



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete

D-uppsats, avancerad nivå
15hp vt 2012

IBS-patienters upplevelse av låg FODMAP-kosten

Emma Isaksson

Institutionen för
kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC,
Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: IBS-patienters upplevelse av låg FODMAP-kosten

Författare: Emma Isaksson

Handledare: Ingela Marklinder, institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet

Inledning: Irritable bowel syndrome (IBS) är en vanlig, funktionell mag-tarmsjukdom. Sjukdomen är ofarlig men kan orsaka stort lidande för patienten. Behandling av IBS syftar till symptomlindring. En form av kostbehandling går ut på att utesluta fermenterbara oligo-, di-, monosackarider och polyoler, s.k. FODMAPs, ur kosten. Denna kost har visat sig framgångsrik och till och med effektivare än konventionell kostbehandling av IBS. Den innebär dock att några vanliga livsmedel utesluts.

Syfte: Att undersöka primärvårdspatienters upplevelser av att äta enligt låg FODMAP-kosten samt hur detta kostupplägg påverkar kostens kvalitet med avseende på näringsämnen.

Metod: Fem primärvårdspatienter fick äta låg FODMAP-kosten i fyra tills sex veckor. Kostinterventionen utvärderades med kvalitativa intervjuer, en kostregistrering samt symptomförbättringsformulär.

Resultat: Informanternas symptom förbättrades dock upplevdes kosten samtidigt som komplex och tidskrävande att följa. Extra dålig var acceptansen för livsmedel som informanterna sedan tidigare betraktade som "nyttiga". Detta förklarades med att deltagarna socialiserats in i denna uppfattning och att resocialisation som vuxen är en svår process. Följsamheten var som sämst när informanterna åt utanför hemmet. De ville inte dra uppmärksamhet till sitt sätt att äta eller ställa till med besvär för den som bjöd på maten. Dessa upplevelser överensstämmer med teorin om upplevt stigma. Vissa av deltagarna komponerade också kosten på ett sådant sätt att energi och näringsinnehållet blev otillräckligt.

Slutsats: Symptomen förbättrades men kosten var komplex att följa. Risken verkar finnas att patienterna upplever stigma samt måste bryta mot värderingar som de socialiserats in i. För vissa individer verkar det även finnas nutritionella risker. En behandlande dietist bör vara medveten detta om denna kostbehandling väljs.

Abstract (eng)
UPPSALA UNIVERSITY
Department of Food, Nutrition and Dietetics
Master Thesis 15 ECTS credit points, 2012

Title: IBS patients experiences of eating the low FODMAP-diet

Author: Emma Isaksson

Supervisor: Ingela Marklinder, Department of food, Nutrition and Dietetics, Uppsala University

Introduction: Irritable bowel syndrome (IBS) is a common, functional gastrointestinal tract disorder. The disease is benign but may cause much suffering for the individual. The treatments available are used to relieve symptoms. One nutrition therapy is to exclude fermentable oligo-, di-, monosaccharide and polyols, so called FODMAPS, from the diet. This diet is proven successful and even significantly better than the standard nutrition advice for IBS. It means however that some common foodstuff must be excluded.

Aim: To investigate primary care patients experience of eating the low FODMAP diet and how it will influence the nutritional quality of the diet.

Methods: Five primary care patients ate the low FODMAP diet for four to six weeks. The intervention was evaluated by qualitative interviews, a food diary and a questionnaire about symptoms.

Results: The participant's symptoms were improving but at the same time the diet was perceived as complex to follow. The participants had more difficult to accept that they had to exclude foodstuff that they previously perceived as "healthy". This can be explained with that they were socialised in to this opinion and that resocialisation as an adult is difficult. The compliance was lowest outside their homes. They didn't want to draw attention to the way they ate or offend the one that offered the food. This experience consists with the theory of stigmatisation. Some of the participants ate a diet with insufficient energy, vitamins and minerals.

Conclusion: Their symptoms improved but at the same time was the diet difficult to follow. The risk was that the participants experienced stigma and that they had to go against pre-existing values that they were socialized in to. For some individuals it also seems to be some nutritional risks. A treating dietician needs to be aware of this if this nutrition therapy is to be used.

Innehållsförteckning

Inledning	2
Syfte.....	3
Bakgrund	3
IBS	3
Nutritionsbehandling.....	4
FODMAP	6
Material och Metod	8
Material	8
Urvalsprocess.....	8
Kostintervention.....	9
Datainsamlingsmetod.....	9
Metod för analys av data	10
Teoretisk ansats	10
Validitet och reliabilitet (trovärdighet och pålitlighet).....	11
Litteratursökning.....	11
Resultat.....	12
Symptomförändring	12
Upplevelser av att äta en låg FODMAP-kost.....	14
Negativa upplevelser	14
Nyttighetsparadox.....	15
Positiva upplevelser.....	15
Informanternas tankar om fortsättningen	16
Sociala reaktioner.....	16
Kostkvalité	17
Upplägget på kostinterventionen	19
Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats	26
Källförteckning	26
Bilagor.....	
Bilaga 1: Frågeformulär om symptom och följsamhet	
Bilaga 2: Informationsbrev.....	
Bilaga 3: Information om FODMAP	
Bilaga 4: Mindmap.....	
Bilaga 5: Kostregistreringsformulär	

Inledning

Funktionella mag-tarmsjukdomar är vanligt förekommande och Irritable bowel syndrome (IBS) är den vanligaste diagnosen inom gastroenterologin (Törnblom, Walter, Karling & Simrén 2009). En svensk studie från 1995 visade på en prevalens på 12,5 procent i Sverige (Agreus, Svardsudd, Nyren. & Tibblin 1995). En nyare undersökning på en brittisk population visar på en prevalens på 10,5 procent (Wilson, Roberts, Roalfe, Bridge, & Sukhdev 2004). Wilson med kollegor (2004) fann också att sjukdomen var vanligare hos kvinnor än hos män. IBS är ofarligt men leder ofta till lidande för patienten och till kostnader både för samhället och för individen genom ökad sjukfrånvaro från arbetet samt att de förbrukar stora vårdresurser (Leong, Barghout, Birnbaum, Thibeault, Ben-Hamadi, Frech, & Ofman, 2003). Man har också sett att individer som diagnostiserats med IBS har minskad livskvalité (Wilson et al. 2004).

Att kost ingår som en del i behandlingen är ingen självklarhet. I Svenska gastroenterologiföreningens riktlinjer uttrycker man det med att "...dietistkonsultation kan övervägas i vissa fall" (Törnblom et al. 2009). Anledningen till detta är att det finns få tungt vägande studier som stöder kostråd som allmän rekommendation (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009). Patienterna själva upplever däremot att kosten är viktig för att kontrollera symptom och kan känna en frustration med att inte få tillräcklig hjälp med detta från vården (Jamieson, Fletcher & Schneider 2006). Samtliga informanter i denna studie hade dessutom på egen hand identifierat olika "Trigger foods" som de utesluter ur kosten (Jamieson, Fletcher & Schneider 2006) och detta verkar vara en vanlig strategi för att kontrollera symptomen (Halpert, Dalton, Palsson, Morris, Hu, Bangdiwala, Hankins, Norton, & Drossman 2007). Det finns dock visst stöd i den vetenskapliga litteraturen för vissa kostråd och dessa anses vara användbara. Det handlar då om portionsstorlekar, vissa fibersorter, fettreduktion och probiotika (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009).

De senaste åren har en ny spännande kostbehandling utarbetats vid Monash University i Australien som går ut på att utesluta kortkedjiga fermenterbara kolhydrater och polyoler, s.k. FODMAPs, ur kosten och därigenom minska symptomen (Gibson & Shepherd 2010). Akronymen FODMAP står för "Fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols". Att äta en kost låg på FODMAPs, hädanefters kallad låg FODMAP-kost, innebär att patienten utesluter livsmedel som innehåller fruktos i överskott i förhållande till glukos, fruktaner, galakto-oligosackarider, sockeralkoholer samt laktos om patienten är laktosintolerant (Gibson & Shepherd 2010). Den australiensiska forskargruppen har visat att det är troligt att dessa ämnen kan ge besvär och att utesluta dem ger symptomlindring hos ca 75 procent av patienterna (Barrett, Geary, Irving, Rose, Rosella, Haines, Shepherd. & Gibson 2010, Ong, Mitchell, Barrett, Shepherd, Irving, Biesiekierski, Smith Gibson & Muir 2010, Shepherd & Gibson 2006, Shepherd, Parker, Muir & Gibson 2008). En brittisk studie bekräftade 2011 resultatet att ca 80 procent blev bättre av kostbehandlingen och att detta var signifikant bättre än för konventionell kostbehandling (Staudacher, Whelan. Irving & Lomer 2011).

Att ändra sin kost innebär ofta svårigheter och att äta enligt låg FODMAP-kosten innebär för patienterna att de måste utesluta en del vanliga livsmedel som t.ex. vete,

råg, lök, svamp och baljväxter. När Shepard och Gibbson (2006) undersökte behandlingsresultatet passade man på att fråga om barriärer till att följa rekommendationerna. Man fick svar som handlade om ovilja att följa rekommendationerna, svårigheter att få tag i alternativ, att det blev dyrare att äta vetefritt samt att vissa ogillade smaken. Man berättade också om att det var svårare att äta enligt kosten om man inte tillredde maten själv. Låg FODMAP-kosten är dessutom utvecklad av australiensiska forskare och det är även dessa som har gjort mycket av livsmedelsanalyserna. Det är på dessa analyser som listorna på vilka livsmedel som inte bör ätas och lämpliga alternativ grundar sig på och således en australiensisk kosthållning (Monash University 2011). Detta gör att det kan finnas vissa svårigheter när dessa ska tillämpas i en svensk matkultur då vissa vanligt förekommande livsmedel inte har analyserats. Detta ska också sättas i samband med den risk som finns med IBS-patienter att de gärna utesluter livsmedel på egen hand och att kosten kan bli nutritionellt otillräcklig. Ett sådant beteende kan också leda till ökad ångest kring mat och att livskvaliteten påverkas (Jamieson, Fletcher & Schneider 2006; Beyer 2008, s. 696).

FODMAP innebär, vilket beskrivits tidigare, att utesluta fermenterbara oligosackarider, disackarider, monosackarider och polyoler, att helt enkelt utesluta en del vanliga livsmedel. En intressant frågeställning med denna kost är därför om IBS-patienterna äntligen får ett vetenskapligt underbyggt verktyg att hantera sina symptom eller om den bara ytterligare lägger livsmedel till listan av saker de inte törs äta? Vad blir deras upplevelse av kosten? En annan intressant frågeställning är hur de väljer att komponera sin kost och om detta får några konsekvenser för innehållet av näringsämnen?

Syfte

Att undersöka primärvårdspatienters upplevelser av att äta enligt låg FODMAP-kosten samt hur detta kostupplägg påverkar kostens kvalitet med avseende på näringsämnen.

Bakgrund

IBS

IBS är en ofarlig, funktionell mag- och tarmsjukdom. Även om sjukdomen är ofarlig kan patienterna ha svåra symptom och låg livskvalitet (Wilson et al. 2004). Diagnoskriterier finns beskrivna i rom III kriterierna (Longstreth, Thompson, Chey, Houghton, Mearin & Spiller 2006). Dessa säger att patienten ska ha återkommande buksmärta eller obehag minst tre dagar per månad de senaste tre månaderna och att detta ska vara associerat med att det lindras vid tarmtömning, förändrad tarmtömningsfrekvens och/eller förändrad avföringskonsistens eller form. Symptomdebuten ska ha varit för minst sex månader sedan. Man ska inte heller kunna hitta en organisk förklaring till problematiken (Longstreth et al. 2006). Dessa anses dock av många vara för strikta för att användas kliniskt och används därför framför allt för att inkludera försökspersoner till studier. Många allmänläkare använder i stället mera tillåtande kriterier där buksmärta/obehag, uppblåsthet, uppkördhet och/eller förändrade avföringsvanor utan organisk förklaring klassas som IBS (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009).

Även om ett av kriterierna för IBS är att det inte ska ha funnits någon organisk orsak betyder inte det att sjukdomen endast är av psykosomatisk natur utan man har gjort fysiologiska fynd. Redan på 70-talet upptäckte Ritchie (1973) att IBS patienter har en ökad känslighet i tarmen i jämförelse med friska i sitt klassiska experiment där han blåste upp en liten ballong i colon. Detta resultat är senare bekräftat av bl.a. Mertz med kollegor (2000) som såg en ökad aktivitet i smärtcentrum i hjärnan hos IBS patienter vid rektal utvidgning. Detta i kombination med att IBS-patienter ofta har en onormalt hög uppmärksamhet till vad som sker i magen och eventuellt även tolkar dessa intryck negativt skulle kunna vara en förklaring i alla fall till smärtupplevelsen (Posseruda, Svedlund, Wallina, & Simréna, 2009). Man har också hittat störningar i reflexen som styr tunntarmstransit vilket delvis bidrar till att förklara den känsla av uppblåsthet många IBS patienter upplever (Salvioli, Serra, Azpiroz, & Malagelada 2006). Hos vissa patienter hittar man en lågradig inflammation och även detta skulle kunna vara en förklaring (Philpott, Gibson & Thien 2011). Det finns även en teori om att bakteriell överväxt av tunntarmen skulle vara en orsak. Det finns studier som tyder på att detta är vanligt förekommande hos de med IBS (Pimente, Chow & Lin 2000). Men det finns också bevis på motsatsen och att bakteriell överväxt inte är vanligare än hos en frisk kontroll (Posserud, Stotzer, Björnsson Abrahamsson & Simrén 2007). Det är dock felaktigt att helt bortse från psykologiska förklaringar till sjukdomen och flera biopsykosociala modeller har utarbetats där man anser att orsaken till IBS är komplex och som ger ett samband mellan fysiologiska, psykologiska och sociala faktorer och hur de samverkar för att utveckla IBS (Spiller 2011; Abrahamsson 2006, s. 620-624). Psykologiska symptom är dessutom vanligare hos IBS-patienter och speciellt de som väljer att söka vård (Ringström, Abrahamsson, Strid & Simrén 2007).

