



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå
ht 2014

FODMAP i praktiken

En kvalitativ intervjustudie om dietisters uppfattning
och erfarenheter av FODMAP.

Erik Fröjdhammar & Can Acaralp

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



Institutionen för kostvetenskap
Examensarbete C 15 hp
Grundnivå

Titel: FODMAP i praktiken - En kvalitativ intervjustudie om dietisters uppfattning och erfarenheter av FODMAP.

Författare: Erik Fröjdhammar och Can Acaralp

SAMMANFATTNING

BAKGRUND FODMAP är en behandlingsmetod för IBS som kommer från Australien och som är relativt ny i Sverige. FODMAP betyder Fermentable Oligo-, Di- and Monosacharides and Polyols och går ut på att begränsa mängden fermenterbara kolhydrater i kosten. Dessa kolhydrater har i studier visat sig kunna orsaka många av de symptom som IBS-patienter lider av och att så många som 3 av 4 av de patienter som testat behandlingen får reducerade symptom.

SYFTE Syftet med studien var att undersöka och belysa dietisters erfarenheter, uppfattning och hantering av FODMAP.

METOD Kvalitativa intervjuer baserade på en semistrukturerad frågeguide genomfördes. Totalt 12 dietister intervjuades och samtalen skedde via personliga besök eller telefon. Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas. Samtalen analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT Dietisterna hade olika lång erfarenhet av att jobba med FODMAP. Metoden beskrevs som strukturerad och tydlig och kan ge goda resultat. De flesta hade kommit i kontakt med metoden via praktik, jobb eller föreläsningar. Dietisterna jobbar antingen med enskilda samtal eller med grupper. Problem kan uppstå med att metoden kan uppfattas som krånglig för patienten, att den endast fokuserar på kolhydrater och inte på andra möjliga orsaker såsom stress och andra näringsämnen som kan ge symptom samt med att dietisterna själva inte kallar patienten utan får dem remitterade från läkare. Inga problem ses med näringsintag så länge strikt behandling enbart sker på kort sikt. Få dietister tittade på ett vidare hälsoperspektiv. Den viktigaste faktorn för en lyckad behandling var motivation och följsamhet från patienten.

SLUTSATS Vid arbete med FODMAP behövs goda kunskaper och erfarenhet samt god tillgång till fungerande rutiner och resurser. För att kunna utföra en adekvat behandling krävs även en stark motivation och följsamhet hos patienten. En lyckad behandling ökar motivationen hos dietister att arbeta med behandlingen. Vår studie ger indikationer om att de dietister som har goda kunskaper, hög motivation samt erfarenhet av FODMAP är positiva till behandlingen och har lättare för att hitta lösningar på de problem som uppstår. Övergripande hälsoaspekter och probiotika behöver lyftas fram och tillföras som en del av behandlingen. Mer forskning och utbildning behövs för en klarare bild av hur FODMAP bäst ska tillämpas som behandlingsmetod.

Title: FODMAP in practice – a qualitative interview study of dieticians views and experiences of FODMAPs.

Authors: Erik Fröjdhammar and Can Acaralp

ABSTRACT

BACKGROUND FODMAP is a treatment for IBS which comes originally from Australia and is relatively new in Sweden. FODMAP means Fermentable Oligo-, Di- and Monosacharides and Polyols and the method works by limiting the amount of fermentable carbohydrates in the diet. These carbohydrates have been shown to be able to cause many of the symptoms of IBS and that as many as 3 out of 4 of patients that try the method get reduced symptoms.

PURPOSE The purpose of the study was to investigate and highlight dieticians experiences, views and handling of FODMAP

METHOD Qualitative interviews based on a semistructured question guide. A total of 12 dieticians were interviewed and the interviews were made in person or by telephone. The interviews were recorded and transcribed and then analyzed by qualitative content analysis.

RESULTS The dieticians had varying amounts of experience with FODMAP. The method was described as structured and thorough and able to give good results. Most had come in contact with it through school, work or lectures. The dieticians work either in private sessions or with groups. Problems could occur with method being viewed as difficult by the patient, that it only focuses on carbohydrates and not on other possible reasons for symptoms, for example stress and other nutrients that could cause symptoms and also in that dieticians themselves do not book patients but need a remittance from a doctor. No nutritional problems were believed to occur as long as strict treatments were short-term. Few dieticians considered a wider health situation. The most important factor for a successful treatment was motivation and compliance from the patient.

CONCLUSION Working with FODMAP requires knowledge and experience as well as good access to resources and routines. To perform an adequate treatment high motivation and compliance from the patient is also needed. A successful treatment increases motivation in dieticians to work with the treatment. Our study indicates that dieticians possessing good knowledge, high motivation and experience with FODMAP are positive to the treatment and have an easier time in solving problems that occurs. General health aspects and probiotics needs to be emphasized and added to treatment. More research and education is needed to get a clearer picture of how to best use FODMAP as a treatment method.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Allmänt om IBS	6
Behandling av IBS	6
<i>Allmän behandlingsdel – vad behandlingen går ut på</i>	6
<i>Traditionell kostbehandling</i>	6
<i>Probiotika och Prebiotika</i>	7
<i>Fysisk aktivitet</i>	7
<i>Läkemedel</i>	7
<i>Kognitiv beteende terapi och hypnos</i>	8
<i>Övrig behandling</i>	8
FODMAP	8
Kostbehandlingen	9
FODMAP vid andra sjukdomstillstånd	10
SYFTE	11
FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	11
Urvalsmetod	11
Datainsamlingsmetod	11
Analysmetod	12
Tillförlitlighet och bekräftelse	12
Etiska reflektioner	12
RESULTAT	13
Kunskap och erfarenhet	13
Källa till kunskap	14
Enskilda samtal och grupper	14
Tankar om materialet	16
Svårigheter med FODMAP	17
Närings- och hälsoperspektiv	18
Motivation	19
DISKUSSION	19
Sammanfattning av huvudresultat	19
Metoddiskussion	20
<i>Rekrytering och metodval</i>	20
<i>Material och transkribering</i>	20
<i>Analys- och intervjumetod</i>	21
Resultatdiskussion	22
<i>Arbete med FODMAP</i>	22
<i>Behandlingsmetod och svårigheter</i>	22
<i>Kunskap och resurser</i>	23
<i>Erfarenhet och källa till kunskap</i>	23
<i>Enskilda samtal och grupper</i>	24
<i>Näringsintag och hälsoaspekter</i>	24

<i>KASAM - Känsla av sammanhang</i>	25
Vårt resultat i förhållande till dietistens profession.....	25
SLUTSATS	26
TACK	26
REFERENSER	27
BILAGA 1	32
BILAGA 2	33
BILAGA 3	34

