastet 27.02.13]:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer/Publikasjoner/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-2011.pdf>

Helsedirektoratet (2011, 27.11.). Helsedirektoratet – kva gjer vi? [Nedlastet 26.10.14]:

<http://helsedirektoratet.no/Om/organisasjon/roller-og-oppgaver/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2011, 07.12.). Trender i det norske kostholdet. [Nedlastet 26.11.14]:

<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/ertering/tall-og-undersokelser/utviklingen-i-norsk-kosthold/Sider/trender-i-forbruket-2010.aspx>

Helsedirektoratet (2012, 11.06.). Kosthåndboken. [Nedlastet 01.11.13]:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erteringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2013, 29.01.). Utviklingen i norsk kosthold. [Nedlastet 26.02.13]:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingen-i-norsk-kosthold-matforsyningsstatistikk/Sider/default.aspx>

- Helsedirektoratet (2014, 05.03.). Helhet i kostholdet. [Nedlastet 10.11.14]:
<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/helhet-i-kostholdet-og-mindre-stillesitting.aspx>
- Hjort, P.F. m.fl. (1963). Ernæring og hjerte- og kar sykdom. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr.2. 1963. [Nedlastet 03.10.13]:
http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/126028/1/Hjort_1963_Ern41.pdf
- Hovden, J.F. (2010) Nei`ets filosofi. Gaston Bachelards historiske epistemologi og arven til fransk etterkrigssosiologi. *Sosiologisk Årbok*, 2010, s. 90. Novus. [Nedlastet 01.11.14]:
<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5795/nei.pdf?sequence=1>
- Højbjerg, K. (2011). *Formalisering af professionspædagogiske praksisformer i praktikuddannelse*, (s. 43). (Doktoravhandling) Universitet i Aalborg.
- Høst, H. (2012) *Tradisjonelle utfordringer – fornyet interesse. Hvordan er de nordiske landes yrkesutdanninger i stand til å møte arbeidslivets behov?* TemaNord 2012:503, ISBN 978-92-893-2306-2. Nordisk ministerråd. København.[Nedlastet 10.12.14]: https://books.google.no/books?id=TwD67dh-MJkC&pg=PA91&lpg=PA91&dq=n%C3%A5r+begynte+hjelpepleierutdanningen&source=bl&ots=BbKTtO06KP&sig=KDeW1QJXvv2SQimxIREV5PFFzVw&hl=no&sa=X&ei=IOmJVPD0LeW_ywPspoDgBQ&redir_esc=y#v=onepage&q=n%C3%A5r%20begynte%20hjelpepleierutdanningen&f=false
- Järvinen, M. (1998). *Om Bourdieus reflexiva sosiologi*. (Sosiologisk Rapportserie, Nr.5). København: Universitet, Sosiologisk Institutt. ISSN: 0908-8687, ISBN: 87-96-155-4, Det samfundsvidenskapelige Fakultets Repro Center.
- Jervell, A. (1941). *Lærebok for sykepleiersker, bind I*. Oslo: Fabritius & Sønners forlag.
- Keys, A. (1953). Atherosclerosis: A problem in newer public health. [Nedlastet 24.10.14]:
http://originaleating.org/files/Keys,_Atherosclerosis,_A_Problem_in_Newer_Public_Health.pdf
- Kjeldstadli, K., (1997). Å analysere skriftlige kilder. I; Fossåskaret E., Aase T. H., Fuglestad O. L. *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*, (s.207-233). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjensli, B. (2008). Psykisk syke dobbelt utsatt. [Nedlastet 18.02.14]:
<http://www.forskning.no/artikler/2008/september/194309>

- Kjærnes, U. (2007). *Den kultiverte maten*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kristoffersen, J., N. (1996). *Generell sykepleie – bind 3. Pasient og sykepleier – kropp, omgivelser og metoder*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget, (kap.20).
- Lindberg, F. (2013, 25.09.). Fortell pasientene at kreftceller elsker sukker! NRK Ytring [Nedlastet 27.09.13]:
<http://www.nrk.no/ytring/kreftceller-elsker-sukker-1.11259578>
- Litsfeldt, L.-E. & Wikholm, P. (2007). *Ideologin och pengarna bakom kostråden*. Sverige: Optimal Förlag.
- Litsfeldt, L.-E. (2010). *Spis deg sukkerfri*. Oslo: Forlaget Lille Måne AS.
- Lupton, D. (1996). *Food, the Body and the Self*. London: SAGE Publications Ltd.
- Lustig, R.H. (2009). YouTube: *Sugar: The Bitter Truth*. [Nedlastet 25.10.14]:
<http://www.youtube.com/watch?v=dBnniua6-oM>
- Lutz, W., Allan C.B., Veiersted J. (2010). *Bedre uten brød. Bli frisk med lavkarbo-kostholdet som leger vår tids sykdommer* (3. utg.). Originaltittel: Life Without Bread (basert på den tyske boken, Leben Ohne Brot). Oslo: Forlaget Lille Måne AS.
- Martinsen, K., Boge, J. & Kristoffersen K. (2009). Politikk styrer sjukepleiefaget. *Sykepleien* 97(15):54-57. DOI: 10.4220/sykepleiens.2009.0115.
- Malhotra, A. (2013, 22.10.). Saturated fat is not the major issue. *BMJ* 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6340>. Cite this as: *BMJ* 2013; 347:f6340. [Nedlastet 24.01.14]:
<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6340>
- Malhotra, A. (2014). Mettet fett er ikke problemet. La oss torpedere myten om fettets rolle i hjertesykdom. *Helsemagasinet Vitenskap og Fornuft VOF, nr 1*, (s.14-17).
- McGovern, G. (1977). Sitat: «We Senators don't have the luxury that a research scientist does of Waiting until every last shred of evidence is in». [Nedlastet 31.07.14]:
<http://www.abovetopsecret.com/forum/thread654969/pg1>
- McGovern, G., Percy C.M. et al. (1977). *Dietary Goals for the United States*. [Nedlastet 31.07.14]:
http://zerodisease.com/archive/Dietary_Goals_For_The_United_States.pdf
- Mente, A., de Koning L., Shannon, H.S., Anand, S.S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart

- disease. Apr 13;169(7):659-69. doi: 10.1001/archinternmed.2009.38. [Nedlastet 21.08.14]: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19364995>
- Mercola (2014, 23.06.). Butter is Back. Processed Foods Are Identified as Real Culprits in Heart Disease. [Nedlastet: 03.01.15]:
<http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2014/06/23/butter-trans-fat.aspx>
- Moseng (2003). Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850 I; Det Offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. ISBN: 82-15-00350-8, ib. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myking, M. (2013). *Palliasjon på sykehjem. Hva gjør helsepersonell i møte med alvorlig syke og døende pasienter, og hvordan formes deres handlinger?* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.
- Nissen, R. (1877). *Lærebog i Sygepleije for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
- Norsk Biografisk Leksikon, Rikke Nissen. [Nedlastet 04.09.14]:
https://nbl.snl.no/Rikke_Nissen
- Norsk Helseinformatikk (2013.28.12.). Karbohydrater, spist mest komplekse karbohydrater. Kvam M. [Nedlastet 29.12.14]:
<http://nhi.no/livsstil/kosthold/karbohydrater/karbohydrater-21998.html?page=2>
- Notaker, H. (2000). *Ganens makt: Norsk kokkekunst og matkultur gjennom tusen år*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Notaker, H. (1993). Oslofrokosten: *Ganens Makt, Norsk kokekunst og matkultur gjennom tusen år*, (s. 259). Oslo: Aschehoug Forlag. [Nedlastet 17.08.14]:
[Scan0002.pdf](#).
- Opplysningskontoret for frukt og grønt (2014). [Nedlastet: 21.11.14]:
<http://5omdagen.com/hva-er-5-om-dagen/>
- Pals, R.A.S. (2014). *Den situerende viden om kost, diabetes og etniske minoriteter*. (Spesiale på kandidatuddannelsen i Folkesundhetsvidenskap) Det Sundhetsvidenskapelige Fakultet. København Universitetet.
- Pècseli, B. (1995). Interview med Pierre Bourdieu: La misère du monde- og sosiologens kald, In: *Sosial Kritikk*, nr. 37 – juni 1995, Tidsskrift for social analyse & debatt, (s. 5-15).
- Pedersen, A.G. (2011, 02.04.). Hva dør man av i EU- og i Norge? Sammenligning av dødsårsaker i Norge og Europa. *Samfunnsspeilet*, 2. [Nedlastet 02.09.14]:

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-dor-man-av-i-eu-og-i-norge>

- Petersen, K.A. (1993). At konstruere en teori om sygepleje. I Ramhøj P., *Overvejelser og Metoder i Sundhedsforskningen*, (s.35-55). København: Akademisk Forlag.
- Petersen, K.A., & Callewaert, S., et al. (1995). *Praktikteori i Sundhedsvitenskap*. Danmark: Forfatterne og Akademisk forlag A/S, (s. 187-198).
- Petersen, K.A. (1995, 2008). En teori om praksis og en teori om viten. I Bourdieu P., *Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*, (s. 70-71). Fredriksberg: Bogforlaget Frydenlund.
- Petersen, K.A. (1996). Hvorfor Bourdieu? I *Fokus på sygeplejen*, (s. 123-143). København: Munksgaard.
- Petersen, K.A. Glasdam S., Lorentzen V. (2007). *Livshistorieforskning og kvalitative interview*. Danmark: Forlaget PUC, CVU Midt-Vest.
- Petersen, K.A. (2010). Klinisk betyder empirisk. I *Gjallerhorn*, tema: Om bioøkonomi og uddannelse til sundhed, (s. 30-41).
- Petersen, K.A. (2013). Kari Martinsen og dansk sygepleje, filosofi, forskning og videnskab. *Klinisk sygepleje*, 27.årgang, nr.2. Danmark: Munksgaard. [Nedlastet 09.03.14]:
<http://klinisksygepleje.munks.gyldendal-uddannelse.dk/abstracts-tidligere-numre/2013/2013-2/kari-martinsen-og-dansk-sygepleje-filosofi-forskning-og-videnskab/>
- Petersen, K.A., Boge, J., & Brandser, Y.E. (2014). Søknad avslått, rett i søpla? DOI:10.4220/sykepleiens.2014.0093, *Sykepleien nr. 8* (s. 66-69).
- Petersen, K.A., & Callewaert, S. (2014). *Praxeologisk sygeplejeviten; hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Bergen: Forlaget Hexis.
- Poleszynski, D.V., & Mysterud I. (2004). *Sukker. En snikende fare*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, (s. 42-45).
- Poleszynski, D.V. (2014). TIME Magazine frikjenner mettet fett. *Helsemagasinet Vitenskap og Fornuft* Nr.5. 5. årgang.
- Prieur, A., Esmark, K., Sestoft, C., & Rosenlund, L. (2006). *Pierre Bourdieu – en Introduktion*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Princeton University (2011). McGovern, George S. Biography and history. [Nedlastet 31.07.14]: <http://findingaids.princeton.edu/names/98045655>