Det finns ingen botande behandling av IBS utan all behandling syftar till att lindra symptomen (Törnblom et al. 2009). Den viktigaste åtgärden anses vara att hjälpa patienten få en acceptans för diagnosen och tillståndets ofarlighet (Törnblom et al. 2009). Att patienten får stöd genom en s.k. "IBS-skola" har visat sig bättre än om samma information förmedlas skriftligt med avseende på mag- och tarmsymptom, ångest och livskvalitet (Ringström, Störstrud, Posserud, Lundqvist, Westman & Simrén 2010). Vid svårare symptom kan läkemedelsbehandling användas. Det handlar då om bulkmedel, spasmolytika, loperamid eller låg dos antidepressiva beroende av dominerande symptom. Även psykologisk behandling förekommer och används framförallt i de svåra fallen samt hos de patienter som samtidigt har psykologiska symptom (Törnblom et al 2009).

Nutritionsbehandling

Som nämnts tidigare finns det få stora välgjorda studier som undersöker hur mat påverkar symptomen vid IBS (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009). Det finns dock kostråd vid IBS med mer eller mindre evidens bakom. De råd som ofta används vid kostbehandling handlar om följande: fiber, stora måltider, mycket fett, koffein, alkohol, laktos, sorbitol och fruktos, prebiotika, probiotika, eliminations diet (Beyer 2008, s. 696). Nedan följer en kort översikt om den vetenskapliga bakgrunden till att ge dessa råd.

Fiber

Fiber kan ha en marginell effekt på allmänna symptom vid IBS och på IBS relaterad förstoppning. Fördelen finns i en normaliserande effekt på avföringen men har ingen

bevisad effekt på smärta. (Bijkerk, Muris, Knottnerus, Hoes & de Wit 2004). Det finns skillnader mellan lösliga och olösliga fiber. Där lösliga verkar vara mera effektiva än olösliga (Brandt, Bjorkman, Fennerty, Locke, Olden, Peterson, Quigley, Schoenfeld, Schuster, & Talley 2002, Bijkerk et al. 2004). Och i vissa fall kan olösliga fibrer som vetekli till och med förvärra problemen (Miller, Lea, Agrawal. & Whorwell 2006).

Stora måltider

Att inte äta för stora måltider utan hellre sprida ut dem över dagen är en rekommendation som finns både i "Krausses food and nutrition therapy" och hos Svenska Gastroenterologföreningen (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009, Beyer 2008 sid 696). Det verkar som om denna rekommendation mera grundar sig på antaganden om att det är bra att inte överanstränga magen samt resonemang om att stora mängder fett vid ett och samma tillfälle kan ge besvär (Caldarella, Milano, Laterza, Sacco, Balatsinou, Lapenna, Pierdomenico, Cuccurullo. & Neri, 2005; Simrén, Agerforz, Björnsson & Abrahamsson 2007).

Mycket fett

Stora mängder fett kan öka känsligheten i tarmen och öka upplevelsen av smärta hos IBS-patienter (Caldarella et al. 2005; Simrén et al. 2007). Fett kan också påverka tarmmotoriken vilket leder till att gas som bildats inte transporteras bort (Salvioli et al. 2006). Detta gör att man drar slutsatsen att vissa patienter kan vara "fettintoleranta" och bör minska på fettintaget även om det inte finns några studier som visar på att en lågfett kost verkligen leder till symptomförbättring (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009).

Koffein och Alkohol

Det finns inga studier som utvärderat koffeinets eller alkoholens effekt på IBS-patienter. Däremot är både koffein och alkohol kända för att vara irriterande på tarmen i allmänhet vilket gör att många drar slutsatsen att man bör råda individer med IBS problematik och samtidigt hög konsumtion av koffein eller alkohol att minska sitt intag (Burden 2001).

Laktos

Laktosintolerans verkar inte vara vanligare hos IBS-patienter än hos befolkningen i stort. Däremot upplever personer med IBS att de får symptom av mjölkprodukter oftare än en frisk kontroll (Farup, Monsbakken & Vandvik 2004). Den grupp patienter som självrapporterar laktosintolerans utan att egentligen ha en laktasbrist brukar kallas att ha en subjektiv laktosintolerans (Burden 2001). Men eftersom symptomen för IBS liknar de vid laktosintolerans bör det uteslutas innan patienten får diagnosen (Abrahamsson 2006, s. 620-624).

Eliminations diet

Som skrivits tidigare identifierar patienterna själva livsmedel de reagerar på och utesluter dem (Jamieson, Fletcher & Schneider 2006). Detta kan också ske under mera kontrollerade former under överseende av t.ex. en dietist. Det verkar dock som att vid blindade försöksprovokationer reagerar IBS-patienterna inte mera på sina "trigger ämnen" än på placebo varför att introducera alltför strikta eliminationsdieter kan ifrågasättas (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009). Det är endast en subgrupp som har verkliga hypersensitivitetsreaktioner i tarmen på grund av mat. Dessa är svåra att identifiera och de mätinstrument som finns används inte kliniskt

(Carroccio, Brusca, Mansueto, Soresi, D'Alcamo, Ambrosiano, Pepe, Iacono, Lospalluti, La Chiusa & Di Fede 2011).

Sorbitol och fruktos

Stora mängder sorbitol kan ge gastrointestinala symptom även hos friska (Jain, Rosenberg & Ulahannan 1985). Många studier har analyserat sorbitol och fruktos tillsammans och i dessa har man hittat att de i större grad provocerar fram symptom hos IBS-patienter än hos en frisk kontroll. Men man ser ingen skillnad på vätenivåer i utandningsprov mellan friska och IBS patienter varför man inte vet om den högre frekvensen symptom som hittades hos IBS-patienterna beror på att det i större utsträckning har en malabsorption eller om det hela kan förklaras med ökad sensitivitet (Nelis, Vermeeran & Jansen 1990; Symons, Jones & Kellow 1992).

Probiotika

MacFaeland och Dublin (2008) kom i en metaanalys fram till att probiotika ger en signifikant bättre förbättring av globala IBS symptom samt smärta i samband med IBS än placebo. Detta resultat bekräftades senare av en annan metaanalys av Moayyedi, Ford, Talley och Cremonini (2010). Båda drar slutsatsen att man i dagsläget har svårt att uttala sig om vilka stammar eller kombinationer av stammar som är mest effektiva samt hur mycket och hur länge behandlingen måste pågå.

Prebiotika

Prebiotika är undersökt i mycket mindre grad än probiotika. I en nyligen publicerad reviewartikel hittade man endast fyra RCT varför ingen metaanalys har gjorts. Sammanfattningsvis pekar dessa studier på att dosen verkar vara viktig där låg dos kan ge symptomlindring medan en hög dos till och med förvärrar (Whelan 2010). Även s.k. FODMAPs räknas som prebiotika och det kommer mer och mer bevis på att en kost låg på dessa kan vara fördelaktig vid IBS.

FODMAP

Så kallade FODMAPs är en grupp kortkedjiga kolhydrater och sockeralkoholer som anses kunna ge gastrointestinala symptom (Gibbson & Shepherd 2010). Att använda en kost låg på dessa som en del av behandlingen av funktionella mag-tarm besvär har utarbetats och beskrivits vid Monash University av Gibbson och Shepherd (2010). Att äta en kost låg på FODMAPs innebär att patienten utesluter livsmedel som innehåller fruktos i överskott i förhållande till glukos. Det innebär även att utesluta fruktaner, galaktooligosackarider, sockeralkoholer samt laktos om patienten är laktosintolerant (Gibbson & Shepherd 2010). I livsmedelsväg leder det till att vissa frukter och grönsaker som äpple, vattenmelon, svamp och lök utesluts. Patienterna ska inte heller äta vete eller råg i stora mängder och inte baljväxter samt livsmedel sötade med sockeralkoholer eller fruktos (Muir, Shepherd, Rosella, Rose, Barrett & Gibson 2007; Muir, Rose, Rosella, Liels, Barrett, Shepherd & Gibson 2009; Biesiekierski, Rosella, Rose, Liels, Barrett, Shepherd, Gibson & Muir 2011). För mer information se tabell 1.

Tabell 1, Vanliga livsmedel som innehåller FODMAPs (listan är inte komplett) (Muir et al. 2007; Muiet et al. 2009; Biesiekierski et al. 2011).

Överskott av fruktos	Laktos (Laktos utesluts vid laktosintolerans)	Oligosackarider Fruktaner och/eller galaktanar	Polyoler
<p>Frukt: äpple, körsbär, päron, vattenmelon,</p> <p>Grönsaker: Sparris, kronärtskocka, ”sugar snap peas”</p> <p>Sötningsmedel: Fruktos, Honung</p>	<p>Mjök: ko, get och fårmjök, glass, crème fraiche, grädde</p> <p>Yoghurt och fil</p> <p>Ost: mjuk och färskost t.ex. keso, ricotta</p>	<p>Grönsaker: brysselkål, broccoli, kål, lök, purjolök, vitlök,</p> <p>Frukt: vattenmelon, persikor, rambutan, Sharonfrukt</p> <p>Cerealier: Vete och råg i stora mängder t.ex. bröd, pasta, kakor, couscous, vissa müslisorter m.m.</p> <p>Baljväxter: Kikärter, linser, kidneybönor</p> <p>Nötter och frön: pistagenötter</p> <p>Tillsatser: Inulin</p>	<p>Frukt: äpple, aprikoser, nektariner, päron, persikor, plommon</p> <p>Grönsaker: svamp, blomkål</p> <p>Sötningsmedel: sorbitol, mannitol, xylitol, maltitol, isomalt</p>

Teorin bakom hur dessa skulle kunna ge besvär är enligt Gibbson och Shepherd (2010):

1) Att de absorberas i liten grad i tunntarmen. Varför absorptionen inte sker alls eller till liten del är olika för de olika FODMAP ämnena. Det är antingen att transportmekanismen har för låg kapacitet, att vi saknar enzym för hydrolys eller att aktiviteten av det aktuella enzymet är nedsatt eller att molekylerna är för stora för diffusion.

2) Snabb fermentering av bakterier i tjocktarmen vilket leder till ökad gasproduktion.

3) Att det handlar om små molekyler varför de är osmotisktaktiva och drar åt sig vätska.

Detta skulle då tillsammans leda till luminal utvidgning vilket i sin tur orsakar, förutom ökad flatulens, smärta, känsla av uppblåsthet och motilitetsförändringar i tarmen (Gibbson & Shepherd 2010). Det finns visst stöd för att detta skulle vara förklaringen. Det är visat att FODMAPs är osmotiskt aktiva och därför ökar vätskemängd och mängd fermenterbart material i proximala kolon (Barrett et al. 2010). Ong med kollegor (2010) har också visat att FODMAP-intag via kosten ger ökad vätgasproduktion både hos friska och hos individer diagnostiserade med IBS. Däremot fick de med IBS en större ökning av gasproduktionen samt att det i större utsträckning fick gastrointestinala symptom.

Även om mekanismen inte är helt klarlagd finns det bevis för att en kost låg på FODMAPs verkligen ger en symptomförbättring hos patienter med IBS. När

Shepherd och Gibson (2006) utvärderade behandlingsresultatet bland patienter i Australien fann man att 74 procent upplevde att de blivit bättre. Denna studie är gjord vid samma centra som det mesta av den andra forskningen angående FODMAPS och därför är det positivt att en forskargrupp i Storbritannien nyligen bekräftade detta resultat. I denna studie jämförde man dessutom med standardkostråd vid IBS. Dessa var också delvis framgångsrika och ca 50 procent fick en symptomförbättring. Dock var resultatet för låg FODMAP-kosten signifikant bättre då 80 procent upplevde att symptomen förbättrades (Staudacher et al. 2011). Att det troligen är FODMAP-ämnerna som orsakar förbättringen och inte någonting annat ämne/ämnen i de uteslutna livsmedlen visade Shepherd med kollegor (2008) i ett randomiserat och kontrollerat återintroduktionsförsök. IBS-patienter som tidigare blivit bättre av en låg FODMAP-kost återfick sina symptom när de drack en fruktos- och fruktanlösning men inte av en som innehöll glukos. (Shepherd et al. 2008).