BAKGRUND

Allmänt om IBS

Irritable bowel syndrome (IBS), är en mag-tarmsjukdom som drabbar 10-20 procent av befolkningen (Hayes, Fraher & Quigley, 2014). Sjukdomen debuterar vanligen från tonåren upp till 40-årsåldern och är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män (Mahan, Escott-Stump & Raymond, 2012). IBS är en kronisk intermittent sjukdom med oregelbundna skov och symptomfria perioder emellan. Den förekommer i tre former; IBS med diarré, IBS med förstoppning och en blandform med både diarréer och förstoppning (Skypala & Venter, 2009). Blandformen är den vanligast förekommande. Symptomen vid IBS är väldigt individuella men vanliga symptom är gasbildning, buksmärtor, diarré och förstoppning, trötthet, ryggsmärta, dysuri, gynekologiska besvär, nedsatt libido, sömnstörningar och psykosociala besvär som t.ex. ångest och depression (Mahan, Escott-Stump & Raymond, 2012). Smärtan förvärras ofta efter måltid och lindras vid tarmtömning. Problemen förekommer sällan nattetid. För att fastställa sjukdomen krävs uteslutande av andra möjliga åkommor, t.ex. tester för celiaki, IBD, coloncancer och anemi. Efter detta måste två av tre kriterier uppfyllas för att ge diagnosen. De så kallade Rome III-kriterierna lyder: ”återkommande besvär av smärta eller obehag i buken under minst tre dagar per månad de senaste tre månaderna, symptomdebut för minst sex månader sedan och med minst två av följande tre karaktäristiska” Dessa innebär 1. lindring av defekation, 2. försämring associerad med förändrad avföringsfrekvens, 3. försämring associerad med förändrad avföringskonsistens (Drossman & Dumitrascu, 2006). Det finns även studier som visar att personer med IBS har en annorlunda tarmflora än icke-IBS (Malinen et al, 2005; Kassinen et al, 2007). Det är ännu inte känt vad som orsakar IBS men vanliga teorier är att det uppkommer vid stress eller infektioner (Ghoshal, Park & Gwee, 2010) och att även genetiska faktorer kan spela in om IBS förekommer i släkten (Saito, 2011).

Behandling av IBS

Allmän behandlingsdel - vad behandlingen går ut på

Vid IBS finns det ingen bot utan behandlingen går ut på att lindra symptomen. Få studier har gjorts på kosten och fokus har legat på medicinsk respektive psykologisk behandling. IBS är en komplicerad sjukdom som kräver stort deltagande av patienten och det finns ingen enskild behandling utan oftast används en kombination av behandlingar (Isaacs & Long, 2013).

Traditionell kostbehandling

I Sverige har det traditionellt sett inte funnits någon specifik kostbehandling av IBS, utan patienter har följt SNR (Svenska Näringsrekommendationer) med vissa restriktioner (Läkemedelsboken, 2011/2012). Traditionell kostbehandling vid IBS består av enkla råd om en jämn måltidsordning, att äta ofta med mindre portioner och att tugga maten ordentligt och länge (Isaacs & Long, 2013). Vid IBS är det även vanligt med malabsorption av livsmedel och därför är det viktigt vid kostbehandling att maximera digestion och absorption (Hayes et al, 2014). Ofta rekommenderas laktosfria livsmedel och att man begränsar intaget av gasbildande livsmedel. Man rekommenderar även att minska på kolsyrade drycker. Intaget av kaffe begränsas, då kaffe kan ha en effekt på mag-tarmkanalen genom ökad motorik (Rao et al, 1998). Vid IBS är det även vanligt att man har ökad känslighet för gluten och studier visar att personer med IBS har ökad risk att drabbas av celiaki än kontrollgrupp (Hayes et al, 2014). Detta kan dock vara svårt att bedöma då många av symptomen är liknande, t.ex. magsmärtor, uppblåsthet och diarré. Dock kan glutenfri diet vara en fördel vid IBS (ibid.). Många IBS patienter upplever symptom vid högt intag av fett, t.ex. kramper, diarré, smärta och uppsvälldhet.

Kost med högt fiberinnehåll har länge varit en vanlig behandlingsmetod vid IBS (Ford et al, 2008). Syftet har då ofta varit att behandla diarré och förstoppning. Det rekommenderas att använda fibrer som är lösliga i tarmen, då olösliga fibrer kan förvärra symptom (ibid). Det kan även finnas stora enskilda variationer i fiberbehov. Ökat kostfiberintag kan ha fördelar men det är viktigt att utgå från de individuella behoven. Högt fiberintag kan ha motsatt effekt för vissa patienter (Skypala & Venter, 2009). Kostfiber kan även ha en prebiotisk effekt på tarmfloran (Mahan, Escott-Stump & Raymond, 2012). Effekten av kostfiber varierar från individ till individ. Vid IBS patienter finns en mängd olika kostrekommendationer som ibland är i konflikt med varandra. Det finns få studier om IBS patienternas kostvanor och relationen mellan särskild kost och IBS symptom.

Patienter med IBS begränsar ofta sin kost och kan därmed gå miste om viktig näring. Därmed ökar risken för näringsbrist (Stevenson et al, 2014).

Probiotika och prebiotika

Tarmfloran har stor betydelse för tarmhälsan då den kan påverka tarmslemhinnans utseende och funktion och ge motståndskraft mot infektioner (Ford et al, 2014). En bra behandling som ofta rekommenderas är så kallad probiotika som definieras som "levande mikroorganismer som, när de intas i tillräckliga mängder, ger en hälsofördel" (Chauhan & Chorawala, 2012) och kan därför påverka tarmfloras sammansättning. Det är oklart vilka sort som är mest effektiv vid IBS men vanliga släkten är *Bifidobacterium* och *Lactobacillus* (Isolauri, Salminen & Ouwehand, 2004). Det är inte helt utrett vilken dos av probiotika man ska ta eller hur länge behandlingen ska pågå.

Förutom probiotika används även prebiotika och det definieras som "en icke-digererbar livsmedelsingrediens som har en positiv påverkan på värden genom att selektivt gynna tillväxt och/eller aktivitet av en eller begränsad antal bakterier i colon och därmed stärka hälsan" (Chauhan & Chorawala, 2012). Exempel på prebiotika är kostfiber och oligosackarider som t.ex. fruktooligosackarider, galaktooligosackarider och inulin.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har visat sig ha positiv effekt på fysiskt välmående respektive livskvalitet och minskar symptom för depression samt reducerar stress och gastrointestinala symptom (GI) vid IBS (Johannesson et al, 2011). Patienter med hög fysisk aktivitetsnivå upplever ofta mindre symptom än fysisk inaktiva. Fysisk aktivitet har även en fysisk positiv effekt på avföringsmönster särskild vid förstoppning. Fysisk aktivitet är därför något som rekommenderas vid IBS (ibid.). Det är dock ännu oklart vilka fysiologiska mekanismer som påverkas vid fysisk aktivitet och typen av fysisk aktivitet verkar spela in då exempelvis vid uthållighetsidrotter såsom löpning, cykling och triathlon kan ökade GI-symptom påvisas.

Läkemedel

Få läkemedel har visat sig ha övergripande effekt vid IBS. Oftast behandlar man enskilda symptom vid läkemedelsbehandling (Läkemedelsboken, 2011/2012). Exempel på läkemedel som oftast används är antidepressiva läkemedel och läkemedel mot förstoppning respektive diarré. Behandling med läkemedel kan dock vara problematisk då det kan ge bieffekter och även ha en placeboeffekt vid läkemedelsstudier. Antidepressiva läkemedel har större effekt hos patienter med IBS och övervägande diarrébesvär. Det är även vanligt att man tar mediciner mot smärta (ibid.). Då inga läkemedel har effekt på alla symptom vid IBS används sällan läkemedel som en enskild behandling utan oftast i kombination av läkemedels-, psykologisk- och kostbehandling.