- Rostrup, E. (2011). Myter og sannhet. [Nedlastet 02.01.15]:
<http://espenrostrup.com/innforing-i-balansert-lavkarbodiett/myter-og-sannhet-om-lavkarbo/>
- Rostrup, E. (2011, 02.03.). Nasjonalt Råd for ernæring frikjenner fett. [Nedlastet 02.01.15]: <http://espenrostrup.com/2011/03/02/nasjonalt-rad-for-ernaering-frikjenner-fett/>
- Rostrup, E. (2011, 13.05.). Definisjon av lavkarbo- ny terminologi. [Nedlastet 05.01.15]: <http://espenrostrup.com/2011/05/13/definisjon-av-lavkarbo-ny-terminologi/>
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesenet I Norge 1603-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scrini G. (2013). *Nutritionism: The Science and Politics of Dietary Advice*. Columbia: University Press.
- Sestoft, C. (2001, 01.05.). Bourdieu, Pierre. [Nedlastet 16.01.14]:
<http://www.leksikon.org/art.php?n=407>
- Sestoft, C. (2005, 01.06.). Habitus. [Nedlastet 11.02.14]:
<http://www.leksikon.org/art.php?n=5044>
- Siri-Tarino, P.W., Sun, Q., Hu, F.B., Krauss, R.M. (2010. 03.). Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease.;91(3):535-46. Doi: 10.3945/ajcn.2009.27725.
- Skeaf, C.M. & Miller, J. (2009). "WHO-rapporten": Dietary Fat and Coronary Heart Disease: Summary of Evidence from Prospective Cohort and Randomised Controlled Trials. DOI: 10.1159/000229002 [Nedlastet 21.08.14]:
<http://www.nmsociety.org/docs/aboutfat/Skeaff-Dietary-Fat-and-Coronary-Heart-Disease.pdf>
- Smith, J.L. (2014). John Yudkin: the man who tried to warn us about sugar. *The Telegraph*. 17.02.14. [Nedlastet 29.12.14]:
<http://www.telegraph.co.uk/health/dietandfitness/10634081/John-Yudkin-the-man-who-tried-to-warn-us-about-sugar.html>
- Sortvik, W. (2011). *Sjukepleiaren som akademisk aktør – kva er sjukepleievitenskap?* (Masteroppgave). Institutt for samfunnsmedisinske fag. Det medisinskodontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Store Norske Leksikon (2014). I *Nasjonalt råd for ernæring*. [Nedlastet 26.10.14]:
https://snl.no/Nasjonalt_r%C3%A5d_for_ern%C3%A6ring

- Store Medisinske Leksikon (2014). I *Hippokrates*. [Nedlastet 11.04.14]:
http://snl.no/Hippokrates_fra_Kos
- Store Medisinske Leksikon (2005-2007). I *Klinikk*. [Nedlastet 11.05.14]:
<http://snl.no/klinikk/legevitenenskap>
- Store Norske Leksikon (2005-2007). I *Statens ernæringsråd*. [Nedlastet 08.01.14]:
http://snl.no/Statens_ern%C3%A6ringsr%C3%A5d
- Sundal H. (2014). *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. (Doktorgrad). Bergen: Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Det medisinsk-odontologiske fakultet. [Nedlastet 09.12.14]:
<https://bora.uib.no/handle/1956/7942>
- Tell, S.G. (2014). Ikke færre infarkt blant yngre. I Nilsen, L., *Dagens Medisin*. [Nedlastet 27.08.14]:
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/ikke-farre-infarkt-blant-yngre/>
- Tjomhild, G.R. (2013). Fortell pasientene at en kakebit ikke mater kreften! [Nedlastet 15.10.13]:
<http://www.nrk.no/ytring/en-kakebit-mater-ikke-kreften-1.11266853>
- Tonstad, S., & Bjørneboe, G.-E. (2014). *Ernæringspolitikk*. I Store Medisinske Leksikon. [Nedlastet 31.03.14]: <http://sml.snl.no/ern%C3%A6ringspolitikk>.
- United States Senate, Committee on Nutrition and Humans needs (1977). *Dietary Goals for the United States* [Nedlastet: 01.08.14]:
http://zerodisease.com/archive/Dietary_Goals_For_The_United_States.pdf
- Universitetet i Bergen (2014). *Praxeologi*. [Nedlastet 19.01.14]:
<http://www.uib.no/fg/praxeologi>
- Waage, H. R. (1901). *Lærebog i Sygepleie*. Kristiania: H. Aschehoug & Co, (s. 86-89).
- Walsh, B. (2014.12.06). Health Nutrition. Ending the War on Fat. [Nedlastet 04.12.14]:
<http://time.com/2863227/ending-the-war-on-fat/>
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Wilken, L. (2011). *Bourdieu for begynnere* (2. utg). Gylling: Narayana Press.
- Yudkin, J. (1972). *Pure, White and Deadly*. London: Penguin Books. [Nedlastet 24.10.14]:
http://www.sheldonsblog.com/wp-content/uploads/2012/10/John_Yudkin_-_Pure_White_and_Deadly_revised_1986_OCR.pdf

Bilde kilder:

Bilde nr.1- forside: Ernæringstrekant – statlige norske kostråd. [Nedlastet 04.12.14]:
http://insulinfri.no/2014/09/07/har-ingen-tittel-enda/#.VIDq4fmG_1Y

Bilde 2 - forside: Ernæringstrekant – lavkarbohydrat kosthold. [Nedlastet 04.12.14]:
http://katrinesmat.blogg.no/1307546384_lavkarbopyramiden.html