Material och Metod

Material

I studien deltog fem individer med IBS-problematik. Vilka symptom som var dominanta varierade vilket kan ses i tabell 2. Tabellen innehåller också information om deltagarnas ålder, följsamhet och familjesituation.

Tabell 2, Deltagarna, deras namn, ålder, symptom, följsamhet och familjeförhållande

Namn^{1*}	Ålder	Symptom²	Följsamhet till Kostintervention²	Familj
Karin	57	Smärta, Gasproblem, Förstoppning	Följt låg FODMAP kosten; alltid	Sambo utan hemmaboende barn
Åsa	28	Smärta, Diarré	Följt låg FODMAP kosten; oftast	Sambo utan barn
Elisabeth	41	Smärta, Gasproblem	Följt låg FODMAP kosten; oftast	Sambo med barn
Johan	50	Diarré, Gasproblem	Avbröt efter 2 veckor	?
Martin	?	"Dålig i magen"	Avbröt efter 1 vecka	Sambo med barn

¹ Namnen är fiktiva

² Från Frågeformulär (Bilaga 1) om fullföljt kostinterventionen annars hämtat från intervjun

Urvalsprocess

Forskningspersonerna rekryterades via en läkarmottagning och en företagshälsovård i Uppsala. Kontakt togs med ansvarig läkare och verksamhetschef på båda mottagningarna för tillstånd att genomföra projektet. Författaren till denna rapport arbetar som dietist på båda mottagningarna. På läkarmottagning skedde urvalet så att alla patienter som fått diagnosen "Colon irritable" under det senaste året fick ett brev hemskickat med information om projektet och en uppmaning att höra av sig om det var intresserade att delta (Bilaga 2). Av de 18 personer som kontaktades brevlades var två intresserade av att delta. På företagshälsovården tog företagsläkaren kontakt med lämpliga patienter. Här var det sju stycken som var intresserade. Dessa fick ett liknande informationsbrev som det i bilaga 2. Av de som deltog i kostinterventionen var det till slut fem stycken som ville delta i intervjuerna.

Även deltagare som inte fullföljt kostinterventionen intervjuades eftersom de ansågs ha värdefull information.

Kostintervention

Patienterna skulle äta enligt låg FODMAP-konceptet i 4-6 veckor. De fick både skriftlig och muntlig information. Den skriftliga informationen presenteras som bilaga 3. Informationsmaterialet, och även vissa av temana som togs upp muntligt, skapades efter australiensisk förlaga (Monash University 2011). Kostinterventionen var tänkt att förmedlas med gruppträffar. Eftersom alla informanterna inte hade möjlighet att komma på de planerade träffarna fick vissa informationen individuellt. Första informationstillfället tog upp vilka livsmedel som skulle undvikas, lämpliga alternativ samt en enklare förklaring av den bakomliggande teorin. Den andra gruppträffen var repetition, om kryddning samt tog upp information att äta ute och om julmat. En tredje träff planerades också in till efter intervjuerna och behandlade fortsättning och återintroduktion av livsmedel.

Datainsamlingsmetod

Som huvudsaklig metod användes kvalitativa intervjuer. En kvalitativ metod syftar till att lära sig mera om deltagarnas upplevelser, tankar, förväntningar och attityder (Malterud 1996, s. 33). Tanken var alltså inte att undersöka om kostbehandlingen fungerar utan deltagarnas upplevelser av den. Det genomfördes dessutom en viss datatriangulering (Malterud 1996, s. 166) och delar av denna hade kvantitativa inslag då deltagarna innan intervjun fick genomföra en tre dagars kostregistrering samt fylla i ett formulär som behandlade symptomförbättring och följsamhet. En triangulering syftar till att studera samma fenomen men från olika perspektiv (Malterud 1996, s. 166).

Samtliga intervjuer, förutom en, ägde rum på den mottagning som informanterna tillhörde. En av intervjuerna skedde via telefon för att det inte gick att hitta en tid som passade. Intervjuerna utgick från en på förhand utarbetad mindmap (Bilaga 4). Intervjupersonerna fick själva välja vad de ville prata om men intervjuaren ställde följdfrågor för att de skulle utveckla intressanta aspekter. Mindmapen var konstruerad utifrån studiens syfte samt frågor och information som kommit upp under kostinterventionsträffarna. Intervjuerna spelades in efter samtycke från informanterna för att senare kunna transkriberas. Två av informanterna hörde av sig via e-post dagen efter intervjun för att göra tillägg till intervjun. Även denna information togs med i analysen. I slutet av intervjun var tid avsatt för att diskutera resultatet från kostregistreringen.

Kostregistreringen var uppskattad och utfördes av deltagarna med hjälp av hushållsmått och/eller våg. De instruerades att välja tre dagar och att en av dessa skulle vara en helgdag och att skriva upp allt som de ätit eller druckit samt tid för måltiden. (Gibbson, 2005, s. 44-45). Kostregistreringsformuläret finns i bilaga 5. Syftet med kostregistreringen var att få en inblick i hur informanterna valde att äta när de skulle minska på FODMAP-innehållande livsmedel. Kostdagböckerna beräknades i dietist XP (version 3.1 från 2010-06-18). Medelvärdet för näringsintaget för varje individ jämfördes med det genomsnittliga behovet (AR) och i det fall där sådant saknades användes det rekommenderade intaget (RI) enligt de svenska näringsrekommendationerna (SNR) (Livsmedelsverket (SLV) 2011). AR valdes som

referensvärde eftersom det är rekommenderat att använda detta vid kostundersökningar. Ett intag under AR ökar risken att drabbas av näringsbrister men det är inte säkert att en individ med ett lågt intag har en klinisk brist. RI används framför allt vid planering av kost på gruppnivå (SLV 2011).

Frågeformuläret om symptomförbättring var en översatt variant som Staudacher med kollegor (2011) använde när de undersökte två olika kostbehandlingar vid IBS i England. Skalan som användes var den validerade IBS global improvement scale (Gordon, Ameen, Bagby, Shahan, Jhingran & Carte 2003) (Bilaga 1).

Metod för analys av data

Analysens mål vid kvalitativa studier är att ge kunskap om egenskaper, kvalitéer och karaktärsdrag hos de fenomen som studeras. Målet är ny kunskap och inte att reproducera den som redan finns (Malterud 1996, s. 78). Analysproceduren är hämtad från Malteruds metodbok (1996) som riktar sig till kvalitativ forskning inom medicin och vårdvetenskap. Den analysprocess som beskrivs är en modifierad variant av Giorgis fenomenologiska analys. Fenemologin försöker förstå hur en aktör upplever och konstruerar sin sociala värld (Aakvaag 2011, s 82) Analysen sker i fyra steg vilka är 1) att få ett helhetsintryck, 2) att identifiera de meningsbildande enheterna, 3) att abstrahera innehållet i de meningsbildande enheterna, 4) sammanfatta betydelsen av detta. Detta skedde genom att allt det transkriberade materialet lästes igenom och teman identifierades. Dessa var: *tidigare kostbehandling, glutenfritt, frukt och grönsaker, upplevda förbättringar, följsamhet, negativa upplevelser*. Sedan gick materialet igenom ytterligare gånger och meningsbärande enheter identifierades och kodades. Kodningsgrupperna byggde på teman men några nya identifierades andra slogs ihop medan några fick nya namn: *Tidigare kostförändringar, positiva upplevelser, negativa upplevelser, sociala reaktioner, livsmedel, fortsättning, information*. Materialet organiserades i en matris (Malterud 1996, s. 94). Innehållet i kodgrupperna kondenseras sedan. Detta skedde efter att det flesta kodgrupper delades in i subgrupper. De meningsbärande enheterna i varje subgrupp kondenserades och det skapades en subtraherad beskrivning av innehållet. I det sista steget skrevs sedan en sammanfattning av varje subgrupp och citat valdes som illustrerar innehållet. Rubriker sattes även på alla subgrupper.

Teoretisk ansats

För att ge en djupare förståelse av resultatet tolkades det utifrån två teoretiska ramverk. Dessa var socialisation/resocialisation och en upplevelse av stigma p.g.a. avvikande matvanor. Socialisation är den process med vilken en individ lär in den kultur som finns i det samhälle i som denna fötts in i. Den är som aktivast under barndomen men sker under hela livet. (Angelöw och Jonsson 2000, s. 82-83). Oftast delas socialisation in i primär och sekundär där den primära oftast sker i familjen och är när individen lär in grundläggande sociala färdigheter. Medan den sekundära är inlärandet av specifika färdigheter och normer inom ett avgränsat område som gör att individen passar in i samhället i stort (Angelöw och Jonsson 2000, s. 82-83; Repstad 2004, s. 58). Individen är ofta inte medveten om de normer och beteenden som han eller hon socialiserats in i utan det är ofta helt internaliserade (Repstad 2004, s. 54). Fieldhouse (1998, s. 3-6, 13) diskuterar socialisation i förhållande till matkultur.

Matkulturen är, förutom individens matvanor, de värderingar och meningar som maten besitter. (Fieldhouse 1998, s. 5-6). Det är t.ex. att kulturen har ett inbyggt värderingssystem om vad som är "bra" respektive "dålig" mat där till exempel snabbmat i ett västerländskt samhälle ofta klassas som dålig (Fieldhouse 1998, s. 3). Via socialisationen lär vi oss också att maten kan användas i olika sociala situationer för att stärka vänskap, visa status, tillhörighet, kommunicera m.m. (Fieldhouse 1998, s. 5-6). Att lära om sina vanor i vuxen ålder kallas resocialisation. Detta är ofta en svår process eftersom det finns en inneboende motstånd mot förändring i en kultur. Det går dock om fördelarna är tillräckligt stora (Fieldhouse 1998, s. 5). Fem egenskaper bestämmer om en förändring kommer att ske och hur snabbt. Det är enligt följande: 1) Hur stora fördelarna är med en förändring, 2) hur kompatibel den är med existerande värderingar och behov, 3) hur komplex den är att genomföra, 4) hur stora möjligheterna är att pröva förändringen, 5) samt om det är möjligt att observera hur andra reagerar (Fieldhouse 1998, s. 13).

Den andra teorin har med upplevelsen av stigma att göra. Ett stigma är något, som om det uppmärksammas av andra människor, gör att individen drar på sig socialt ogillande och på ett tydligt sätt skiljer ut sig från andra människor som inte har det (Goffman 1972, s. 14). Goffman (1972) utvecklade begreppet så det även innefattar attribut som inte är direkt uppenbara för omgivningen. Det kan t.ex. vara individuella trosföreställningar, beteenden eller medicinska tillstånd. Det kan både vara verkliga sociala sanktioner samt rädslan för att sådana ska inträffa som gör att individen försöker dölja sitt stigma för att verka normal. Detta kallas "att passera" och kommer från engelskan to pass as normal. Detta beteende skapar ofta obehagskänslor hos den som utför det (Goffman 1972, s. 80-83). Olsson, Lyon, Hörnell, Ivarsson och Sydner (2009) applicerade denna teori på tonåringar med celiaki som åt en glutenfri kost. Det visade sig att stigmaupplevelsen kan förklara den ofullständiga följsamheten till kosten som skedde när deltagarna åt utanför hemmet. De upplevde en känsla av skuld när de åt sin glutenfria kost inför andra och därigenom förolämpade de normer som finns angående att bli bjuden på mat.

Validitet och reliabilitet (trovärdighet och pålitlighet)

I den samhällsvetenskapliga forskningen används traditionellt begrepp som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Vissa kvalitativa forskare har ställt sig skeptiska till dessa begrepp och använder istället ord som tillförlitlighet, pålitlighet, trovärdighet och konfirmerbarhet (Kvale 1997, s. 209). Både Kvale (1997) och Malterud (1998) använder sig av det mera traditionella begreppen när de vidare resonerar om hur forskaren ska förhålla sig till sin metod och sanningshalten i resultatet. Reliabiliteten (pålitligheten) i kvalitativa intervjuer har att göra med forskningsresultatens konsistens. Det har med forskarens kunskap och förmåga att samla in och analysera data och kvaliteten på denna (Kvale 1997, s. 213; Malterud 1998 s. 27-29). Med validiteten menas om det som undersöks är det som avses att undersökas (Kvale 1997, s. 215). Malterud (1998 s. 99-100) anser att en viktig del av valideringen är att efter analysprocessen är klar gå tillbaka till rådata/utskriften för att se att det finns en överensstämmelse mellan dessa och resultatet/tolkningen.

Litteratursökning

Inledningsvis genomfördes en litteratursökning för att hitta relevant vetenskaplig litteratur. Denna gjordes för att få ökad kunskap om IBS och kostbehandling ur både

ett kvalitativt och kvantitativt perspektiv. Syftet med litteratursökningen var också att inhämta kunskap om kvalitativa metoder med fokus på kvalitativa intervjuer samt information om formalia vid uppsatsskrivning.

Vetenskapliga artiklar söktes i databaserna PubMed, Web of Science och sociological abstract. Böcker söktes via Uppsala universitetsbibliotek. Rapporter hämtades från Livsmedelsverket och Svensk Gastroenterologisk Förenings hemsidor.