Kognitiv beteendeterapi och hypnos

Vid IBS förekommer flera psykologiska faktorer t.ex. ångest och depression och det är därför vanligt att man även har psykologisk behandling (Kearney & Brown-Chang, 2008). De vanligaste och mest studerade är hypnoserapi och kognitivbeteende terapi (KBT).

Hypnos: Hypnoserapi vid IBS har visat sig att ha goda effekter för att minska symptom (Lee, Choi & Choi, 2014). Exempelvis har det god effekt på att minska magsmärtor och ger även bättring av övriga GI-symptom. Dock finns det inga långtidsstudier på effekten av hypnos utan de positiva effekterna har setts på kortsiktigt gjorda studier. Hypnoserapi ges ofta till patienter med svåra symptom som inte svarar på traditionell behandling då det är en tidskrävande metod som finns i begränsad tillgänglighet inom vården (ibid.).

KBT: vid kognitiv beteendeterapi fokuserar man på att identifiera och behandla negativa tankemönster och behandlingen visat sig särskilt effektiv vid depression och ångestsyndrom. Flera studier har gjorts inom KBT vid IBS och KBT har visat sig vara en positiv behandlingsmetod för IBS. Det har visat sig att ha positiva effekter på avföringsmönster och livskvalitet. Även här finns det nackdel av att det är en tidskrävande behandling som kräver flera sessioner hos psykologen (Li et al, 2014).

Övrig behandling

Det finns även andra behandlingsmetoder som kan användas vid IBS. En vanlig metod är stresshantering och mindfulness där man får lära sig att hantera stress. Dessa har visat sig att kunna minska symptom, magsmärtor och diarré. Liknande resultat har uppnåtts genom meditation och yoga (Kearney & Brown-Chang, 2008)

FODMAP

En relativt ny form av kostbehandling vid IBS som har blivit allt mer vanlig de senaste åren är FODMAP (Fermentable oligo-, di- and mono-sacharides and polyols). Metoden är utvecklad i Australien och går ut på att begränsa intaget av korta, fermenterbara kolhydratkedjor. Dessa kolhydrater har gemensamt att de absorberas dåligt i tarmen, är osmotiskt aktiva och fermenteras lätt av mikroorganismer. Dessa inkluderar fruktos, laktos, olika former av kostfiber samt sockeralkoholer. Flera studier har gjorts på användningen av FODMAP och man har sett att så mycket som 75 procent av IBS-patienter som prövar metoden får mildare symptom (Staudacher et al, 2011; Gibson, 2011). Metoden fokuserar dock endast på kolhydrater och tar ingen hänsyn till möjliga andra kostrelaterade symptom, som till exempel vid högt intag av fett. Det finns ingen evidens för att IBS-patienter konsumerar mer FODMAP i sin kost än friska personer och man har därför uteslutit FODMAP som en potentiell orsak till att personer får IBS (Gibson, 2011). Dessutom visar studier att en låg FODMAP kost kan ha en effekt på tarmfloran och man rekommenderar därför inte en långtidsbehandling utan fokus ligger på att identifiera vilka livsmedel som ger symptom och endast utesluter dessa (Halmos et al., 2014). Dock behöver fler studier göras på långtidseffekten.

Fruktos finns naturligt som sockerart i frukter och grönsaker. Inom FODMAP begränsar man därför intaget av frukter och grönsaker med hög andel fruktos i förhållande till glukos. Intag av glukos i samband med fruktosintag underlättar upptaget av fruktos. Detta sker genom transport via GLUT-2 transportörer och därmed förhindras att fruktosen fermenteras i tarmen. Den optimala kvoten av fruktos/glukos har i tester tagits fram till 1:1 (Latulippe & Skoog, 2011). Vanliga livsmedel som begränsas inom FODMAP på grund av sitt fruktosinnehåll är till exempel äpple, päron, vattenmelon, mango, bondbönor, sparris och honung. Även

fruktjuice och fruktkonserver i spad kan innehålla en hög andel fruktos och bör därför intas med försiktighet (Gibson och Shepherd 2009).

Det är många som reagerar på laktos i mejeriprodukter vid IBS (Barrett et al, 2009). Inom FODMAP rekommenderar man därför att välja laktosfria alternativ. Det behöver inte vara fråga om fullt utvecklad laktosintolerans utan kan vara en laktoskänslighet eller laktosmalabsorption som kan vara så vanligt som att förekomma hos 25 procent av patienterna med IBS (ibid.).

Oligosackarider inom FODMAP består ofta av fruktooligosackarider (eller fruktaner som de också kallas) och galaktooligosackarider (eller galaktaner). Även den längre kolhydratkedjan inulin kan ge symptom vid IBS och man brukar begränsa innehållet av detta vid FODMAP-behandling (Gibson och Shepherd, 2009). Fruktaner består av ca 2-9 fruktosmolekyler och när sackariderna är längre än 10 fruktosmolekyler långa räknas de som inulin. Kroppen kan normalt endast hydrolysera ca 5-15 procent av fruktanerna och dessa bidrar även till att dra ut mer vatten i tarmen vilket kan leda till diarré och uppblåsthet i höga doser (Fedewa & Rao, 2014). Det har uppskattats att så mycket som 24 procent av patienter med IBS kan vara känsliga för fruktaner. Källor till fruktaner och galaktaner i kosten är till exempel bönor, linser och kikärter, vete, korn och råg i bröd, pasta och mjölmät, vissa frukter och grönsaker som till exempel aprikos, grapefrukt, nektarin, persika, sharonfrukt, jordärtskocka, kålrot, alla former av lök och vitlök, rödbetor, sparris och svartrot. Även soja och sojaprodukter innehåller stora mängder av oligosackarider och kan ge symptom (ibid.). Det är därför viktigt att se över kost och näringsintag vid en vegetarisk kosthållning då många vegetabiliska proteinkällor går bort.

Sockeralkoholer används ofta som sötningsmedel som till exempel xylitol och sorbitol i halstabletter och sockerfritt tuggummi men finns även naturligt i vissa frukter och grönsaker. De frukter och grönsaker som begränsas är till exempel björnbär, dadlar, fikon, körsbär, plommon, avokado, blomkål och svamp. Därför bör alla sötningsmedel som slutar på -ol begränsas. Studier har visat att sockeralkoholer kan orsaka diarréer och att effekten är högre från intag av mannitol och sorbitol än av xylitol (Dapoigny et al., 2003).

Som vi tidigare nämnt kan man vid IBS även vara känslig mot gluten och detta är även en del i FODMAP-behandlingen då man vanligtvis utesluter gluteninnehållande livsmedel och byter ut dessa mot glutenfria alternativ. Detta gäller ofta främst pasta, bröd och mjölmät (Hayes et al., 2014).