Bilde nr.3: Time Cover (1984, 26.03.). Cholesterol. And now the bad news. [Nedlastet 01.11.14]:
http://content.time.com/time/specials/2007/article/0,28804,1704183_1704257_1704499,00.html

Bilde nr.4: Ancel Keys on the cover of Time Magazine in 1961. He claimed that saturated fats in the diet clogged arteries and caused heart disease. Kilde: Time: [Nedlastet 04.12.14:] <http://content.time.com/time/covers/0,16641,19610113,00.html>

Bilde nr.5: Time. Eat Butter. Time Magazine cover story in 23.june 2014. Scientists were wrong about saturated fats. They don't cause heart disease after all. Walhs. Kide: [Nedlastet 31.07.14]: <http://healthimpactnews.com/2014/time-magazine-we-were-wrong-about-saturated-fats/>

Bilde nr.6: Nissen, R. Lovisenberg Diagnale Høgskole webside: Library thing [Nedlastet 04.12.14]: <http://www.librarything.com/author/nissenrikke>

Vedlegg:

Vedlegg nr. 1 (til punkt 2.4.):

Fig.1 – Forskningsspørsmål, empiriske data og teoretisk analyse.

Forskningsspørsmål:	Utvalg av empirisk data:	Teoretisk analyse:
1) <i>Hvorfor har vi de kostråd og den kostrådspraksis vi har i Norge i dag?</i>	Systematisk gjennomgang av politiske dokumenter fra instansene for kostrådsopplysning: <ul style="list-style-type: none">▪ Nasjonalt råd for ernæring▪ Sosial- og helsedepartementet	Materialet analysert ved: <ul style="list-style-type: none">▪ historisering → rekonstruering av tiden kostrådene oppstod i▪ kontekstanalyse for å foreta brudd med analysegjstanden

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regjeringen ▪ historisk litteratur ▪ forskning ved Citation Pearl Growing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kostråd, innsikt i utviklingen for å unngå påvirkning og forutinntatthet (Bourdieu 1996:219)
<p>2) <i>Hvilket empirisk grunnlag bygger de Norske kostråd på? Og hva handler kampen i feltet om?</i></p>	<p>Systematisk gjennomgang av:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ studier ▪ dokumenter ▪ litteratur ved Citation Pearl Growing 	<p>Materialet er analysert ved begrepet felt ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ historisering → hva sier rapportene, i hvilken historisk sammenheng. Kontekstanalyse for å foreta ett brudd med analysegjenvstanden, kostråd, gjennom innsikt i den historiske utviklingen for å unngå påvirkning og forutinntatthet (Bourdieu 1996: 219).
<p>3) <i>Hvorfor er det akkurat denne kosten som står sentralt i de Norske kostråd?</i> Dvs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvilke posisjoner har fått rett til å definere hvilken mat som er sunn og anbefales i kostrådene i Norge? ▪ Hvilken innvirkning har matkultur for kostrådene? 	<p>Undersøkt ved gjennomgang av:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historisk litteratur ▪ Studier <p>→ for å posisjonere feltet og agentene i feltet samt belyse innvirkningen matkultur har på kostrådene</p>	<p>Materialet er analysert ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ historisering → felt begrepet som analytisk verktøy for å konstruere «kostrådsfeltet» og posisjonene på feltet, dvs.; ▪ disposisjoner (sosiologiske, økonomiske, kulturelle kapitaler) ▪ posisjon (på bakgrunn av hvilke disposisjoner) ▪ posisjoneringer (hva mener disse i feltet) <p>Ut fra følgende indikasjoner på posisjon, stilling:</p> <p>1) <i>Hvem uttaler seg?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medisinske forskere ▪ politikere ▪ ernæringsfysiologer ▪ matprodusenter ▪ andre <p>2) <i>Hva disponerer til å innta en viss posisjon?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ økonomisk ▪ sosialt ▪ kulturelt <p>Dvs. hvilken <i>kapital</i> må man inneha</p> <p>3) <i>Hvilke posisjoner er aktivert?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ feltets <i>doxa</i>, enighet <p>4) <i>Habitus begrepet</i> for å beskrive matkultur som en inkorporert del av oss innenfor et habitat</p>
<p>4) <i>Hvilken rolle har sykepleiere hatt i forhold til kostrådspraksis siste århundret? Og hvordan står kostrådspraksisen</i></p>	<p>Systematisk gjennomgang av lærebøker i sykepleiepraksis med fokus på kostrådspraksis.</p>	<p>Materialet analysert ved feltbegrepet, historisering og kontekstuering:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan kostveiledning er beskrevet som praksis i sykepleie ▪ Tidspunkt for endringer ▪ Posisjonere agentene i feltet

<i>beskrevet i lærebøker for sykepleiere?</i>		
6) <i>Hva handler kostråds debatten om i media?</i>	Posisjoner, hva diskuteres i media: <ul style="list-style-type: none"> ▪ aviser ▪ tidsskrifter ▪ debatter ▪ ernæringsråd 	For å innkretse posisjoner, bevisstgjøre fare for symbolsk vold.
7) <i>Hvordan virker kostråd inn på vår tid?</i> Dvs.: Hvor står vi i dag i forhold til de målsettingene man har hatt og har med kostråd? Følger folk kostrådene?	Posisjonering: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Har vi nådd målene, virker kostrådene? → Ser på nye studier, hvor står vi i dag ut fra målsettingene med kostrådene. 	For å innkretse posisjonen.

Vedlegg nr. 2 (til punkt 3.2):

Fig. 2. Sykdomsforståelsens utvikling.