Resultat

Symptomförändring

Samtliga deltagare som fullföljde kostinterventionen upplevde någon form av symptomförbättring. Men hur uttalad den var varierade mellan informanterna (Tabell 3). Även Johan hann uppleva en symptomförbättring innan han avbröt kostinterventionen medan Martin inte upplevde någon skillnad innan han hoppade av. Karin var den som upplevde störst skillnad från tidigare. Hon ansåg att alla hennes tidigare IBS-symptom hade blivit avsevärt bättre. Hon upplevde också att förändringen kom relativt fort, inom två veckor, vilket hon ansåg ökade motivationen att fortsätta.

”Jag har mått mycket bättre och det jag framför allt har tyckt varit skönt är att min uppsvälldhet har minskat så jag har liksom kunnat dra ett hack i bältet och så såna saker. Och folk har tyckt att jag ser smalare ut.”

Karin

Både Åsa och Elisabeth ansåg att deras symptom blivit måttligt eller något bättre. De hade båda två inte lyckats följa kosten hela tiden. Något som Åsa däremot uppgivit att hon gjort. Även Johan upplevde en förbättring under de två veckor han deltog i kostinterventionen innan han avbröt p.g.a. att han drabbades av influensa. Johan blev bättre i både sin gasighet samt att han fick en mindre lös avföring. Att han blev mindre uppkörd upplevde han som något bra men han var inte lika övertygad om att han tyckte de förändrade avföringsmönstret var till det bättre eftersom han, efter flera år med IBS, hade vant sig vid att avföringen skulle vara lös.

Tabell 3, Symtomförbättring

Namn	Magont	Uppsvällighet/ Uppkördhet	Flatulens	Diarré	Förstoppning
Karin	Avsevärt bättre	Avsevärt bättre	Avsevärt bättre		Avsevärt bättre
Åsa	Måttligt Bättre	Måttligt bättre		Måttligt bättre	
Elisabeth	Måttligt bättre	Något bättre	Något bättre		Ingen förändring
Johan ¹		Måttligt bättre	Måttligt bättre	Något bättre	
Martin ²	Ingen förändring på något av symptomen				

¹ Johan avbröt kostinterventionen efter ca två veckor

² Martin avbröt Kostinterventionen efter ca en vecka

En upplevelse som flera av informanterna delade var att det ofta är svårt att veta om en kostförändring verkligen är förklaringen till att symptomen förbättrades. Detta beror delvis på att informanterna identifierat andra faktorer som påverkar IBS-problemen än vilka livsmedel de åt. Detta kunde vara t.ex. stress, motion och att äta regelbundet. I perioder med olika kostförändringar blev det också mer naturligt att vara noggrannare med det andra samtidigt.

”Jag blir bättre i kombination med andra saker. I kombination med regelbundenhet i intaget av det och motion. De tre ihop då blir jag definitivt bättre. Sen är det svårt att säga hur många procent varje sak är. Jag har inte kommit så långt än. Är det regelbundenheten som gör att tarmarna faktiskt får vila eller är det kosten eller motionen.”

Elisabeth

Det fanns också erfarenheter sedan tidigare av när de ansträngt sig för att äta på ett visst sätt för att hantera symptomen och att denna kostförändring gett en liten eller ingen effekt. Men när de senare struntade i allt och åt vad de beskriver som ”onyttigt” så blir det en symptomlindring.

”IBSen kan vara så himla okonsekvent. Så ibland så tål man ingenting. Ja jag menar min doktor gav mig den här dieten med inget fett och så och så kan jag äta den i två veckor och rasa i vikt och så magen blir inte bättre. Sen blir man jättehungrig och råkar trycka i sig en pizza och då blir magen mycket bättre och det är så himla konstigt man förstår ju inte hur man själv fungerar och det är det som är mest frustrerande.”

Åsa

Med dessa upplevelser i bagaget tyckte informanterna att resultatet blev något svårtolkat.

Upplevelser av att äta en låg FODMAP-kost

Negativa upplevelser

Att utesluta vete och råg uppfattades som både komplext och enkelt. Det som gjorde det enkelt var att de kunde utnyttja de glutenfria produkter som utvecklats för patienter med celiaki samt att det var tydligt för andra vad man skulle utesluta. Det som försvårade var de begränsade valmöjligheterna när informanterna t.ex. skulle äta ute eller köpa färdigmat. En annan faktor som var negativ med de glutenfria produkterna var smaken. En av informanterna tyckte smaken var så pass dålig att hon valde bort dessa produkter. Detta gjorde dock att hon var tvungen att göra stora förändringar med vad hon åt till frukost och mellanmål.

” Och sen tycker jag det är besvärligt att inte äta bröd. Det är så bekvämt på morgonen för det tar så kort tid och jag är inte en sån här jättefrukost människa men samtidigt har jag mått dåligt om jag inte äter frukost.”

Åsa

Det livsmedel som informanterna tyckte ställde till mest problem var ändå lök. Lök finns i mycket halvfabrikat, kryddblandningar, restaurangmat och färdigmat. Detta gjorde lök till det livsmedel som informanterna oftast fick i sig av misstag. En av informanterna tyckte att det var så svårt att utesluta lök att han undrade om det var möjligt att inte göra det utan endast följa resterande delar av låg FODMAP-kosten. Andra informanter var av åsikten att även om det var besvärligt var olika sorters lök något de hade lätt att acceptera att de skulle utesluta eftersom det redan betraktades som gasbildande.

Den situation som var svårast att kontrollera, både för vetefritt, lök och andra FODMAP-innehållande livsmedel, var att äta utanför hemmet. Till denna kategori räknas flera situationer som informanterna tar upp. Det var restaurangbesök, att ta en fika på stan med vänner, att köpa färdigmat, bli bortbjuden, att någon bjuder på något på arbetsplatsen eller att vara bortrest till ett annat land. I dessa situationer var det ofta svårt för informanterna att ha full koll på vad maten de skulle äta innehöll. Informanterna använde två strategier för att hantera detta. Antingen gällde det att vara frågvis och noggrant ta reda på vad maten innehöll eller att chansa och äta det ändå.

”Ibland har jag det och det blir ju den svåra situationen när man köper mat att ha koll. Det går ju inte. Det är ju där det spricker det är därför det inte blir fullt [följsamheten; pekar på frågeformuläret]. Hemma är det ganska lätt.”

Elisabeth

Elisabeth ansåg att så länge hon åt hemma var det enkelt och hon berättar i andra delar av sin intervju om hur hon skulle ha kunnat ha följt kosten till hundra procent om hon bara haft mer tid och lagat all mat hemma. Det finns andra röster i materialet som pekar på svårigheter även med att äta/laga mat i hemmet. Det som framför allt tas upp är hur användandet av halvfabrikat försvårar. Att det krävdes att man la mycket tid på matlagning och lagade det mesta från grunden för att klara av att följa kosten och att detta blev svårt i den vardag som informanterna levde i där stress och tidsbrist var vanligt förekommande.

”Det är helt ok så länge man har tiden att göra allting från grunden. Man äter inte köttbullar och makaroner utan man kan göra egna köttbullar och äta med potatis till då är det ju en annan sak. Då är det mycket lättare och det är väl det att jag tyvärr inte haft den tiden just nu. Mitt jobb är väldigt mycket att våren är väldigt intensiv och det börjar direkt efter nyår. Så då kör det igång och då blir det så att det går ofta lång tid mellan målen och då blir det så att man till slut blir så hungrig och så blir det så här att ”då skiter jag i det” och så har man ingen matlåda till dan efter heller.”

Åsa

Nyttighetsparadox

Det var vissa delar av kostförändringen som informanterna hade svårare att acceptera än andra. Speciellt gällde detta livsmedel som av informanterna betraktades som ”nyttiga”. De ifrågasatte dessa livsmedel oftare och tyckte helt enkelt att de var besvärliga att utesluta. Det verkar som om vissa budskap om vad som är nyttigt sitter så djupt rotade att informanterna inte reflekterade över varför livsmedlet var att betrakta som nyttigt. Men också att de ville ha en tydlig klassificering av vad som var bra och vad som var dåligt för att förenkla och att de hade svårt att ta till sig en mera komplex bild. Till exempel budskapet om att något kan vara nyttigt för att minska risken för välevnadssjukdomar samtidigt skulle kunna bidra till deras magproblem och då ur det perspektivet är att betrakta som onyttigt.

” Och sen gillar jag inte dom här glutenfria produkterna. Jag tycket att jag blir bättre av att ta en rågbit, kraftiga fiber, än att ta det här vita glutenfria knäckebrödet. Känslan, ja det känns bättre. Men det kan ju vara mentalt.”

Elisabeth

Som citatet ovan visar var att byta grovt, fiberrikt rågbröd mot glutenfritt som oftast är ljusare ett exempel när budskapen krockar. Att fiber och fullkorn är något man bör öka är ett av Livsmedelsverkets budskap (SLV 2012). Ett annat av Livsmedelsverkets budskap är att äta frukt och grönt och i denna grupp hittas andra exempel på livsmedel som informanterna tog upp. Det rör sig till exempel om avokado, broccoli och mango med variation av personliga preferenser.

” Svårt för det var många av mina favoritsaker som försvann. Som ändå är nyttiga som avokado och såna där saker. Lite bökigt är det att ha koll.”

Elisabeth

Positiva upplevelser

Generellt använde informanterna mindre tid och beskrev färre positiva upplevelser än negativa. De tog dock upp några aspekter som de uppfattade som gynnsamma förutom den symtomförbättring vilken tagits upp tidigare. Karin och Åsa hade förutom IBS vad de beskrev som ”magkatarr”. Båda upplevde att även detta problem blev bättre medan de följde kosten. Suget/hungern som kom med magkatarr blev mindre och att prova att äta vissa saker som tidigare uteslutits kändes nu möjligt.

”I går testade jag att äta Kiwi som jag aldrig har kunnat äta förut. Så en halv kiwi kunde jag äta utan att jag fick dom här magkatarrsymtomen.”

Karin

En annan aspekt som informanterna återkommer till är hur de passade på med att göra andra kostförändringar, som de själva upplevde som positiva, när de ändå la om kosten. Det kunde handla om att äta mera regelbundet eller att sluta dricka stora mängder lightläsk. För en av deltagarna ledde livsmedelsbegränsningen i kombination med att hon strukturerade om sitt ätande till att hon fick till en mycket efterlängtd viktning.

Informanternas tankar om fortsättningen

De olika informanterna hade olika tankar om och hur de skulle fortsätta med kosten. Eva var den enda som när intervjuerna ägde rum fortfarande åt kosten. Hon tänkte också fortsätta i en mindre strikt variant och hade redan börjat återintroducera livsmedel dock med blandade resultat.

”Jag har testat lite päron och så. [...] Men det har väl varit så nu att det har varit lite extra stressigt ett tag. Så det kan ju också ha med det att göra. Ja, men jag har testat lite päron och jag mådde inte jättebra utav det så det kanske inte blir några mera test på päron.”

Karin

De andra var inte nöjda med sin insats och kände att de ville klara av att följa kosten striktare under en period innan de försökte sig på att hitta sin individuella toleransnivå. De ville göra detta när det var mindre stressigt och tiden fanns. När denna tidpunkt skulle inträffa var däremot inte helt klart. Det fanns också funderingar på att inte utesluta alla livsmedel som ingick i kosten utan t.ex. endast äta vetefritt. Detta eftersom de upplevde att det var allt för besvärligt.

Flera av informanterna uttrycker att, även om de levt med IBS i flera år, att det de upplever nu inte är deras normaltillstånd utan att de tänkte fortsätta att leta tills de hittade något som gjorde att de mådde bättre och om detta var att äta denna kost var inte helt självklart.

”Nej jag kommer att försöka. För det är inte roligt att ha... Det är inte roligt. Man kommer ju att försöka. Kommer att fortsätta försöka tills det blir så bra som det kan bli.”

Elisabeth

Sociala reaktioner

Ett tydligt tema i det empiriska materialet är hur stor påverkan människor runt om informanterna har på både deras upplevelse av att äta enligt kosten men också deras förmåga att följa den. Flera informanter tyckte att de hade fått stöd och hjälp av sina anhöriga. En av informanterna berättade till exempel om hur en vän bakat glutenfria kakor till henne som hon kunde äta på julafton. Att ha stöd från en respektive ansågs som speciellt viktigt och om detta stöd inte var tillräckligt upplevdes det som försvårande.

”Sen är min sambo ganska duktig på att laga mat men har också haft ganska mycket att göra så det känns som om det blev jättedåligt på det sättet.”

Åsa

Men sociala sammanhang kunde också göra det svårare att följa kosten. Dessa rörde främst situationer när informanterna åt med personer som var ytligare vänner

och bekanta. De tyckte att det var jobbigt att ta plats och vara till besvär för andra i och med deras nya diet.

”Men så beställer man in och tror det ska vara en sak och så är det något med en massa grejer och så känner man att det här var inte så bra men nu har jag beställt och betalt och vi sitter här och äter och då äter man upp det.”

Åsa

Detta var en starkt bidragande orsak till att Martin inte genomförde hela kostinterventionen. Martin hade mycket representation, luncher och middagar, via sitt arbete och upplevde att han inte ville sätta fokus på det sätt han åt i de situationerna. Exempelen ovan handlar om att äta med andra på en restaurang men en annan situation när det sociala trycket blev stort var när informanterna var bortbjudna och mat hade tillagats åt dem. Även här fanns det känslor av att inte vilja ställa till problem för den som lagt maten eller att verka krävande. Det ansåg att man inte kan låta bli att äta det som bjudits. Eftersom kostinterventionen ägde rum under december ställdes denna situation för några av informanterna lite på sin spets under julfirandet.