Flera livsmedel inom FODMAP kan även intas i en begränsad mängd då en liten mängd har visat sig att inte ge symptom i samma utsträckning. Detta gäller bland annat vissa löksorter som till exempel purjolök och salladslök där det är tillåtet att äta den gröna delen av löken. Ett annat exempel är havre som tillåts i en mindre mängd (Gibson, 2011).

Kostbehandlingen

Behandlingen går ut på att alla livsmedel med högt FODMAP innehåll elimineras i två-sex veckor tills patienten inte upplever några symptom längre. Oftast träffar man en dietist innan behandlingen utförs för att gå igenom kosten och göra en mat- och symptomdagbok. Vid detta besök förklaras även behandlingsprocessen i detalj och vad som kommer utföras. När man sedan är symptomfri får man successivt reintroducera livsmedel för att se vilka livsmedel som ger symptom (Gibson och Shepherd, 2009). Under reintroduktionen testar man även vilken mängd av livsmedlet man klarar av, till exempel kan det vara att man först testar att äta lite

grann första dagen, sen en halv portion andra dagen och tredje dagen en hel portion för att även se om man får symptom av en liten mängd eller om det krävs en större portion för att få symptom (ibid.). I elimineringsfasen används ofta särskilda livsmedelslistor som kan vara indelade efter grönmarkerade tillåtna livsmedel, orangemarkerade livsmedel som kan intas i begränsad mängd och rödmarkerade otillåtna livsmedel. Ett exempel på hur en lista kan se ut presenteras i bilaga 1 (Aglée, 2012). I det material som ofta används av svenska dietister ingår även listor för färdiga livsmedel och shoppinglistor med bra livsmedel man kan söka efter i butik. Powerpoint och föreläsninganteckningar kan även ingå i materialet för att användas i gruppbehandlingar (Ibs-fri, 2014). Användning av FODMAP kräver god kunskap i livsmedelsvetenskap och näringslära för att undvika näringsbrister. Ett problem med behandlingen är att de livsmedel som begränsas är vanliga i delar av västvärlden och därför kan det ställa stora omställningar för den enskilda patienten (Gibson & Shepherd 2005). Man har också sett att följsamhet är särskilt viktigt för att få resultat av behandlingen (Gibson & Shepherd, 2009). Vissa näringsbrister kan förekomma om livsmedel bara begränsas och inte byts ut mot andra alternativ, till exempel kan brist på folat, tiamin och vitamin B6 förekomma vid en kost med begränsat intag av cerealier och brist på kalcium och vitamin D kan uppstå när man avstår från mjölkprodukter (Hwang, Ross & Mahadevan, 2014). Det är därför särskilt viktigt att se till att ersätta det man begränsar med likvärdiga alternativ. Många patienter väljer även att själva begränsa sitt intag av vissa livsmedel innan kontakt med en dietist vilket kan försvara behandlingen (Staudacher et al., 2014).

FODMAP vid andra sjukdomstillstånd

En del studier har gjorts där man har tittat på sambandet mellan FODMAP-livsmedel i kosten och andra sjukdomstillstånd som påverkar mag-tarmkanalen, till exempel Crohns sjukdom och ulcerös kolit där symptomen kan vara liknande dem vid IBS men där sjukdomsbilden och orsakerna kan vara annorlunda. Man har funnit att så många som 50 procent av patienter med Crohns sjukdom kan få symptomlindring vid en FODMAP-behandling (Geary et al., 2008). Denna siffra är dock helt beroende på patienternas följsamhet med behandlingen. Liknande effekter har setts vid Ulcerös kolit, dock inte i samma utsträckning (ibid.).

Studier har även gjorts på sambandet mellan FODMAP och enteral nutrition där det visar sig att sondnäring med högt innehåll av FODMAP oftare gav följder såsom diarréer hos patienterna. Dock fann man att även längden av sjukhusvistelsen och tiden som man fick enteral nutrition hade en effekt på förekomsten av diarré varpå mer forskning behövs i frågan (Halmos et al., 2010).

Mot denna bakgrund kan det finnas evidens för en utökad användning av FODMAP som en behandling för flera former av gastro-intestinala sjukdomar även om mer forskning behövs för att bekräfta de fynd som har gjorts (Staudacher et al., 2014).

I en D-uppsats gjord vid Uppsala Universitet kom man fram till att så många som 25 procent av svenska dietister inte känner till FODMAP (Andersson, 2013). FODMAP är en relativt ny behandlingsmetod och relativt få studier finns gjorda på den, särskilt i Sverige. Oss veterligen har ingen studie heller gjorts på dietisternas uppfattning och erfarenheter av att arbeta med FODMAP.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka och belysa dietisters erfarenheter, uppfattning och hantering av FODMAP.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur använder, uppfattar och upplever dietisterna arbetet med FODMAP?
- Hur har dietisterna kommit i kontakt med FODMAP?
- Hur väl känner de egentligen igen FODMAP?

METOD

Innan studiens början hade vi ganska begränsade förkunskaper om FODMAP och behandlingen. För den ena av författarna var begreppet helt nytt medan den andra hade stött på det lite grann under sin VFU (Verksamhetsförlagd utbildning) inom primärvården där metoden nyligen hade börjat användas och dietisterna själva hade börjat sätta sig in ordentligt i hur behandlingen fungerade.

Urvals metod

Kriterier för att delta i studien var att personen var verksam inom professionen dietist i landsting och aktivt jobbade med IBS-patienter och FODMAP. Vi skickade meddelande till alla Sveriges landsting via kontaktpuppgifter vi fick från Sveriges kommuner och landstings hemsida (Sveriges kommuner och landsting, 2014), från Skåne upp till Norrland med förfrågan om att komma i kontakt med dietister som jobbar med IBS-patienter och använder sig av FODMAP. Landstingen vidarebefordrade förfrågan ut till sina anställda dietister och de som var intresserade återkopplade till oss via mail. Från dessa valde vi ut de som hade erfarenhet av att arbeta med FODMAP och kontaktade dem i syfte att bestämma tid och plats för intervju. Kontakt med dietister respektive tidsbokning för intervju skedde via e-post. De dietister som ville delta i studien fick informationsbrev (se bilaga 2).

Datainsamlingsmetod

I studien användes öppen/ostrukturerad kvalitativ intervju samt *mindmap* för att välja intressanta ämnen för intervjun som sammanställdes i en frågeguide. Frågorna gällde dietisternas erfarenhet, svårighet, för- och nackdelar och liknande om FODMAP (se bilaga 3). På grund av att informanterna verkar i olika län utfördes vissa intervjuer via besök och vissa via telefon. Vi erbjöd även kontakt via Skype men ingen utfördes med detta. Totalt intervjuades 12 dietister, varav 5 intervjuer gjordes över telefon och övriga 7 via besök. Alla intervjuer spelades in efter samtycke från informanten. Vid intervjuerna användes två inspelningsapparater, en diktafon och två olika inspelningsappar, *voice recorder* och *röstinspelaren*, beroende på om vi gjorde besök respektive vid telefon. Inspelningar transkriberades ordagrant efter varje intervju. Vid transkriberingen användes programmet *Wavepad sound editor* för PC.