Tid:	Hendelse i samfunnet:	Agentene:	Analytiske refleksjoner:
Ca. 400 år f.Kr. til ca år 1830:	Folketro - sykdom av: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>miasmer</i> i luft, jord, vann ▪ atmosfæriske, telluriske årsaker ▪ <i>kontager</i> ved berøring Franske revolusjon 1798 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ klinikkens fødsel, filosofi → empiri 1831 opprettelse av Cholera-central-Commision: <ul style="list-style-type: none"> ▪ administrerende apparat for epidemibekjempelse i hele landet → bakgrunn: epidemiene 	- befolkning - leger - stat	Kamp på feltet, ulike forståelser av sykdom → etnologisk forståelse og profylaktiske forståelser. Uenig om isolasjon av syke – enighet om hygiene.
1860 - 1920	Gradvis etnologisk forståelse av kolera → landet nærmest fritt for fremtidige epidemier. <u>Neokarantinisme</u> : system av forhåndsregler på bakgrunn av ny forståelse av smitte. 1860 : Sunnhetsloven opprettet <u>Knapphetstiden</u> : infeksjon og dårlig ernæring årsak til død → mål: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skaffe nok mat pga. befolkningsøkning 1864 : Statlige tiltak for folkeopplysning om kunnskap om ernæring 1883 : Oppdagelse av kolerabakterien → avgjørende for	- leger - befolkning - sunnhetskommisjon	Ny kunnskap → ny innsikt i handling. Legene → la premissene for politisk handling, sykdomsforståelse la grunnlaget for statlig, forebyggende helsepolitikk på 1800-tallet.

	de epidemiologiske forutsetningene Bakteriologisk gjennombrudd		
--	---	--	--

Vedlegg nr. 3: (til punkt 3.2.):

Fig 3. Ernæringsfeltet og kostrådspraksisens utvikling internasjonalt og i Norge perioden 1920-2014:

Tid:	Fokus:	Agenter:	Doxa:	Heterdoxa:	Ortodoxa:	Analytiske bemerkn.:
1920 - årene:	Skole-elevs kosthold → 1925: Oslo-frokost utviklet → 1926: til svake elever	- stat - leger - kommune - helsearbeidere - elever	Kunnskap: ernæring/ mangel-sykdm. → forebygge epidemier		Skaffe nok næringsrik mat	Ny kunnskap av erfaring → bekjempe epidemier/ død
1930 - årene:	<u>Fokus:</u> Ernæring → for folkehelsen. 1935: Oslo-frokost for alle → erfaringer fra Knapphets-tiden → forebygge mangel-sykdom. 1936: Statens ernæringsråd forberedt 1939: Trussel om ny krig → veilednings arbeid <u>Mål:</u> sikre matforsyning i landet → kampanjer	- stat - sosial - medisinske - miljøer - Statens kostholds-nemnd - befolkning	Ernæring → folkehelsen, forebygging av sykdom. Opplysning viktig.		Å forebygge, nok næringsrik mat.	<u>Fokus:</u> sikre matforsyning under trussel om ny krig, basert på vitenskapelig kunnskap og erfaring.
1940 - 50 årene:	1945: Legestyrte helsevesen: Helse-direktoratet opprettet. 1946: Statens ernæringsråd <u>Mål:</u> Sikre	- staten - leger - befolkning - Evang fagdirektør/ departement sråd	<u>Fokus:</u> Økende helse-problemer → forskning, forebygge	Flere forskere kritisk til den nye maten, mel og sukker → økning i sykdom	Nok næringsrik mat. Mettet fett utpekt som synderen, USA, Keys → blir rådende	Folk sulten på det de manglet under krigen, fett og sukker. Økt industrialisering → raffinert mat. Mat-produsenter/

	<p>næringsrik matforsyning</p> <p>1948: Helse- direktoratet → Sosial- departementet</p> <p>1954: De første næringsstoff anbefalinger → kunnskap om mangelsykdom.</p> <p>USA → 1958: Keys studie; mettet fett – CVD og kolesterol</p>				oppfatning	politikere → hastet med løsning. Mye å tjente på billig mat- produksjon/ distribusjon, internasjonalt
1960 - årene:	<p><u>Nytt mål:</u></p> <p>Forebygge kroniske sykdom. → hjerte- og karsykdom., livsstilssykdom. → økende problem i industrialiserte land.</p> <p>1963: Norge, Nicolaysen komiteen; forholdet ernæring - CVD, ingen sikre bevis, lener seg på internasjonale konklusjoner</p>	<p>- staten</p> <p>- statens - ernærings- råd</p> <p>- befolkn. i byene</p>	<p>Forebygge sykdom.</p> <p><u>Fokus:</u></p> <p>Økende helse- problemer i befolkn.</p>	<p>Flere forskere → raffinerte karbohydrater årsak til sykdom.</p>	Mettet fett årsak til CVD	<p>Økning i CVD, staten må ta grep. Behov for ny kunnskap om årsak og behandling raskt. Politikerne ikke tid til å vente på bevis, økende folkehelse- problem.</p>
1970 - 80 årene:	<p>1975: Ernærings- meldingen St.meld nr. 32. → *startskudd for norsk moderne ernærings- politikk.</p> <p>1981: Oppfølgings- meldingen, St.meld. nr 11.</p>	<p>Staten → Landbruks departem. Sosial- departem.</p> <p>Sosial- departementet</p>	<p>Forebygge sykdom, CVD økte i befolkningen</p>	<p>Flere forskere → karbohydrater problemet, ikke fett</p>	<p>Flere begrunnels- er for behov for en offisiell ernærings- politikk. Forsyning med norske matvarer. Redusere fettets andel til 35 % av</p>	<p>Meldingen preget av kompromiss mellom ulike interesser, distrikts- politiske, beredskaps- messig, global- politiske, haster med en løsning.</p>