”Sen kan det ju vara svårt när man var bjuden på mat. Som omkring jul där. Vi har ju inte bara en julafton utan fyra julaftnar och så säger dom att ta det som du kan äta, jag har inte hunnit gjort egna köttbullar och så står man där och allt är färdigmat och så ska man ju äta...”

Åsa

En annan aspekt på när informanterna inte ville att andra skulle påverkas av deras kostförändring kom från informanterna som levde i en familj med hemmaboende barn. Det var viktigt att vad barnen åt inte skulle påverkas av deras sätt att äta. Detta gjorde att det ibland krävdes att två rätter lagades eller två versioner av samma rätt. Speciellt när det var ont om tid blev matlagningen vad en informant kallade på barnen villkor, vilket innebar att halvfabrikat tillagades som innehöll ingredienser som skulle uteslutas t.ex. lök.

Kostkvalité

Flera av deltagarna hade redan innan kostinterventionen provat sig fram med kostförändringar för att lindra sin IBS. De fortsatte också helt eller delvis med dessa förändringar under kostinterventionen och vissa av dessa hade en påverkan på hur kosten till slut sattes samman. Karin uteslöt sedan tidigare lök, citrusfrukter, jordgubbar, hallon, vindruvor, godis, kolsyrade drycker, tuggummi. Hon hade också minskat på sitt fiberintag och skalade alla frukter. Under kostinterventionen fortsatte hon med allt detta även det som enligt låg FODMAP teorin skulle vara tillåtet att äta. Åsa hade tidigare uteslutit lök, vissa kryddor och alla frukter. Detta fortsatte hon med under kostinterventionen. Hon åt även i perioder en mjölk-, vete- och lågfettkost där all mat kokades men detta påverkade inte hennes livsmedelsval under interventionen. Elisabeth hade provat flera olika kosten i perioder. Senast en där man uteslöt mjölkprodukter, mjöl och skaldjur men dessa hade hon slutat med innan kostinterventionen. Johan uteslöt laktos medan Martin inte hade gjort några förändringar för att hantera sina magsymptom. De två sistnämnda genomförde dock inte någon kostregistrering.

En sammanfattning av kostregistreringarna av de deltagare som genomförde hela kostinterventionen visas i tabell 4. Både Karin och Åsa har under de dagar de registrerar fått i sig en energimängd som ligger vid deras beräknade BMR vilket tyder på att de ätit för lite. Karin gick under interventionen ner 2 kg varför det i hennes fall är troligt att hon hade ett energiunderskott. Åsa däremot var viktstabil. Hon beskriver däremot ett beteende som hon ofta fick när hon ska följa en diet där hon är väldigt strikt och äter mindre under en period för att senare ledsna och äta något som inte ingår i dieten i stora mängder. Det hade gått ett par veckor från att hon avslutat kostinterventionen tills att intervjun genomfördes. Båda berättar också under intervjuerna att de troligtvis hade ätit mindre än de brukade under kostinterventionen samt att de känt sig mera hungriga. En förklaring till detta låg i att tiden och idéer till alternativ inte upplevdes som tillräckliga även om de var medvetna om att alternativ existerade.

Tabell 4, Genomsnittligt intag för de tre dagar som kostregistrerades

	Karin	Åsa	Elisabeth
Energi	1400 kcal	1400 kcal	2100 kcal
FIL¹	1,1	0,9	1,5
Vitaminer Lågt intag av²	C, Folat	C, D, Folat	-
Mineraler Lågt intag av²	Järn	Järn, Magnesium, Selen, Jod	-
Fiber	16 g/dag	10 g/dag/	23 g
Frukt och grönt	330 g/dag	80 g/dag	360 g/dag

¹ FIL=TEI/BMR, BMR beräknat med Harris Benedikts ekvation

² Individerna hade ett lägre intag än AR för de vitaminer/mineraler som redovisas. I det fall AR saknades användes RI (SLV 2011).

”Ja jag är lite mera hungrig nu. Jag tror mycket att det handlar om att jag inte har tid att planera vad jag ska göra. Alltså det har lätt blivit så att nu kör jag in tre kycklingfiléer i ugnen och sen så vet jag inte vad jag ska äta till för att jag inte vet vad man ska göra och då har det blivit så att då äter jag det här och lite grönsaker till och lite dressing. Ja, jag håller mig inte mätt så länge på det men det är för att det är bekvämt. Men annars om man ser till att det blir bra med de här sakerna man kan äta så. Alltså skulle man göra en sallad med nått man får äta, quinoa till exempel då blir det ju matigare. Men det är just det här att man står på ICA efter jobbet och man köper... (skratt).”

Åsa

Elisabeth däremot verkar ha klarat av att få i sig energi vilket både hennes FIL samt det faktum att hon varit viktstabil tyder på.

Intaget av vissa näringsämnen nådde i flera fall för Karin och Åsa inte upp till rekommendationen som finns (SLV 2011). T.ex hade båda ett lågt intag av C-vitamin, folat och järn. Elisabeth däremot nådde upp i rekommendationen med avseende på näringsämnen.

Alla tre deltagare hade ett relativt lågt fiber och frukt- och gröntintag. I det empiriska materialet framkommer dessutom att det upplevdes som svårt att hitta de alternativ som man kunde äta just med avseende på frukt och grönt.

”Det här med att äta frukt och grönt. Det har jag har minskat på. Alltså att det var... Att jag inte på de här veckorna inte riktigt hittade det här alternativen. Eftersom jag tidigare haft besvär med magkatarr och då har jag inte kunnat äta vissa frukter och så som jag då kunde äta egentligen enligt det här. Så då tyckte jag att det blev lite ensidigt.”

Karin

Upplägget på kostinterventionen

”Det kändes som om man skulle vilja ha haft mer förslag på mer. Ät inte det här man det här. För det var ju mycket sånt som man inte brukar använda. Eller det var ju ganska lite som... Och det fanns mycket mer och så visste man inte om resten. Man skulle kunna ha haft lite längre lista. Men vad man inte fick äta och alternativ är jättebra. Men annars tycker jag informationen var bra. Det var inte så konstigt.”

Elisabeth

De var överlag positiva ord om behandlingsupplägget. De tyckte att informationen de fick under träffarna var bra och att det var viktigt för motivationen att få höra om teorin till varför det skulle fungera. Det ansåg också att upplägget kändes seriöst. Flera lägger till att de själva redan läst mycket om IBS innan kostbehandlingen startade vilket de tror gjorde att det är lättare att ta till sig informationen. Det som de skulle ha velat ha mer information om är att läsa innehållsförteckningar för att lättare kunna identifiera de tillsatser och sötningsmedel som skulle uteslutas. Ett annat förbättringsförslag var att ha fler träffar för att deltagarna skulle kunna ha stöd av varandra. Men detta var en åsikt som inte delades av alla utan någon tyckte att antalet träffar var tillräckligt och att de hellre ville ha möjlighet att ta kontakt när de hade några frågor.

De flesta var nöjda med utbyteslistorna och ansåg att det skulle vara svårt, speciellt i början, att klara av att följa kosten utan dessa. En av informanterna berättade om att hon hade dem i handväskan jämt. En annan aspekt på utbyteslistorna var att de inte var kompletta och det saknades vissa livsmedel som informanterna brukade äta. Detta ledde till osäkerhet till hur de skulle förhålla sig till detta. En annan vanlig åsikt var att listorna var korta och att en del av livsmedlen på dem kändes exotiska. Det fanns även de som inte hade funderat så mycket i dessa banor. Det som utmärkte dem var att fokuset hade varit på vad de inte fick äta och att de betraktade allt annat som tillåtet.

En tydlig åsikt som framfördes var att tidpunkten för att genomföra kostförändringen var illa vald. Anledningarna till detta var informanternas arbete samt att det skedde under jul och nyår men även av privat natur. En av deltagarna skulle t.ex. flytta. När en bättre tidpunkt var rådde det dock delade meningar om.

”Men tidpunkten var inte så bra och då handlar det inte om julbord utan annat vi hade ju en hel flyttkarusell kring jul och efter. Kaos! Så tidpunkten var väl inte den bästa. Det gick inte att vara perfekt.”

Elisabeth

Diskussion

Metoddiskussion

Att utvärdera sanningshalten och verifierbarheten av en undersökning eller studie anses viktigt (Kvale 1997; s. 207; Malterud; 1998, s. 157). Vilka begrepp som används för att göra detta varierar dock. Kvale (1997, s. 213) använder det mera traditionella begreppen validitet och reliabilitet. Malterud (1998, s. 27, 157) beskriver validitet och pålitlighet. Vissa kvalitativa forskare avvisar helt de mera samhällsvetenskapliga begreppen och pratar om tillförlitlighet, trovärdighet, pålitlighet och konfirmerbarhet (Kvale 1997, s. 208). I denna uppsats har validitet och reliabilitet använts p.g.a. att dessa begrepp förekommer i metodböckerna. Oavsett vilka begrepp som används bör forskaren förhålla sig kritiskt till sin metod, sina resultat och hur hon tolkar dessa. (Malterud 1998, s. 157). Nedan följer tankar om detta i förhållande till denna studie.

Valet att utvärdera en kostbehandling utifrån ett kvalitativt perspektiv togs eftersom det ansågs vara den metod som passade bäst i förhållande till frågeställningen. FODMAP-kosten har tidigare endast undersökts med kvantitativa metoder vilka har gått igenom i bakgrunden. Man har fokuserat på hur många som får mindre symptom och på mekanismer men inte på patienternas upplevelser och hur de påverkas av att äta denna kost. Ett av kraven som ställs på kvalitativ forskning är originalitet (Malterud 1998 s 29). Detta måste anses uppfyllt då inga vetenskapliga publikationer hittats som tar upp ämnet utifrån ett kvalitativt perspektiv. Detta är dock en kvalitativ studie med kvantitativa inslag då deltagarna fick fylla i en kortare enkät om sina symptom samt en kostregistrering. Liknande metodtriangleringar har använts t.ex. av Jamison med kollegor (2006) då de kvalitativt undersökte kostmönster och upplevelser av sin sjukdom hos kvinnor med IBS eller inflammatorisk tarmsjukdom. I deras studie användes också kvalitativa intervjuer, kostregistrering och kortare enkät om bakgrunden. De kvantitativa data som framkommer i denna studie skall tolkas med försiktighet och framför allt ses som komplement till intervjuerna. Att endast tre av informanterna lämnade in kostregistreringar gör att resultatet av dessa inte på något sätt kan tolkas som representativt för hur andra individer skulle komponera en kost låg på FODMAPs. Men det kan ge svar på frågan hur just den personens kost utformats när han/hon uppmanats att utesluta vissa livsmedel. Dock finns alltid risken med kostundersökningar att deltagarna underrapporterar eller ändrar sina matvanor medan de registrerar för att de vill verka "duktiga" inför den som utför undersökningen (Gibbson 2005, s. 45).

Författaren av denna uppsats är anställd och arbetar på båda mottagningarna och höll också i kostinterventionen. Detta skulle kunna påverka validiteten då det finns en möjlighet att det påverkade vad informanterna berättade under intervjuerna. Det är möjligt att de t.ex. överdrev sina positiva upplevelse på grund av tacksamhet att de fick vara med i studien. En av deltagarna nämner till och med att bli sedd och att någon tar sig tid med henne som en av de saker som var bra med att delta och reflekterar sedan över om det skulle kunna påverka hennes upplevelse av kosten. Det skulle även kunna påverka deltagarna på motsatt sätt då de är vana att komma till mottagningen och berätta om privata problem för någon ur vårdpersonalen och känner sig trygga med sekretessen.

Även att författaren är nybörjare när det kommer till att utföra kvalitativa intervjuer samt att analysera dessa kan ha påverkat vad som kommer fram under intervjuerna samt hur de tolkas. Enligt Kvale (1997, s. 101) påverkar intervjuarens hantverksskicklighet resultatet av en intervjuundersökning. För att motverka denna effekt har metodböcker lästs (Kvale 1997; Malterud 1998; Repstad; 1999) samt att en strikt metod har följts under analysfasen. Det finns dock en risk med att följa en strikt process och det är att innehållet kommer fram på bekostnad av helheten (Malterud 1998, s. 100).