Intervjuerna varade mellan 15 och 60 minuter beroende på dietisternas upplevelser och erfarenhet av FODMAP. I största mån möjligt deltog båda författarna i intervjuerna men några hölls enbart av en författare. När båda författarna deltog i intervjuerna delades ansvaret att ställa frågor till båda. Vi har även intervjuat personen bakom *IBS-fri* för att få djupare förståelse för behandlingsmetoden.

Efter varje intervju valde vi att diskutera kring samtalet med dietisterna och detta gjordes översiktligt samt genomgripande. Detta gjorde vi för att få mer förståelse

Analysmetod

Studiens textanalys baseras på kvalitativ innehållsanalys. I kvalitativ innehållsanalys fokuserar man på tolkning av texter och det används ofta som metod vid tolkning av utskrivna intervjuer (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Vi har använt oss av ett induktivt förhållningssätt, det vill säga en förutsättningslös analys av texter. Detta förhållningssätt är bra att använda vid intervjuer då det förutsätter att det kan finnas mer än en tolkning av det givna materialet och att alla resultat måste ses i sin egen kontext. Transkriberingarna av samtliga intervjuer lästes igenom och innehållet delades in i sju kategorier: kunskap och erfarenhet, källa till kunskap, enskilda samtal och grupper, tankar om materialet, svårigheter med FODMAP, närings- och hälsoperspektiv och motivation. Citat i talspråk skrevs om till skrivspråk och användes för att presentera resultat. Meningsbärande enheter i texten plockades ut och kortades ner och kondenserades för att behålla kärnan i innehållet samtidigt som själva texten blev mer lätthanterlig. Exempel på hur analysen gått till ges i figur 1.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori/tema
Det är bättre att kunna lära patienterna om det här... tycker det är viktigt att de förstår vad det är eller vad det kan vara som dem får besvär av I de flesta fallen får man väldigt snabba resultat ... på en vecka så är många symptomfria	Bra att informera patienterna Man ser snabba resultat på många	Informera patienter Snabba resultat	Kunskap och erfarenhet

Figur 1 illustrerar analysmetoden för att komma fram till teman/kategorier

Tillförlitlighet och bekräftelse

Att bedöma tillförlitligheten hos en subjektiv intervju är svårt men några faktorer som ökar tillförlitligheten hos vår studie är att vi har gjort en noggrann beskrivning av vår metod och att vi använder oss av citat från våra intervjuer i vårt resultat. Båda författarna har även läst igenom och diskuterat transkriberingarna och har varit delaktiga i analysarbetet vilket även det ökar tillförlitligheten. I en intervjustudie är det omöjligt för forskaren att behålla en neutralitet till studien då hen oundvikligen blir en medförfattare till materialet som används och det går därför inte att bedöma neutraliteten i studien (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Informanterna kommer även att ha möjlighet att ta del av den färdiga uppsatsen och bekräfta resultatet.

Etiska reflektioner

Samtliga deltagare fick innan intervju ta del av ett informationsbrev där syfte och upplägg för studien presenterades (se bilaga 2). Tillåtelse att spela in intervjun efterfrågades innan intervjuerna inleddes. Information gavs om att intervjun är frivillig och deltagande kan avbrytas när som helst utan att orsak behöver ges. Materialet hölls konfidentiellt och vid transkribering kodades informanternas svar för att inte kunna identifieras av andra. Informanterna informerades om detta och samma koder användes vid citat.

RESULTAT

Resultatet är indelat i 7 kategorier. Resultaten understöds av citat som vi har fått från våra intervjuer. De dietister som vi har intervjuat presenteras med koderna D1-D12.

Kunskap och erfarenhet

Informanterna har allt från några månader upp till ett halvår, ett år eller ett och ett halvt års och som mest 11 års erfarenhet av FODMAP. Antal behandlade patienter varierar för informanterna, från ett par stycken till ett 30-tal. En del av dietisterna möter IBS-patienter varje vecka medan andra träffar några stycken mer oregelbundet. En del av dietisterna har påbörjat sin karriär med FODMAP och har inte riktigt använt de generella kostråden lika länge. Vårt resultat har visat att innan de kom i kontakt med FODMAP så användes de generella råden vid IBS och oftast vid endast ett besök per patient. Informanterna tycker att behandlingsmetoden är bra, man får snabba resultat och det blir konkret och tydligt för patienten.

Kunskaper och erfarenheter om FODMAP varierar. Vissa informanter upplever att förkunskap med FODMAP är något som dietistutbildningen bidrar sparsamt med och hänvisar till att den enskilde dietisten skulle kunna lära sig mycket mer på egen hand samt att praktiken bidrar med en helt annan erfarenhet. Flera kände dock att det behövdes vidare utbildning från någon med erfarenhet med behandlingen. Medan andra informanter även tillägger att det är bra att samarbeta flera dietister och tillsammans sätta sig in i materialet samt komplettera varandra. Det är viktigt att sätta sig in i materialet och ha goda kunskaper om vad FODMAP är och hur det fungerar för att kunna vägleda patienter i behandlingen och kunna identifiera samt lösa problem som uppstår. När det gäller IBS och även kostbehandling i allmänhet är det särskilt viktigt att ha goda kunskaper i livsmedelsvetenskap för att kunna besvara frågor och veta vad som gör ett livsmedel tillåtet eller o tillåtet inom FODMAP.

“Ju mer man kan desto lättare blir det att arbeta med FODMAP” (D10)

“Kanske det borde finnas med mer under själva dietistutbildningen, kanske mer kostinriktat, mer praktiskt istället för att bara beskriva hur besvären uppkommer utan mer om hur de undviker besvären” (D2)

“Det är ju bra att man är insatt och har en detaljkunskap i livsmedelskunskap och har översikt samt har koll på patienten, för att kunna hjälpa patienten på vägen i den här krångliga behandlingen” (D7)

Upplevelsen av behandlingsmetoden varierar, att det kan gå långsamt eller gå väldigt fort framåt. Det räcker dock ofta inte med goda kunskaper om IBS respektive FODMAP för att effektivt kunna behandla patienter. Ofta krävs det även erfarenheter och tid för att sätta sig in i rutiner och behandlingsmetod för att bli väl insatt i metoden. Informanterna upplever att det krävs många patienter och att man har IBS-patienter ofta för att kunna använda metoden på ett bra sätt. Däremot känner informanterna att man måste göra en bedömning av patientens situation innan behandlingen startar då den kanske inte passar för alla. Vissa avgör detta genom att använda sig av en kostanamnes eller kostregistrering samt andra material och bedömning av symptom för att få en helhetsbild. Informanterna upplever att behandlingen ger snabba och effektiva resultat och att i vissa fall kan patienterna bli symptomfria efter en vecka. Dock finns det även fall där patienterna inte har upplevt förbättring eller har avslutat behandlingen då de tyckt att den varit för komplicerat. Ofta mår de patienter som fullföljer behandling bättre och upplever minskade symptom och känner sig glada över att ha en tydlig

behandling som ger resultat. Det visar på att följsamheten är viktig för att få resultat. Ofta kan det även handla om att patienten lär sig vilka livsmedel som ger symptom och i vilken mängd och anpassar sig efter detta.