					energi-tilførsel. Fokus på ernæring og helse → opplysning.	Økning i karbohydrat mat → fedme epidemi USA
2011-2014:	<u>Utvidet mål:</u> Forebygge ikke-smittsomme sykdommer. <u>Fokus:</u> reduksjon av salt/sukkerinntak → redusere sykdomsbyrden i verden	- FN - WHO - Staten - Nasjonalt råd for ernæring - befolkn.	Forebygge ikke smittsomme sykdommer, snu utviklingen	Forskningsmiljø mener raffinerte karbohydrater/ unaturlig mat er årsak til sykdom.	Fett (mettet) sett som sykdoms utløser til CDV og høyt kolesterol, men dreining mot at fett har høy energitetthet	Færre dør av CVD. Kreft og CVD fremste dødsårsak i industrialiserte land. Alvorlig fedme-epidemi i verden. Spørsmål om kostråd i vesten er basert på feil grunnlag. Nye vitenskapelige bevis lagt frem, mettet fett ikke årsak til CVD.

Kilder: (Helsedirektoratet 2011, Helsedirektoratet 2013:3, Schiøtz 2003:435, Eenfeldt 2011).

Vedlegg nr. 4 (kap. 4.0):

Fig. 5. Forskning i Norge og internasjonalt som kostråd bygger på:

Tid:	Fokus:	Myndighet:	Doxa:	Heterodoxa:	Ortodoksa:	Analytiske refleksjoner:
1958	CHD → kolesterol	Keys, USA	Forstå, forebygge, behandle CHD	Andre forskere kritisk til fett teorien, ny mat → nye sykd. Karbohydrat sett som årsak til sykdom pga. epidemiologiske observasjoner	Fett, mettet fett → sykdom	Keys, tiltalende, flittig, «riktig» kapital. Matprodusenter → produsere billig og lettlagret mat. Politisk → behov for en rask løsning på økende folkehelseproblem
1963	CHD – kolesterol	Nicolay-sen komitéen v/ kongelig resolusjon	Forstå, forebygge CHD	Flere forskere → karbohydrat forårsaker sykdom	Mettet fett gir sykdom, rådene oppfatning	Oppfordrer til videre forskning, <i>ingen sikre</i> bevis, konkluderer likevel med en anbefaling i tråd med internasjonal forskning, mer politisk betinget

						enn vitenskapelig
1972	CHD fedme mm.	J. Yudkin	Forstå, forebygge CHD, nye sykd.	Keys → fett årsak til problemene	Mettet fett → sykdom, rådene oppfatning	Sukker/ hvitt mel sett som årsak til se nye sykdommene, raffinerte karbohydrater skader kroppen vår.
1974	CHD-kolesterol fedme tannråte mm.	Cleave, Saccharine Disease, surgeon Britisk Marine	Forklarer årsak til de nye sykdommene → den «nye maten», karbohydrater som erstattet fett	Keys mente fett var årsak til problemene	Mettet fett gir sykdom, rådende oppfatning	Ved reiser som surgeon i marinen, oppdaget Cleave ulikheter i ulike samfunn, epidemiologi. Outsider, men intelligent, ikke «korrekt» kapital, arbeidet i forsvaret, fikk ikke gjennomslag for sitt syn
1977	CVD – kolesterol, fedme	McGovern rapporten, senat komite	Forstå, forebygge CVD o.a. nye sykdommer	Andre forskere → karbohydrater gir sykdom, ny mat, mel og sukker	Mettet fett gir sykdom	Tidsmangel, ikke tape ansikt → politisk dokument, strid om datas gyldighet
2014	CVD kreft fedme, diabetes o.a. ikke smittsomme sykd.	WHO forskere	Forstå, forebygge CVD o.a. ikke-smittsomme sykdommer	Teori om karbohydrater fremmes, teorien om fett påstått bevist feil	Teori om fett ennå rådende På vei mot en ny oppfatning?	Hevdes man har tatt feil vedr. årsak til utvikling av CVD, mettet fett frikjennes understøttet av ny forskning Den største feilen i medisins historie? Posisjoner trues

Kilder: Helsedirektoratet 2011, Schiøtz (2003:428), Eenfeldt (2011: 19, 30-32, 39-40, 58), Poleszynski (2014), (Senator McGovern, 1977).

Vedlegg nr. 5 (punkt 4.6):

Fig.8. Oppsummering av lærebøkene i ernæring/ kostrådspraksis i sykepleie

skjematisk:

Kilde:	Agent:	Posisjon:	Disposisjoner:	Posisjonering:
1877: Lære-bog i Syge-pleije for Diakonisser, s. 35-39	Rikke Nissen	- lærer/ forfatter i sykepleiefag - sykepleierpioner	- Undervisning hjemme, Lotz pikeskole i Christiania 1847, språk - 1850-årene: Ppietistisk vekkelsesmiljø → kjent med dannelsen av kvinneforeninger som arbeidet for misjonen - Kjennskap til opprettet diakonisserhus 1851 i Stockholm, å utdanne kvinner til sykepleiere i kirkens	<u>Sunn kost:</u> - Anordnes av legen individuelt til hver pasient → medisinsk vitenskap (kunnskap om ernæring) - I hvilken grad maten er fordøyelig - Allsidig kost, nærende animalsk mat, grønt, brød,