En svaghet med denna studie var att endast tre individer genomförde hela kostinterventionen. De två ytterligare som intervjuades åt båda koster i ca två veckor innan de av olika anledningar avbröt. De ansågs ändå ha intressanta erfarenheter av kosten och inkluderades därför. Kvalitativ datainsamling ska egentligen pågå tills mättnad uppnås. Alltså tills det att forskaren inte anser sig att hon lär sig något mer av de nya intervjuerna hon utför (Repstad 1999, s. 70). I detta fall påverkade studieupplägget hur många som kunde intervjuas då endast fem patienter ville delta. När materialet kommer från ett fåtal individer är det viktigt att varje intervju bidrar till helheten. Detta skedde då alla informanterna bidrog med meningsbärande enheter till alla kodgrupperna. Urvalet kan ändå bli en begränsande faktor när det kommer till att generalisera resultatet. Att endast kvinnor genomförde hela kostinterventionen skulle kunna försämra generaliserbarheten. Resultatet borde ändå gå att applicera på båda könen då även två män intervjuades om sina upplevelser av att följa kosten innan de av olika anledningar avbröt. Dessa upplevelser skiljde sig inte i innehåll från det kvinnorna berättade om. Det finns meningsbärande enheter från männen i alla kodgrupper. Det är däremot möjligt att män som genomfört hela kostinterventionen skulle ha ytterligare perspektiv att komma med. En annan faktor som begränsar generaliserbarheten till hela gruppen primärvårdspatienter med IBS är att alla deltagarna var relativt välutbildade med arbeten. Den ekonomiska biten togs t.ex. inte upp som ett problem av deltagarna och om de fick frågan ansågs det inte vara ett hinder något som beskrivits tidigare (Shepard & Gibbson 2006). Ingen som intervjuades var heller 65 år eller äldre och det kan tänkas att denna generation skulle ha andra upplevelser.

De teorier som användes för att tolka resultatet var socialisation/resocialisation samt stigma. Det visade sig stämma bra överens med vad resultat visade på. Vissa aspekter gick att analysera utifrån båda teorierna vilket inte tyder på att någon teori är felaktig eller överflödigt utan att flera perspektiv kan vara nödvändiga för att förstå den komplexa sociala värld vi lever i. Teorierna kan också ses som komplimenterande då de normer som leder till stigma beror på att individen socialiserats in i dessa. De eventuella socialt ogillande/sanktioner (eller rädslan för sådana) som ligger till grund för själva upplevelsen av stigma skulle kunna ses som en pågående socialisationsprocess. Kvale (2004) beskriver sanktioner som ett viktigt redskap för socialisering av en individ in i en specifik roll. Teorin om stigma som användes var utförd på tonåringar. Det skulle kunna vara problematiskt att som i denna studie applicera teorin på vuxna individer. Olsson med kollegor (2009) anser själva att deras resultat är generaliserbara på tonåringar i Sverige och i andra västerländska länder. Att mat slutar ha en viktig roll för vänskap och social acceptans finns det dock inget som tyder på (Fieldhouse 1998, s. 78-104) varför teorin borde gå att överföra på deltagarna i denna studie.

Resultatdiskussion

Det verkar som om deltagarna upplevde en symptomförbättring. Detta är inte förvånande då tidigare, kvantitativ forskning, har visat på att 70-80 procent upplever att symptomen förbättras. (Shepherd & Gibbison 2006; Staudacher et al. 2011). Det bör dock tas i beaktande att IBS-patienter som grupp har en stor placeborespons och man har sett att den ökar beroende av behandlarens bemötande av patienten (Svensk Gastroenterologisk Förening 2009). Eftersom det inte finns några objektiva mått med vilken man kan skatta kostbehandlingens effekt blir det att patientens upplevelse får stå i centrum. I möten med patienten eller i kvalitativa studier finns det ingen möjlighet att avgöra vad denna upplevelse orsakas av utan det är upplevelsen i sig som blir intressant och som i behandlaren – patient mötet avgör om behandlingen är att betrakta som framgångsrik. Karin var den som upplevde störst förbättring av sina symptom och hon var också den som hade bäst följsamhet. De andra deltagarna med undantag av Martin upplevde också en symptomförbättring men den var mindre. Samtidigt var även deras följsamhet sämre. Det behöver däremot inte vara så att bättre följsamhet nödvändigtvis ger bättre resultat av kostbehandling. Karin beskriver i sin intervju hur hon snabbt fick resultat och att det gav henne en tydlig signal om att hon borde fortsätta med kosten. Så det skulle alltså kunna vara tvärt om. Att de individer som upplever störst förbättring också är det som har lättast att motivera sig att fortsätta med kosten.

Alla informanterna uppmanades under intervjuerna att både berätta om positiva och negativa aspekter av att äta en kost med lite fermenterbara kolhydrater och polyoler. Mer tid las och därför kunde många fler meningsbärande enheter identifieras, som handlade om negativa upplevelser. De positiva upplevelser som ändå framkom handlade dels om förbättring i ett relaterat tillstånd vilket deltagarna kallade magkatarr. Dels att de passade på att göra andra kostförändringar som de själva upplevde som positiva. Anledningen till att informanterna valde att lägga mer tid på det negativa kan vara så enkel att de hade fler negativa upplevelser. Men detta knyter an till det som tidigare diskuterades i metoddiskussionen och antyder att deltagarna inte försökte försköna sina upplevelser för sin behandlare vilken också genomförde intervjuerna.

Informanterna upplevde det som komplicerat att följa de nya kostråden. Att matlagningen i hemmet krävde mer både med avseende på tid och att maten måste lagas från grunden då många halvfabrikat inte gick att använda. Att äta utanför hemmet upplevdes ofta som ännu mer komplicerat då alternativen minskade avsevärt och att det var svårt att veta vad maten innehöll. Detta är en okänd kost för allmänheten så informanterna behövde väldigt detaljerat beskriva vad det kunde och inte kunde äta. Även smaken på framförallt glutenfritt bröd togs upp som en negativ faktor. Shepherd och Gibbison (2006) frågade sina patienter om barriärer till att följa låg FODMAP-kosten och kom fram till att det handlade om ovilja, svårigheter att ta till sig råden, att det blev dyrare, smaken, om individen åt mycket utanför hemmet samt att det var svårare att äta enligt kosten om man inte tillredde maten själv. Dessa överensstämmer med de anledningar som informanterna berättade om med undantag för den ekonomiska aspekten. Även i en studie utförd i England förväntade sig författarna liknande motstånd. Där fann man däremot att patienterna uppfattade kosten som lätt att ta till sig och att följa (Staudacher et al. 2011). De engelska patienterna borde ha stött på samma problem som de i denna studie vilken var att

alla livsmedel inte är analyserade med avseende på FODMAP-innehåll. De beskriver dock en vilja att få lära sig mer om kosten, något som även informanterna i denna studie gjorde, vilket skulle kunna antyda att utförligare information är önskvärd för att underlätta för patienterna.

Det livsmedel som verkar vara mest komplicerat att utesluta var lök. En ytterligare dimension blev det för informanterna med hemmavarande barn vilka gillade mat som korv och köttbullar i vilka det ingick just lök. Det går inte att äta en kost låg på fruktaner och samtidigt äta lök (Monash University 2011). Men i kontakten med framtida patienter bör lök få extra uppmärksamhet och strategier diskuteras för att förbereda och hjälpa patienten så långt det går.

Ett intressant resultat som framkom i denna studie var att deltagarna hade svårare att acceptera att de skulle utesluta livsmedel vilka de tidigare uppfattat som nyttiga. T.ex. ifrågasatte en av informanterna om det verkligen var bättre att äta glutenfritt bröd, vilket hon uppfattade som ljust och svampigt, istället för grovt rågbröd. Denna reaktion skulle kunna förklaras med att hon socialiserats in att klassificera livsmedel på olika sätt i detta fall som nyttiga och onyttiga (Fieldhouse 1998, s. 3). En individ är ofta omedveten om det kulturella reglerna vilken han eller hon följer och handlar efter (Fieldhouse 1998, s. 2). Detta kan förklara varför ingen av informanterna angav någon anledning till varför de ville fortsätta att äta vissa livsmedel annat än just allmänt att det var "nyttiga" eller att det kändes bättre. Ingen motiverade det t.ex. med att de ville få i sig fullkorn eller bra fetter för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom. Dessa insocialiserade normer är svåra att förändra (Fieldhouse 1998, s. 5). Därför bör den behandlande dietisten vara uppmärksam om patienten uttrycker dessa uppfattningar för att hjälpa honom/henne att förändra dessa vilket kallas resocialisation (Fieldhouse 1998, s. 5)

Det sociala samspelet med andra människor, speciellt utanför hemmet, upplevdes som en situation när det var svårt att vara följsam till kosten och deltagarna ofta åt livsmedel de hade tänkt sig att undvika. Det beskrev att detta berodde på att de inte ville dra uppmärksamhet till sin kost samt att "ställa till med besvär" för andra. Denna upplevelse av kosten som ett problem i sociala sammanhang samt att konsekvensen blir dålig följsamhet till kosten känns igen från tonåringarna med celiaki som Olsson med kollegor (2009) beskriver i sin artikel om stigma. Precis som med celiakipatienterna gjorde situationen när mat åts med andra att deras tidigare osynliga problem synliggjordes. Att be om anpassad mat gjorde att han/hon hamnade i centrum för allas uppmärksamhet och att det kunde vara krävande och generande. Att det upplevs som jobbigt när andra måste göra något extra för att de ska kunna äta och att de skulle upplevas som en börda, själviska, eller otacksamma om de tackar nej till den mat de bjudits på (Olsson et al. 2009). I denna studie verkar det som om stigmat var "felt" (upplevt) och inte "enacted" (blivit utsatt för verkliga sociala sanktioner) i motsatt till hos Olsson med kollegor (2009) där stigmat var både "felt" och "enacted". Ingen av deltagarna i studien beskrev hur någon annans handlingar varit diskriminerande och att det var därför de valde att inte följa kosten utan det är rädslan för att detta ska ske som är tillräcklig för att få individen att dölja sitt tillstånd och då i detta fall äta samma mat som alla andra (Kvale 2004, s. 56). Ett tydligt exempel på detta är när Martin åt lunch eller middag med sina kunder och då inte vågade följa kosten för att dra på sig uppmärksamhet på ett sätt som skulle kunna vara ofördelaktigt. Eller när Åsa är på julbord hos en svägerska som ändå är

något informerad om att Åsa inte äter vissa saker men när hon kommer säger att hon inte har haft tid att göra något extra vilket får Åsa att känna sig besvärad.

Problemet med att informanterna upplevde det som svårt att följa kosten och att vissa helt eller delvis misslyckades med detta skulle också kunna tolkas utifrån resocialisation. Resocialisation är när ett kulturellt beteende lärs om i vuxen ålder ofta med hjälp av interventionsprogram designade av hälso- och sjukvårdspersonal (Fieldhouse 1998, s. 5). I detta fall skulle det då vara att lära om vissa matvanor, men också med tanke på den tidigare diskussionen om nyttighetsparadox, uppfattningar om mat. Detta är ofta svårt då det finns ett inneboende motstånd mot förändring. Det är dock några egenskaper, hos innovationen, som bestämmer om en förändring kommer att ske. (Fieldhouse 1998, s- 13). Den första är upplevda fördelar. I detta fall handlar det framför allt om förbättrade symptom vilket de flesta upplevde. Det avgörs också av hur kompatibel den är med existerande matvanor. Här finns det för låg FODMAP-kosten vissa problem eftersom det hos en del individer måste till en förändring i uppfattningen om vad som är nyttig mat. Hur komplex förändringen upplevs är en annan faktor som även den talar emot denna kost då informanterna upplevde den som svårt att följa och att det krävde mycket av honom/henne i form av t.ex. tid, kunskap i matlagning och kunskap om vad som kunde ätas och inte. Prövbarheten av kosten är däremot hög och hela upplägget gick dessutom ut på att prova kosten i 4-6 veckor för att sedan utvärdera. Den femte och sista egenskapen, observerbarheten, är låg då informanterna inte hade någon i sin närhet som åt kosten och som de kunde observera positiva effekter ifrån (Fieldhouse 1998, s 13). Sammantaget finns det mycket som talar emot förändringen att äta enligt låg FODMAP-kosten och att en relativ snabb förbättring av symptomen måste ske för att motverka det hinder som finns. Tiden med patientgruppen skulle också kunna användas för att låta dom dela med sig av sina erfarenheter istället för att i första hand användas för att förmedla information från behandlaren.

Hur informanterna tänkte fortsätta med kosten efter studiens slut varierade. Karin var den enda som kände sig redo att återintroducera livsmedel för att hitta sin individuella toleransnivå. Resterande, även de som inte fullföljt kostinterventionen, tänkte pröva kosten på egen hand igen vid ett senare tillfälle eftersom de inte var nöjda med sin följsamhet. Gemensamt för dem var ändå att de använde kosten för att uppleva kontroll över sin sjukdom (Jamison, Fletcher & Schneider 2006). Flera av deltagarna hade innan studien på egen hand identifierat livsmedel vilka de ansåg förvärra symptomen. Detta beteende har observerats på individer med IBS tidigare (Jamison, Fletcher & Schneider 2006). De tänkte också fortsätta leta efter det sätt att äta som gjorde dem symptomfria. Detta beteende kan vara riskfyllt då det kan leda till att individen undviker fler och fler livsmedel vilket till slut påverkar kostens näringsinnehåll och även livskvalitén (Beyer 2008 s. 696).