“Det krävs utbildad, påläst dietist, mycket tid och flera patienter” (D2)

“De flesta har ju märkt att de har blivit bättre i magen, oftast fått mindre uppblåsthet och mindre gaser. Vissa har också fått förbättrade avföringsvanor med minskad förstoppning eller diarréer och smärtan i magen har förbättras också” (D4)

“Tidigare var det lite svårt att patienterna helt symptomfria, det var alltid någonting som blev kvar” (D1)

“Det är en strukturerad behandlingsmetod som kan hjälpa de som inte har blivit hjälpta av de traditionella råden vid IBS” (D8)

“Det är systematiskt och ganska lätt att förstå för patienterna. Om det inte fungerar, då har man provat det man kan och inte fortsätter prova i all evighet” (D3)

Källa till kunskap

Källa till kunskap varierar. Det finns flera olika sätt som informanterna har kommit i kontakt med FODMAP. I flera fall har informanterna fått tillgång till metoden direkt från dietisten Sofia Antonsson via föreläsningar och utbildningar genom hennes företag *IBS-fri* i samband med möten eller utbildningsdagar. I andra fall har informanterna börjat jobba på ett sjukhus eller en vårdcentral där metoden används och har därigenom själva fått ta del av arbetet och lära sig den vägen. En annan vanlig inkörsport har varit att personen har stött på FODMAP under sin utbildning, antingen via föreläsningar eller under praktik och sen själv byggt upp ett intresse för metoden. Det finns även fall där personen har haft ett intresse och själv tagit fram fakta och material för behandlingen som sedan inspirerat andra dietister i landstinget. Dock är det nästan ingen som kommit i kontakt med FODMAP under grundutbildningen.

“Det var Sofia Antonsson som var här och föreläste” (D1),

“Jag kom i kontakt med det under min dietistpraktik när jag var på vårdcentralen men när jag började här så hade mina kollegor redan inhandlat FODMAP materialet och jobbade redan med det” (D4)

Enskilda samtal och grupper

Det finns flera olika metoder bland informanter angående hur man jobbar med IBS-patienter och FODMAP. De flesta har patienterna i enskilda samtal som kan variera mellan 2-4 samtal för en behandling medan andra även använder FODMAP i gruppsamtal på 4-5 möten.

I de enskilda samtalen har man följt behandlingsmönstret efter bästa förmåga och gjort de ändringar som behövs för att fungera med tillgänglig tid och resurser. Ändringar kan till exempel röra antalet besök och tiden som går mellan dem, oftast på grund av brist på tid och långa väntetider hos dietisterna. Vissa informanter går direkt in och pratar om FODMAP med sina patienter medan andra testar det traditionella först och använder FODMAP när ingenting annat ger resultat. Ofta vid första besöket tas en kostanamnes eller att patienten får göra en kost- och symptomdagbok som sedan ligger till grund för fortsatt behandling. Vid andra

besöket gås behandlingen igenom noggrant och patienten får sedan äta en låg FODMAP-kost i 2-4 veckor tills patienten är symptomfri.

Vid tredje besöket ges återintroduktionen igenom och sedan testas livsmedlen med dietisten som stöd och det fjärde besöket används som uppföljning. I vissa fall används även telefonuppföljning istället för det fjärde besöket. I de fall där det endast fungerar med ett par besök får patienten ofta information om behandlingen vid första besöket där även en anamnes görs och sen används ett besök till för information om återinförande. Det förekommer även att patienterna får göra en kost- och symptomdagbok för egen skull som dietisten inte tar del av och använder i sin behandling. Alternativt kan det vara ett enkelt samtal där man pratar om FODMAP utan att gå in på en avancerad behandling.’

“Man försöker jobba utefter guiden från Sofia Antonsson men med förändringar utifrån hur det fungerar” (D8)

“Jag tycker det ger så mycket mer information när man sitter dietist och en enstaka patient” (D5)

“Träffar man dem individuellt så ger vi mer förslag på vad de kan äta och ändra på utifrån kostenamnesen.” (D1)

I gruppsamtalen används ofta fyra tillfällen och vid behov kan det även bli ett femte tillfälle. Vid första besöket ges generella råd om IBS. Sedan får patienterna komma tillbaka efter en vecka och då ges information om FODMAP-behandlingen. Vid tredje besöket stämmer man av hur det går och i vissa fall får patienterna även lyssna på en fysioterapeut och vid fjärde besöket pratas mer om återintroduktionen. Om patienterna har stora problem eller tar längre tid att bli symptomfria kan ett femte tillfälle sättas in för att följa upp. Om patienterna behöver mer stöd kan de sedan få individuella besök där man kan gå igenom kost- och symptomdagbok noggrant och även titta på andra faktorer som kan påverka, som till exempel stress. De informanter som använder grupper försöker att använda detta i första hand men vissa patienter får ändå enskilda samtal. Det kan då röra sig om till exempel behov av tolk, sociala problem som exempelvis social fobi eller om det finns andra sjukdomstillstånd med i bilden som till exempel diabetes eller vikt förlust. Fördelar med gruppsamtalen kan vara att patienter får ta del av varandras erfarenheter och kunna inspirera och stötta varandra, vilket flera informanter upplever som något positivt. De dietister som använder grupper upplever även att det är bättre resursmässigt då de lättare kan ta hand om flera patienter med flera besök än vid individuella besök där de sällan har möjlighet för fulla fyra besök. En nackdel med grupper upplevs dock med att det är svårare att gå på djupet och ge individuella råd till patienter med svårigheter än det är när man träffar dem individuellt. Det kan även vara svårt att få en utförlig bakgrund från patienten.

“Alla känner verkligen av gruppdynamiken. Det blir nästan att de hjälper varandra verkligen” (D5)

“Det har varit väldigt positivt med gruppen faktiskt. Många tycker att det är väldigt bra det här med att träffas, dels för att få prata om sin IBS med folk som har exakt samma problem men också det här med att när vi kommer igång med kosten så kan de diskutera FODMAP med varandra och kanske ge varandra tips och sådana saker. Egentligen för de som kan gå i grupp är det bra att de gör det tror jag” (D4)

Tankar om materialet

Ett arbetssätt kan vara att man som dietist har material från privat företag, där dietisten Sofia Antonsson har föreläst för vissa dietister i olika län. De använder sig av listorna som hon har skrivit och skräddarsytt från vetenskapliga artiklar. Det finns även mobilapp och kokbok från samma företag att använda. Ett annat arbetssätt är att ta fram eget material eller ha planer på att köpa in materialet.