			<p>tjeneste som diakonisser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Så behov for kvalitet på sykepleie - Skrev i religiøse- /folkeopplysningsblader om behovet for utdannelsen av diakonisser → 1868 Norges første sykepleierutdanning v/ Diakonisseanstalten Christiania - Inspirert av diakonissehuset i Neuendettelsau → ledet av diakonissene 	sukker, fete oljer fra planteriket frarådes (s.37)
<p><u>1926:</u> <i>Lærebok i sykepleie</i> s. 24, 58 Revidert utgave <u>1932:</u></p>	<p>Dr.med .Grøn Dr.med .Widerø Arntzen</p>	<p>- Overleger ved Oslo kommunale sykehus Ullevål Forstanderinne</p>	<p>- Medisinsk, vitenskapelig utdanning</p>	<p>Fokus på næringsmidler/ næringsstoffer, fett, vann, salter, smaksstoffer</p> <p>Tillegg ny kunnskap om vitaminer</p>
<p><u>1941:</u> <i>Lærebok for sykepleiersker Bind I,</i> s 106-110, 156-167, 334-404 <i>Bind II,</i> s 14, 59-129</p>	Jervell	<p>- Overlege dr. med. Tønsberg - Lærebokforfatter for sykepleiersker</p>	- Medisins vitenskapelig utdanning	<p>Diett → tilstander /sykdommer basert på datidens vitenskapelige kunnskap om ernæring/ vitaminer med fokus på sikringskost;</p> <ul style="list-style-type: none"> - oppnå sunnhet/ motstandskraft - unngå mangelsykdommer, vekst- og utviklings-hemming = betydningsfullt for <i>personlig hygiene</i>
<p><u>1966:</u> <i>Lærebok for hjelpepersonale i sykepleie,</i> s. 67-69, s. 170- 181</p>	<p>Heldal Haugen Karlsen</p>	<p>- sykepleiekonsulent/ - forfatter - undervisningsveileder ved Oslos Sanitetsforenings Hjelpepleierskole</p>		<p>Legen forordner kost → enkelt pasient ift. sykdommens art:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap om næringsstoffene ytterligere utviklet - Større viten om følgene av mangler - Fokus på kalorier → <i>sikringskost</i> og <i>tilleggskost</i>
<p><u>1997:</u> <i>Generell sykepleie</i> 3, s. 284-316</p>	<p>Nina J. Kristoff - ersen</p>	<p>- sykepleier, lærerutdanning fra Norges Sykepleierhøgskole Oslo, embets-eksamen i</p>		<p>Følger de statlige kostråd → fett/ kolesterol/ kalori teori</p>

		sykepleie- vitenskap, godkjent veileder		
--	--	--	--	--

Kilder: (Norsk biografisk leksikon, [nedlastet 03.09.14; https://nbl.snl.no/Rikke_Nissen]

Vedlegg nr. 6 (punkt 4.7.):

Fig. 9. Scrinis tre faser av utviklingen av «nutritionism»:

Periode:	Agenter:	Fokus:	Målsetting:
Fase 1: Ca. 1850-1950 <i>«The era of quantifying nutritionism»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amerikanske/ europeiske ernæringsforskere - Kjemiker Atwater-USA 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantifiserende næringsstoffer i mat → kroppens behov - «Bomb calorimeter» → meta-næringsstoff, mål for mengde protein, fett og karbohydrater 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifisere beskyttende næringsstoffer for kroppens funksjon → å forebygge ernæringsmessige mangler → kostråd
Fase 2: Ca. 1950-1990 <i>«The era of good-and-bad nutritionism»</i> → ble den dominerendes diskurs innen ernæringsvitenskapen og kostråd	<ul style="list-style-type: none"> - Ernæringsforsker Keys → teori om mettett fett/ kolesterol/ hjerte- og karsykdom - Hollandske forskere 1990 → transfett mer skadelig, senker det gode kolesterolet (Haigh Density Lipoprotein), øker det dårlige (Low Density Lipoprotein) i blodet 	<ul style="list-style-type: none"> - Gode/ dårlige næringsstoffer → fokus å unngå/ redusere dårlige næringsstoffer (fett, sukker og salt) pga. stigning i kroniske sykdm., kreft, hjerte- kar sykdommer, diabetes → koble næringsstoffer mot sykdm. som Keys teori → mettett fett mot kolesterol (hjerte- og kar sykdm.) → opphav til normativ forskjell mellom gode og dårlige næringsstoffer <p><u>1977:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Innføring av kjemisk distinksjon mellom komplekse karbohydrater (fiber i korn/ grønnsaker) og enkle karbohydrater (frukt/ sukker) = gode og dårlige karbohydrater → tidl. sunn mat (kjøtt, egg, melk ble usunn) - Fullkorn, frukt, grønt, fettfattige melkeprodukter, raffinerte vegetabiliske oljer/ umettet margarin ble sunt - Søtstoffer, kjemisk modifiserte fettstoffer og stivelse fikk legitimitet som erstatning for naturlig forekommende fett og sukker 	<ul style="list-style-type: none"> - På bakgrunn av funn i 1990 → American Heart Association (AHA) og US Department of Agriculture (USDA) → omsetting av ernæringsforskning til kostråd → Unngå for mye fett, mettett fett/ kolesterol/ salt/ sukker - Numerisk verdi → fett 30 % av totalt kalori inntak - Erstatte fett med fiberrike karbohydrater <p>MÅL: forebygge sykdom</p>
Fase 3: Nåtid <i>«The era of functional nutritionism»</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Matprodusenter → økonomiske interesser, næringsinnhold i fokus fremfor varens kvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> - Næringsstoffer funksjonell ift. kroppens helbred, kostmønster → optimerer helbred/ kroppsfunksjoner → former «the nutricentric person» → person avhengig av vitenskapelig viten om næringsstoffer → fremmer den vitenskapelige autoritet (ernæringsforskning) 	<ul style="list-style-type: none"> - Forebygge/ helbrede sykdom ved riktig valg av kost

		- Dominerende diskurs ser kroppen i risiko → teknologiske og sosiale innovasjoner redusert til spørsmål om risiko, vitenskap = risikohåndtering (Wynne 2008, i Pals s. 24) → befolkning pådyttet å ta stilling til valg av kost ift. risiko, praktiske og følelsesmessige erfaringer med kost overskygges	
--	--	---	--

Ref. Pals (2014, s. 22-25).