Undersökningen av deltagarnas kost visade på att vissa individer, när de får instruktioner att äta enligt låg FODMAP-kosten men själv komponerar innehållet, kan få ett intag av både energi och näringsämnen som är suboptimalt. Näringsmässiga risker med låg FODMAP-kosten finns inte undersökt sedan tidigare men i diskussionsdelen i en av sina artiklar hävdar forskarna som utarbetade kosten att det inte borde vara ett problem (Shepherd and Gibbson 2006). Speciellt Åsa och Karins närings- och energiintag är oroande. Det skulle kunna delvis förklaras med en underrapportering. Men Karins viktnedgång tyder på att hon i alla fall varit i negativ

energibalans under kostinterventionen. Även upplevelsen av hunger som flera av deltagarna beskriver är ett tecken på att de åt för lite. En förklaring till att de åt så lite finns i intervjuerna där de beskriver att följa FODMAP-kosten som komplicerat och krävande att tillaga. Det låga intaget av flera av näringsämnen är troligen en följd av att de åt för lite mat. En kost på en mera lämplig energinivå, som t.ex. den Elisabeth åt, verkar näringsinnehållet kunna bli tillräcklig. En annan viktig skillnad mellan Åsa, Karin och Elisabeth är det att både Åsa och Karin uteslöt flera livsmedel sedan tidigare och att de valde att fortsätta med detta under kostinterventionen. T.ex. åt Åsa sedan tidigare ingen frukt och Karin uteslöt förutom FODMAP-innehållande frukter även citrusfrukter. Detta skulle kunna förklara att de hade svårt att få i sig C-vitamin och folat. Huruvida deltagarnas fiberintag bör ökas kan diskuteras. Livsmedelsverket (SLV 2012) rekommenderar ett högre intag för att minska risken för välvärdssjukdomar och i den australiensiska versionen av kosten hjälper man patienterna med strategier för att säkerställa fiberintaget (Monash University 2011). Däremot finns det annan forskning som tyder på att ett högt fiberintag inte alltid är fördelaktigt när det gäller patienter med IBS (Miller et al. 2006). Här måste en bedömning av fiberintaget innan kostbehandlingen görs så att inte fibermängden ökas samtidigt som kosten testas och denna ökning i fibrer då kan maskera eventuella förbättringar. Två läkare beskriver i läkartidningen om sina kliniska erfarenheter av att utesluta probiotika ur kosten. Deras strategi för att hålla fiberintaget på lämplig nivå är att ordinera ett icke fermenterbart bulkmedel t.ex. Inolaxol (Benno, Midtvedt, Norin & Zachrisson 2010). Även detta skulle vara en möjlig lösning åtminstone under den inledande, strikta delen, av kosten.

Upplägget med behandlingen var något som informanterna verkade nöjda med både avseende innehåll och form. Tidpunkten var något som det däremot fanns åsikter om. Kostinterventionen startades sista veckan i november och deltagarna var överens om att december var en dålig månad. När de istället ville att detta skulle ske var preferenserna individuella. Detta är en av anledningarna till att ifrågasätta om gruppbehandling är en bra form för att förmedla denna kost. En annan är den information som framkommit om riskerna och svårigheterna med denna kost varför individuella behandlingar där anpassning till individens individuella situation, tidigare matvanor m.m. kan göras. Det som talar för gruppbehandling är den tidigare forskning på området som visar att information om IBS bäst förmedlas i grupp (Ringström 2010). Där patienterna kan få stöd i varandra och dela sina erfarenheter. En annan synpunkt som kom upp var att utbyteslistorna var ofullständiga. Detta är svårt att som enskild behandlare påverka då fullständiga analyser inte finns för alla livsmedel (Muir et al. 2007; Muir et al. 2009; Bieskiersi et al. 2011). En strategi till hur patienten ska förhålla sig till dessa livsmedel bör dock utarbetas.

Sammanfattningsvis så verkar det som om patienterna fick förbättringar i sin IBS även om detta inte innebar att de blev helt bra. Både när resultatet tolkas utifrån resocialisations- eller stigmaten så tyder resultatet på att för att följa kosten upplever patienterna att de måste bryta mot sociala normer och förändra de matvanor de socialiserats in i när de växte upp. Detta kan vara ett problem som skulle kunna påverka följsamheten på lång sikt speciellt när symptomförbättring inte är den symptomfrihet vilken verkar vara det som eftersträvas av patienterna både i denna studie men även beskrivits av andra (Jamison, Fletcher & Schneider 2006). Ett annat hinder som bör tas i beaktande är att deltagarna beskrev kosten som komplicerat och tidskrävande att följa. En kost som kräver att all mat lagas från

grunden och försvårar ätande av halvfabrikat och färdiglagad mat blir svår för många individer att följa. Tillsammans gör detta att innan denna kost används som en behandling bör de andra möjliga kostbehandlingar som finns tas i beaktande t.ex. probiotika eller bulkmedel. Inte för att den vetenskapliga evidensen stöder dessa mer än låg FODMAP-kosten utan för att vissa av dessa kräver mindre av patienten och inte resulterar i lika stora förändringar av matvanorna. Detta i sin tur gör att de genom sitt ätande inte behöver synliggöra sin sjukdom på samma sätt som med denna kost. För den motiverade patienten bör detta ändå betraktas som ett alternativ som behandlaren kan ha i åtanke. Staudacher med kollegors (2011) studie är intressant i sammanhanget där resultatet ändå visade på signifikant bättre resultat för låg FODMAP-kosten än konventionell kostbehandling av IBS. Så denna kost har ändå potential att hjälpa många men riskerna måste vägas mot eventuella fördelar. Den kost bör dock helst ordinerars av någon med kunskap inom nutrition, t.ex. en dietist, som har kompetensen att följa upp hur individen utformar kosten och bedöma energi- och näringsinnehåll. Behandlaren kan också stötta och försöka hitta lösningar vid eventuella sociala svårigheter och andra problem som uppstår.

Slutsats

Deltagarna hade en positiv upplevelse av hur deras symptom förbättrades. Men kostförändringen innebar sociala risker som att bryta mot normer och uppleva stigma samt att kostförändringen till viss del gick emot de värderingar som individen socialiserats in i. Låg FODMAP-kosten upplevdes också som tidskrävande och komplicerad att följa. Även risken för att kosten kan bli nutritionellt otillräcklig verkar finnas speciellt för de patienter som redan innan äter restriktivt på något sätt. Detta leder till att behandlaren bör överväga andra kostbehandlingar som kräver mindre av patienten och om låg FODMAP-kosten används vara uppmärksam på hur den påverkar patienten och hennes/hans ätande.

Källförteckning

- Aakvaag, G. (2011). *Modern Sociologisk teori*. Lund: Studentlitteratur
- Abrahamsson H. (2006). Funktionella mag-tarm sjukdomar. I Berglund, G., Engström-Laurent, A., Lindgren, S. & Lindholm N. (red). *Internmedicin*. 4:e uppl. Stockholm: Liber.
- Agreus, L., Svardsudd, K., Nyren, O. & Tibblin, G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology*, vol. 109, s. 671-680.
- Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000). Introduktion till socialpsykologi.
- Barrett J.S., Geary R.B., Muir J.G., Irving P.M., Rose R., Rosella O., Haines M.L., Shepherd S.J. & Gibson P.R. (2010). Dietary poorly absorbed, short-chain carbohydrates increase delivery of water and fermentable substrates to the proximal colon. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. vol. 31, s. 874-82.
- Benno, P., Midtvedt, T., Nordin, E. & Zachrisson, K. (2010). Prebiotika är föda för tarmfloran –till glädje och sorg för värden. *Läkartidningen*. vol. 107, s 904-906
- Beyer, P.R. (2008). Medical nutrition therapy for lower gastrointestinal tract disorders. I Mahan & Escott-Stump (red). *Krause's food and nutrition therapy*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Biesiekierski, J.R., Rosella, O., Rose, R., Liels, K., Barrett, J.S., Shepherd, S.J., Gibson, P.R. & Muir, J.G. (2011). Quantification of fructans, galacto-

- oligosacharides and other short-chain carbohydrates in processed grains and cereals. *Journal of Human Nutrition Dietetics*. vol. 24, s.154-176.
- Bijkerk, C.J., Muris, J.W., Knottnerus, J.A., Hoes, A.W. & de Wit, N.J. (2004). Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology Therapeutics*. vol. 19 s. 245-51.
- Brandt, L.J., Bjorkman, D., Fennerty, B., Locke, R.G., Olden, K., Peterson, W., Quigley, E., Schoenfeld, P., Schuster, M. & Talley, N. (2002). Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome in North America. *The American Journal of Gastroenterology*. vol 97, s. S7-S26.
- Burden, S. (2001) Dietary treatment of irritable bowel syndrome: current evidence and guidelines for future practice. *Human Nutrition Dietetics*, vol. 4, s. 231-241
- Caldarella, M.P., Milano, A., Laterza, F., Sacco, F., Balatsinou, C., Lapenna, D., Pierdomenico, S.D., Cuccurullo, F. & Neri, M. (2005). Visceral sensitivity and symptoms in patients with constipation- or diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS): effect of a low-fat intraduodenal infusion. *American Journal of Gastroenterology*. vol. 100, s. 383-389.
- Carroccio, A., Brusca, I., Mansueto, P., Soresi, M., D'Alcamo, A., Ambrosiano, G., Pepe, I., Iacono, G., Lospalluti, M.L., La Chiusa, S.M & Di Fede, G. (2011). Fecal assays detect hypersensitivity to cow's milk protein and gluten in adults with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. vol. 9, s. 965-971.
- Farup, P.G., Monsbakken, K.W. & Vandvik, P.O. (2004). Lactose malabsorption in a population with irritable bowel syndrome: prevalence and symptoms. A case-control study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. vol. 39, s. 645-649
- Fieldhouse, P. (1998). *Food and nutrition : customs and culture*. London: Stanley Thornes
- Gibson, R. (2005) *Principles of Nutritional Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Gibson R.P. & Shepherd, S.J. (2010). Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. vol. 25, s. 252-258.
- Goffman, E. (1972). *Stigma, Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Gordon, S., Ameen, V., Bagby, B., Shahan, B., Jhingran, P. & Carter, E. (2003). Validation of irritable bowel syndrome Global Improvement Scale: an integrated symptom end point for assessing treatment efficacy. *Digestive Diseases and Science*. vol. 48 s. 1317-1323.
- Halpert, A., Dalton, C.B., Palsson, O., Morris, C., Hu, Y., Bangdiwala, S., Hankins, J., Norton, N. & Drossman, D. (2007) What patients know about irritable bowel syndrome and what they would like to know. National Survey on Patient Educational Needs in IBS and development and validation of the Patient Educational Needs Questionnaire. *American Journal of Gastroenterology*. vol. 102, s. 1972–1982.
- Jain, N.K., Rosenberg, D.B. & Ulahannan, M.J. (1985). Sorbitol intolerance in adults. *American Journal of Gastroenterology*. vol. 80, s. 678-681.
- Jamieson, A., Fletcher, P., & Schneider, M. (2006). Seeking control through the determination of diet: a qualitative investigation of women with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical nurse specialist*. vol. 21, s. 152-160.

- Leong, S., Barghout, V., Birnbaum, H., Thibeault, Ben-Hamadi, R., Frech, F. & Ofman, J. (2003). The Economic Consequences of Irritable Bowel Syndrome A *US Employer Perspective*. *Arch of Internal Medicin*. vol. 163, s. 929-935.
- Livsmedelsverket (2011). Värdering av adekvat intag av vitaminer och mineraler. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Vardering-av-adekvat-intag-av-vitamin-och-mineralamnen/> [2011-05-13]
- Livsmedelsverket (2012). Kostråd. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Kostrad/> [2012-05-13]
- Longstreth, G.F., Thompson, W.G., Chey, W.D., Houghton, L.A., Mearin, F. & Spiller, R.C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. vol. 130, s.1480-1491.
- Kvale, S. (1997). *Den Kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder I medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- McFarland, L.V & Dublin, S. (2008) Meta-analysis of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*. vol. 14 s. 2650-2661.
- Mertz, H., Morgan, V., Tanner, G., Pickens, D., Price, R., Shyr, Y. & Kessler, R. (200). Regional cerebral activation in irritable bowel syndrome and control subjects with painful and nonpainful rectal distention *Gastroenterology*. vol. 118, s. 842-848.
- Miller, V., Lea, R., Agrawal, A. & Whorwell, P.J. (2006). Bran and irritable bowel syndrome: the primary-care perspective. *Digestive Liver Disease*. vol. 38, s. 737-740.
- Monash University. (2011). *The low FODMAP diet*. Box Hill, Estern Health Clinical Scholl, Monash University.
- Moayyedi, P., Ford, A.C., Talley, N.J., Cremonini, F., Foxx-Orenstein, A.E., Brandt, L.J. & Quigley, E.M. (2010). The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut*. vol. 59, s. 325-32.
- Muir, J.G., Rose, R., Rosella, O., Liels, K., Barrett, J.S., Shepherd, S.J. & Gibson, P.R. (2009). Measurement of short-chain carbohydrates in common Australian vegetables and fruits by high-performance liquid chromatography (HPLC). *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. vol. 57 s. 554-565.
- Muir, J.G., Shepherd, S.J., Rosella, O., Rose, R., Barrett, J.S. & Gibson P.R. (2007). Fructan and free fructose content of common Australian vegetables and fruit. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. vol. 55, s. 6619-6627.
- Nelis, G.F., Vermeeran, M.A.P. & Jansen, W. (1990) Role of fructose-sorbitol mixtures in the symptoms of the irritable bowel. *Gastroenterology*. vol. 99, s. 1016-1020.
- Olsson, C., Lyon, P., Hörnell, A., Ivarsson, A., Sydner, Y.M. (2009). Food that makes you different: the stigma experienced by adolescents with celiac disease. *Qualitative Health Research*. vol. 19, s. 976-984.
- Ong D.K., Mitchell S.B., Barrett J.S., Shepherd S.J., Irving P.M., Biesiekierski J.R., Smith S., Gibson P.R. & Muir J.G. (2010) Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology Hepatology*. vol. 25, s. 1366-1373.
- Philpott, H., Gibson, P. & Thien, F. (2011). Irritable bowel syndrome - An inflammatory disease involving mast cells. *Asia Pacific Allergy*. vol. 1 s. 36-42.