Dietisterna köper in materialet som också kan inkludera föreläsningssanteckningar och powerpoint-presentation. Materialet upplevs som lättanvänt, bra samt omfattande och dietisterna tycker att det är skönt med tydliga listor som kan presenteras för patienten. Materialet uppfattas som något som underlättar behandlingsprocessen. Dock kan problem uppstå när livsmedel inte finns med på listorna som patienterna sedan frågar om och flera av informanterna känner också att det är svårt med de livsmedel som saknas. Informanterna upplever också att det kan bli krångligt för patienterna med olika listor som säger olika saker. Informanterna tycker dock att uppdelningen mellan gröna (tillåtna), orangea (begränsad mängd tillåten) och röda (otillåtna) livsmedel går lätt att använda pedagogiskt för att få patienterna att fokusera på vad de kan äta istället för vad de inte kan äta. Viss återhållsamhet märks även från informanternas sida mot att materialet kommer från ett privat företag och inte från någon form av myndighet eller yrkesorganisation, även om de tycker det är positivt att det är en dietist som står bakom materialet. Det kan vara svårt att få tag på materialet när det är kopplat till ett privat företag. De kan dock även se fördelar med det, till exempel i form av behov att kunna tillhandahålla en uppdaterad och användbar produkt och att användarna kan återkoppla till företaget och få svar på frågor. De informanter som är skeptiska till materialet håller sig även uppdaterade själva genom att läsa vetenskapliga artiklar och annan aktuell forskning och tycker att det behövs mer forskning i ämnet för att kunna bedöma behandlingsmetodens användbarhet. En del av informanterna använder dessutom inte hela materialet utan väljer ut vissa delar, som exempelvis livsmedelslistorna och endast använder dessa, ibland i kombination med eget material. I några landsting har även kostnaden att köpa in materialet uppstått som ett hinder för att införa FODMAP som en behandlingsform.

“Även om jag köper in material från IBS fri så jag vill ändå kolla lite på vetenskap bakom. Jag litar på att hon är bra dietist som har koll på det material som hon ger ut men man vill ju ändå ha koll” (D7)

“Det är det jag använder, både föreläsning därifrån och lite manus från föreläsningarna och också patientmaterialet med listorna på livsmedel som vi delar ut till patienterna” (D4)

“Jag tycker vissa saker är bra, det är tydligt med listorna och det är just listorna som jag har använt mig av. Jag brukar inte använda hela materialet utan jag beskriver hur man ska låta bli att äta dem rödmarkerade och så får man komma överens om hur lång tid de tror sig klara av. Så jag väljer delar av materialet” (D3)

“Det hade varit bättre om DRF (Dietisternas Riksförbund) hade plockat hem det här och gjort ett material som inte var kopplat till någonting utan mer till vår profession, kan jag tycka” (D6)

“Jag tycker det sker ändå en ständig utveckling å det har gått ganska fort. Det tror jag hänger på att det har varit en person och inte en myndighet som tagit fram det” (D5)

Svårigheter med FODMAP

Svårigheter finns med FODMAP-behandlingen. Som tidigare har nämnts så kräver metoden stora kunskaper och flera patienter för att bygga upp en rutin kring behandlingen. En annan vanlig brist som togs upp är att metoden enbart fokuserar sig på kolhydrater och inte tar upp andra möjliga orsaker till symptom, som till exempel stress eller andra livsmedel som kan orsaka problem. Informanterna väljer därför att blanda in de traditionella råden vid IBS även i FODMAP-behandling eller bara sätta in FODMAP på patienter med allvarliga symptom. Svårigheter upplevs även vad gäller behandling av vegetarianer och veganer då många vegetabiliska proteinkällor går bort. Svårigheter kan även uppstå när behandlingen inte ger förväntat resultat och dietisterna då behöver undersöka om någon annan faktor har spelat in. Det kan även uppstå problem med att få remisser från läkare eller att det inte är de själva som bokar in sina patienter. Problemet blir då att andra yrkesgrupper inte känner till att behandlingen finns och att många patienter då kanske inte får träffa en dietist därför att den som remitterar inte ser fördelen med ett dietistbesök. Detta kan även påverka bildandet av tidigare nämnda rutiner då färre patienter kommer till dietisten. Brister kan även finnas i diagnosticering av patienter där vissa kan komma till dietist utan att ha blivit ordentligt utredda, utan kan skickas till dietist med "trolig IBS" utan att ha blivit testade för till exempel glutenintolerans.

Svårigheter kan även gälla för patienter med mycket psykiska problem där kosten har en stor inverkan på den psykiska stabiliteten och där elimineringen av vissa livsmedel kan ses som omöjlig. Det är även vanligt att patienter fokuserar för mycket på vad de inte kan äta och att de är ovilliga att återintroducera livsmedel när de är symptomfria.

Många problem och svårigheter kan även uppstå för patienterna under behandlingens gång, som till exempel att det är svårt att äta ute eller köpa färdigmat utan det mesta måste lagas från grunden för att vara säker på att utesluta alla FODMAP-livsmedel. I vissa landsting kan det även vara svårt att hitta vissa av de livsmedel som nämns som okej att äta på livsmedelslistorna. Det kan även vara en nackdel att kosten kan bli väldigt begränsad och att livsmedel som anses nyttiga tas bort ur kosten. Det kan även bli problem om patienten redan har begränsat sin kost på egen hand och man måste ta bort livsmedel som personen faktiskt äter. Rapporter har också visat att på längre sikt kan en låg FODMAP-kost påverka tarmflora vilket gjorde att en av våra informanter var negativa till metoden.

"Ibland känner jag mig inte helt bekväm i det, det är nog för att jag inte har gjort det så många gånger heller, jag har inte fått in till en bra grund" (D8)

"Det kan bli lite problematiskt att man är vegetarian, för det är väldigt många vegetariska proteinkällor som går bort" (D4)

"Det är begränsning på frukter och grönsaker, men då får man ju inte visa det här får du inte äta, utan visa de att dem här funkar bäst. Det blir ju mest begränsande när det kommer till bröd för att man inte vill ha utav det vanliga brödet utan hellre glutenfritt eller surdegsbröd. Det blir ju en begränsning." (D7)

"Det är ingen annan som har den här kunskapen om FODMAP, läkare vet sällan vad det är för någonting. De skriver ibland bara i sina remisser att patienten själv pratar om FODMAP." (D2)

Närings- och hälsoperspektiv

Som vi redan nämnt kan en begränsad kost som FODMAP medföra brister nutritionsmässigt vilket ökar behovet av kunskap i livsmedelsvetenskap och näringslära för att kunna hitta bra alternativ till de livsmedel man utesluter. Det var ingen av våra informanter som hade gjort några näringsberäkningar på patienternas intag även om flera av de hade funderat på det. Ofta gick man snarare på symptom som viktnedgång för att bedöma ett lågt näringsintag och var skeptiska till att näringsbrister skulle uppstå under den korta tiden den strikta elimineringen pågick om man var noga med att fokusera på de gröna, tillåtna alternativen och ersätta det som uteslöts med likvärdiga livsmedel. Som vi varit inne på var det främst vid vegetarisk kost som informanterna hade uppmärksammat möjliga brister. Ofta kan dietisterna ha det som en del av traditionell IBS-behandling att patienten ska ha ett bra näringsintag och måltidsordning.