Vedlegg nr. 7.

Den historiske utviklingen oppsummert skjematisk fra 1800-tallet frem til 2014:

Fig.7. Utviklingen av folkehelseopplysning og kostråd i Norge.

Tid:	Erfaring i samfunnet:	Målsetting og handling:	Kampen i feltet ¹² :	Agenter:
1800 - tallet:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folketro → årsak til sykdom ▪ Epidemier → høy dødelighet: <ul style="list-style-type: none"> - lepra - kolera Krav om inngripen fra myndighetene •1860-1920: <ul style="list-style-type: none"> - stor befolkningsvekst - fattigdom - knapphet på mat - utvandring Amerika •1860-tallet: Oppdagelse: kroppens energilover; fett, protein og karbohydrater → energi kilder	•1880-tallet: Bakteriene oppdages → Helsevesenet fokus på renslighet, boforhold etc. → Kunnskap om desinfisering, rent drikkevann, pasteurisering, kjøttkontroll •1831: Landsdekkende epidemibekjempelse «Cholera-central-commission» opprettet forebygge •1860: Reorganisering av norsk helsevesen. Myndighetene → Sunnhetsvesen: fattig sykepleie, sykehusdrift, vitenskap, forskning, klimatiske forhold •1860-1920: Knapphetstid •1864: Ernæringsopplysning, grautstriden	Kamp ml. ulike teorier (posisjoner/ makt) om rett til å ha rett ang. smitte, miasmer vs. kontager Enighet → noe gjøres, hygienetiltak Kamp ml. opplysende, instanser, myndigheter	myndig- hetene leger kyndige embetsmenn befolkningen myndighet leger

		Målsetting: nok næringsrik mat	vs. folket → grøten kjær, matkultur	folket
1920 -30 årene:	Mangelsykdommer • 1920-1940: Vitaminperioden Oppdagelse av mineraler og vitaminer • 1939: Ny krig → sikre matforsyning	Opplysning → forebygge: fokus på riktig sammensatt mat i riktig mengde → skolefrokost/ matpakke blir innført • 1931: C. Schiøtz blir professor i hygiene → ernæringsspørsmålet del av forebyggende arbeid • 1938: C. Schiøtz → leder i første ernæringsråd: de første universelle kostråd • 1939: Målsetting: sikre matforsyning gjennom krigen		myndig- hetene befolkningen barn spesielt kliniske forskere Carl Schiøtz
1940 – 50 årene:	Gjenreise Norge • 1945-1985: Overflodssamfunnet: økonomisk oppgang, økende internasjonal handel, «rikes mat» rimeligere → hverdagskost → utfordring for folkehelsen: mangelfull ernæring, feilernæring/ overernæring pga. for høyt inntak av ny mat (sukker og stivelse, salt og fett)	• 1945: Helsedirektoratet opprettet • 1946: Statens ernæringsråd nyoppnevntes, målsetting → mat forsyning	Kamp ml. ulike ernærings- vitenskapelige teorier om hva som er et helsebringende kosthold og bør anbefales: <i>fett/</i> <i>kaloriteori</i> → <i>fett/</i> kolesterol settes i sammenheng med økning i hjerte- og karsykdom v.s. <i>karbohydrat teori</i> (unngå høyt inntak av karbohydrater → gir sykdommer; hjerte- karsykdom, diabetes, karies, kreft mm.)	Evang (lege) Gerhardsen (regjeringsle- der AP) befolkning <u>Inter-</u> <u>nasjonalt:</u> • Keys teori: kolesterol/ fett • Cleve • Yudkin: teorien: sukker/mel = karbo- hydrater
1960 årene – til vår tid:	Økning i hjerte- kar sykdommer, knyttes til fett, senere animalsk fett (mettet fett)	• 1980-tallet: Forebygge hjerte- kar sykdommer fett i mat erstattes → karbohydrater, økt forbruk av lettprodukter, nedgang i	Kampen ml. teoriene, fett/ kolesterol teorien får ha rett til å ha rett, maktposisjon i det medisinske felt/	myndig- hetene kliniske forskere menn med

		egg, kjøtt, smør → økt tilsvarende i lettprodukter	ernæringsfeltet	hjerte- og kar-sykdom
År 2011 - 2014:	Fortsatt hjerte-karsykdom, økning i diabetes 2, kreft, fedme o.a. livsstils sykdm.: global fedmeepidemi, frykt for miljøgifter, drastisk økning i ikke smittsomme sykd.	Forebygging/opplysning av ikke smittende sykdm., begrense sukker/saltinntak, øke fysisk aktivitet. Pluralistisk matkultur → individualisme kombinert med grunnleggende behov, offentlig helserådgivning kun én stemme av mange	Kampen ml. teoriene (makt og posisjoner) fortsetter. Fett /kolesterol teorien bevist feil	myndighetene ernæringsforskere generell befolkning