- Pimentel, M., Chow, E.J. & Lin, H.C. (2000). Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. vol. 95, s. 3503-3506.
- Posseruda, I., Svedlund, J., Wallina, J. & Simréna, M. (2009). Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *Journal of Psychosomatic Research*. vol. 66, s. 399-405
- Posserud, I., Stotzer, P.O., Björnsson, E.S., Abrahamsson, H. & Simrén M. (2007). Small intestinal bacterial overgrowth in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* vol. 56, s.802-808
- Repstad, P.(1999). *Närhet och distans, kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Repstad, P. (2004). *Sociologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Ringström, G., Abrahamsson, H., Strid, H. & Simrén, M. (2007). Why do subjects with irritable bowel syndrome seek health care for their symptoms *Scandinavian journal of gastroenterology*. vol. 42, s. 1194-1203
- Ringström, G., Störsrud, S., Posserud, I., Lundqvist, S., Westman, B. & Simrén, M. (2010). Structured patient education is superior to written information in the management of patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled study. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. vol. ;22, s. 420-428.
- Ritchie, J. (1973). Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut*. vol. 14 s. 125-132
- Shepherd S.J., Parker F.C., Muir J.G. & Gibson P.R. (2008). Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled evidence. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. vol. 6, s. 765-771.
- Shepherd S.J. & Gibson P.R.(2006). Fructose malabsorption and symptoms of irritable bowel syndrome: guidelines for effective dietary management. *Journal of American Dietetic Association*. vol. 106, s. 1631-1939.
- Staudacher H.M., Whelan K., Irving P.M. & Lomer M.C. (2011). Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. vol. 24, s. 487-95.
- Salvioli, B., Serra, J., Azpiroz, F. & Malagelada, J.R. (2006) Impaired small bowel gas propulsion in patients with bloating during intestinal lipid infusion. *American Journal of Gastroenterology*. vol.101 s 1853-1857.
- Simrén, M., Agerforz, P., Björnsson, E.S. & Abrahamsson, H. (2007). Nutrient-dependent enhancement of rectal sensitivity in irritable bowel syndrome (IBS). *Neurogastroenterology and Motility*. vol. 19(1) s. 20-29.
- Spiller, R.C. (2011) Irritable Bowel Syndrome: Gender, Infection, Lifestyle or What Else? *Digestive Disises*. Vol. 29, s. 215-221
- Svensk Gastroenterologisk Förening. (2009). *Riktlinjer för IBS, bakgrundsdocument*. [Elektronisk]. Tillgänglig:
http://www.svenskgastroenterologi.se/Riktlinjer/Bakgrundsdocument_IBS.pdf
[2011-12-12]
- Symons, P., Jones, M.P. & Kellow, J.E. (1992) Symptom provocation in irritable bowel syndrome. Effects of differing doses of fructose-sorbitol. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. vol. 27, s. 940-944.
- Törnblom H., Walter, S., Karling P., Simrén, M. (2009). *Riktlinjer för IBS, sammanfattningsdokument*. [Elektronisk]. Svenska Gastroenterologisk

Förening. Tillgänglig:

http://www.svenskgastroenterologi.se/Riktlinjer/Riktlinjer_IBS.pdf [2012-05-09]

Whelan, K. (2011) Probiotics and prebiotics in the management of irritable bowel, syndrome: a review of recent clinical trials and systematic reviews. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. vol. 14, s. 581-587.

Wilson, S., Roberts, I., Roalfe, A., Bridge, P. & Singh, S. (2004) Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *British Journal of General Practice*, vol. 54, s. 495-502.

Bilaga 1

Utvärdering av kostbehandling vid IBS

	Dagens datum	____/____/____			
Patientens ålder		Patintens kön	M	K	
Vilka är dom dominerande symptomen Ringa in alla som passar in	Smärta	Gasproblem	Diarré	Förstoppning	Båda
Huvudsaklig kostbehandling					
Annan kostbehandling					

Ringa in det alternativ som bäst passar in. Jämför med hur det var innan kostbehandlingen startade. Hoppa över de symptom du inte passar in.

I jämförelse med hur du vanligtvis känner är din Uppsväldhet/Uppkördget nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre
I jämförelse med hur du vanligtvis känner är ditt Magont/obehag nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre
I jämförelse med hur du vanligtvis känner är din Väderspänning/ flatulens nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre
I jämförelse med hur du vanligtvis känner är din Diarré nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre

I jämförelse med hur du vanligtvis känner är din Förstoppning nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre
I jämförelse med hur du vanligtvis känner är ditt Illamående nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre
I jämförelse med hur du vanligtvis känner är din Energivå nu:						
Avsevärt Sämre	Måttligt Sämre	Något Sämre	Ingen Förändring	Något Bättre	Måttligt Bättre	Avsevärt Bättre

Jag har följt kosten som jag fått lära mig av dietisten

:

- Aldrig
- Ibland (mindre än 50% av tiden)
- Oftast (äter oftast enligt kosten, förutom vid vissa tillfällen)
- Alltid

- Jag godkänner att denna information om mig får sparas och sammanställas i en rapport. Informationen kommer att sammanställas anonymt.

Bilaga 2

Hej!

Du har blivit kontaktad p.g.a. att du tidigare fått diagnosen ”colon irritable”(även kallad IBS) av någon av läkarna som arbetar här på [REDACTED].

Vi ska testa en ny kostbehandling för att ge minskade symptom vid denna typ av problem. Kosten kommer innebära att du under en tidsperiod på ca 4-6 veckor avstår från vissa livsmedel. Det rör sig t ex. om vissa frukter och grönsaker, vete och råg samt vissa sötningsmedel. Behandlingen med denna typ av kost har visat på att ca 75 procent av patienterna upplever en symptomförbättring och man har inte hittat några biverkningar.

Utvärderingen av behandlingen kommer att ske i form av en D-uppsatts vid institutionen för kostvetenskap vid Uppsala universitet. Det är jag, Emma Isaksson, leg dietist (som även till vardags arbetar här på [REDACTED]) som kommer att genomföra studien och skriva uppsatsen.

Syftet med studien är studien undersöka om kostbehandling enligt FODMAP-modellen fungerar att använda vid kostbehandling av IBS i primärvården. Det jag också vill ta reda på är om det är svår eller lätt att följa den samt om det finns några risker med kosten näringsmässigt.

Kostbehandlingen kommer att ske med tre träffar med start onsdagen den 23/11 kl 1500 Varje besök kostar 80 kr, frikort gäller.

Du kommer även att få skriva kostdagbok under tre stycken dagar och vid sista träffen fylla i en kort enkät om eventuell symptomförbättring. Efter behandlingen kommer du även att få delta i en individuell intervju på en timme (vi bokar in en tid som passar dig på sista träffen)

Om du fortfarande har problem med uppblåsthet, gasighet, smärta, diarréer och/eller förstoppning är kanske detta något att prova. Deltagande är dock frivilligt och du kan avbryta när du vill. Ett avbrytande kommer inte på något sätt påverka dina möjligheter att få hjälp om du senare söker vård för din IBS eller något annat.

Uppgifterna som samlas in i studien kommer att kodas dvs. du blir anonym. Den enda som kommer att kunna koppla resultatet till dig som individ är jag(Emma) och jag har tystnadsplikt. Personuppgiftsansvarig är Uppsala Universitet och dina uppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PLU 1998:204)

Ansvarig för studien

Emma Isaksson, leg dietist

Handledare

Ingela Marklinder, univ. lektor, Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet

Vid frågor maila till [REDACTED] eller ring [REDACTED]

Anmälan sker till mailadressen ovan eller via kontakt med läkarstationen. Anmäl snarast möjligt men senast den 22/11

Med vänlig hälsning

Emma Isaksson

Leg dietist

Bilaga 3

Vanliga livsmedel innehållande **FODMAPs (Dessa ska du utesluta)**

Mycket fruktos	Laktos -OBS! Uteslut laktos endast om du är laktosintolerant eller inte blivit undersökt för detta	Oligosackarider Fruktaner och/eller galaktaner	Polyoler
<p>Frukt: äpple, körsbär, päron, nashi päron, mango, persikor, vattenmelon, frukt på burk (i frukt juice)</p> <p>Grönsaker: Sparris, kronärtskocka, ”sugar snap peas”</p> <p>Sötningsmedel: Fruktos, Honung</p> <p>Stor total fruktos dos: Torkad frukt (max 1 msk), juice, stora fruktportioner(1 frukt eller motsvarande / gång)</p> <hr/> <p>Alkohol FODMAPs finns i vissa viner och cidersorter. Alkohol kan också i sig själv vara irriterande för magen/ tarmarna varför ett måttligt intag är rekommendera.</p>	<p>Mjök: ko, get och fårmjök, glass, crème fraiche, grädde</p> <p>Yoghurt och fil</p> <p>Ost: mjuk och färskost t.ex. keso, ricotta</p> <p>-för mer information se separat blad om laktos!</p>	<p>Grönsaker: Kronärtskocka, sparris, brysselkål, broccoli, kål, lök, purjolök, vitlök, schalottenlök, ärtor</p> <p>Frukt: vattenmelon, persikor, rambutan, Sharonfrukt</p> <p>Cerealier: Vete och råg i stora mängder t.ex. bröd, pasta, kakor, couscous, vissa müsli sorter m.m.</p> <p>Baljväxter: Kikärter, linser, kidneybönor, vitabönor i tomatsås m.m.</p> <p>Nötter och frön: pistagenötter</p> <p>Tillsattser: Inulin</p> <p>Moderat innehåll- ok i begränsad mängd: rödbeta (max 4 skivor), broccoli (1 dl), Brysselkål (1 dl), butternutpumpa/ butternutsquash (1 dl), torkad frukt (1 msk), fänkål (1 dl), gröna ärtor (1,75dl), socker ärtor (10 st kapslar), majs (0,5 st kolvar/ 1 dl)</p>	<p>Frukt: äpple, aprikoser, björnbär, nektariner, päron, persikor, plommon, vattenmelon</p> <p>Grönsaker: svamp, blomkål,</p> <p>Sötningsmedel: sorbitol, manitol, xylitol, maltitol, isomalt</p> <p>Moderat innehåll- ok i begränsad mängd: Avokado (max ¼), körsbär (1 dl), longon (10 st), lychee(5 st), selleri (1 kvist), sötpotatis (1 dl),</p>

Lämpliga alternativ

-mängder inom parentes är maxmängd under den inledande fasen

Frukt

En st (portion) per måltid/gång

Banan	Blåbär	Cantaloupe melon	Stjärnfrukt
Durian	Grapefrukt	Vindruvor (10 st= 1 frukt)	Honungsmelon
Kiwi	Citron	Lime	longon (10 st)
lychee(5 st)	Småcitrus	Apelsin	Passionsfrukt
Ananas	Rambutan	Hallon	Jordgubbar
Rabarber			

Grönsaker

Avokado (1/4)	alfaalfa groddar	Gröna bönor
Böngroddar	salladskål	Broccoli (1 dl)
Brysselkål (1 dl)	Paprika (med "släktingar" chilipeppar osv.)	
Morot	Selleri	Gräslök
Majs (0,5 kolvar / 1 dl)	Gurka	Aubergin
Endive (sallad)	Fänkål (1 dl)	ingefära
Sallad (isbergs m.m.)	Oliver	Palsternacka
Ärtor (0,75dl)	butternutpumpa/ butternutsquash (1 dl)	
Pumpa	Mangold	Spenat
Vårlök (gröna delen)	Rödbeta (4 skivor)	Kålrot
Sötpotatis (1 dl)	Majrova	Tomat
Zucchini		



Protein källor

Nötkött
Kyckling
Fisk
Ägg
Tofu

Mjölksprodukter för laktosintoleranta

-om du inte är laktosintolerant kan du äta alla mjölkprodukter!

Hårdost

Laktosfria mjölkprodukter

Vanlig mjölk/yoghurt/fil i små mängder (2 msk)

Bröd, ceralier m.m.

Ris	Spältvete (även kallad dinkel)	Glutenfritt bröd
Potatis	Glutenfritt mjöl	Bröd bakat på spältvete
Quinoa		Riskakor
Glutenfri pasta	Cornflakes	Glutenfria kex/kakor
Risnudlar	Müsli (vete och fruktfri)	
	Havregryn	
	Rispuffar	

Nötter och frön

Mandel	Macadamia nötter	Pinje nötter	Pumpa kärnor
Sesamfrön	Solrosfrön	Walnötter	

Mindmap