“Det är klart att man känner lite oro över att är det något näringsämne som de riskerar få brist på. De säger att det inte ska vara en sådan form av kost men det förutsätter kanske att man äter allt av det som är tillåtet” (D2)

“Oftast så går det ganska bra, jag brukar inte räkna speciellt på det. Just för att det finns oftast alternativ, det man väljer bort finns det oftast liknande varianter som fungerar lika bra” (D10)

Vad gäller hälsoperspektivet finns lite olika uppfattning bland informanterna hur en FODMAP-kost skulle påverka hälsan övergripande. En minskning av symptom kan påverka både den fysiska och psykiska hälsan positivt och ge en ökad livskvalitet. En begränsning av kosten kan göra den tråkig och enförmig samt påverka hälsan negativt. Det finns även vissa förbehåll för att en långsiktig FODMAP-kost kan ha negativa hälsoeffekter, främst i form av en försämring av mikrofloran, detta bland annat på grund av minskning av prebiotika. Det är allmänt accepterat att en strikt FODMAP-kost endast ska föras på kort sikt för att sen återinföra livsmedel och minska begränsningen av kosten. En annan hälsofördel som nämndes är att om patienten blir tvungen att laga mer från grunden så ökas medvetenheten om vad maten innehåller och näringsinnehållet kan då bli bättre. Informanterna är överens om att de endast erbjuder behandlingsmetoden till patienten som är den som har självansvar över sin hälsa och själva behöver anpassa sin kost.

“De rapporter som har kommit har ju inte varit positiva. Man får en mindre varierad tarmflora och man får sedan ökning i negativa bakterier eller mindre positiva bakterier och där tror man att det inte kommer bli bra på sikt” (D11)

“Man kan ändå hjälpa de här patienterna om man ser lite utanför FODMAP boxen. FODMAP är bara en del utav en kost, det är så mycket annat i kosten som jag tror är minst lika viktig att ta hänsyn till, inte bara för magen, men för hälsan överlag och inte gräva ner sig på det här med FODMAP att det ska vara den enda lösningen. För det är det inte” (D11)

“Personen i fråga som provar det här kan ju uppleva en förbättrad hälsa av att magbesvären minskar. Då är det ju ett hälsoperspektiv i den aspekten genom att patienten upplever en bättre hälsa” (D8)

“Om det hjälper så är det väl jättebra, det handlar om livskvalitet för människor så att man kan hjälpa dem att må bra” (D6)

Motivation

Informanterna har varit eniga om att den viktigaste komponenten för att uppnå bra resultat med en FODMAP-behandling har varit patientens motivation och följsamhet med behandlingen. Informanterna har upplevt att patienterna ofta har testat många olika behandlingar och blir motiverade av att få en tydlig behandling som kan ge resultat. Att få många patienter med lyckat resultat leder även till att dietisterna blir mer motiverade att använda behandlingen och ser mer lösningar på de problem som kan uppstå. Motivationen hos patienten har även använts av informanterna för att bedöma om en patient är redo för en FODMAP-behandling eller om det är bättre att testa andra behandlingsformer i första hand. Det kan till exempel röra sig om psykiska problem som står i vägen för ett resultat som dietisten anser behöver tas itu med först där patienten behöver remitteras vidare. Motivationsarbete kan även användas av dietisterna för att hjälpa patienter som låser sig för mycket i vad de inte kan äta och behöver fokusera mer på vad som är tillåtet.

“Patienterna som det går bra för blir väldigt nöjda och de är väldigt motiverade när de kommer” (D1)

“Vissa patienter tar vi enskilt och väljer att inte använda FODMAP. Det är till exempel om patienten har mycket psykiska problem eller är lite lågt begåvad och kanske inte kommer att förstå det här” (D4)

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Vårt resultat har sammanfattats i sju övergripande kategorier: Kunskap och erfarenhet, Källa till kunskap, Enskilda samtal och grupper, Tankar om materialet, Svårigheter med FODMAP, Närings- och hälsoperspektiv och Motivation. Dietisterna i studien befinner sig i olika grad av expertis inom FODMAP, de har mer eller mindre specialiserat sig i området. Vissa har flera års erfarenhet och har många patienter som de jobbar med medan andra har kortare erfarenhet inom området och fortfarande utarbetar bra rutiner och arbetssätt. Viktigt för arbetet med FODMAP angavs att ha goda kunskaper om FODMAP i grunden men även att ha tid och möjlighet att använda den till många patienter för att bygga upp en bra rutin med materialet. FODMAP sågs av de flesta som en effektiv, strukturerad med förmåga att ge goda samt snabba resultat och uppskattades mycket av dietisterna som något konkret att presentera för patienten istället för de generella råd vid IBS som tidigare användes, även om dessa ofta fortfarande inkluderas i behandlingen för de flesta dietister. I de flesta fall kommer kunskapen från Sofia Antonsson och hennes företag IBS-fri men en del av dietisterna har även själva funnit kunskap om behandlingen via vetenskapliga artiklar och annan forskning och sedan själva tagit fram eget material. Metoderna som dietisterna använder skiljer sig även åt mellan olika dietister. En del av dietisterna jobbar enbart med enskilda samtal med 2-4 besök medan andra använder sig främst av gruppsamtal med 4-5 tillfällen och endast använder enskilda samtal vid särskilda behov. Det kan då röra sig om psykiska problem eller samsjuklighet med andra åkommor, exempelvis diabetes. Flera av dietisterna skulle hellre ha sett att materialet kom från en myndighet snarare än ett privat företag. Dietisterna väljer därför ofta att själva hålla sig uppdaterade på den senaste forskningen. Brister uppfattas även i vissa av listorna när livsmedel saknas men listorna anses i övrigt som väldigt bra. Flera svårigheter identifierades även i studien. Bland annat uppfattas det som ett problem att FODMAP enbart fokuserar sig på kolhydrater när man har sett i studier att även andra näringsämnen och faktorer kan ge symptom. Problem kan även uppstå i form av att det sällan är dietisterna själva som tar in patienter utan att de ofta remitteras av läkare som kanske inte känner till att metoden finns. En låg FODMAP-kost kan på längre sikt även påverka tarmfloran vilket särskilt bekymrade en av

våra informanter. Behandling används dock ofta endast som en korttidsbehandling och dietisterna ser därför inga problem näringsmässigt men har olika syn på hälsoperspektivet och dess vinster. Den viktigaste komponenten för en lyckad behandling uppges vara motivation och följsamhet med behandlingen.

Metoddiskussion

Rekrytering och metodval

Vi hade ganska lätt för att få ihop dietister att intervjua, många hörde av sig med intresse och vi kunde därför inkludera dem som arbetade aktivt med FODMAP. Snarare kan man tänka sig att vi fick på gränsen till för många intervjuer och att man kanske borde ha begränsat sig ytterligare. Det blev i synnerhet mycket att göra med transkribering som tog längre tid att göra än vad vi hade planerat. Vi upplevde också att det var mycket material att gå igenom till vårt resultat och kände att 12 dietister kanske var för mycket. Risken finns när man har för mycket material att materialet blir svårt att hantera (Bryman, 2011), vilket vi ibland kunde uppleva en aning av när vi analyserade. Ett optimalt antal kanske hellre skulle ha varit ca 8-10 intervjuer. Ett annat alternativ är att välja ett mindre antal dietister och välja dem med några års erfarenhet av behandlingsmetoden istället för "jag jobbar lite grann" eller som nyligen har kommit i kontakt med metoden. Med hänsyn till den tid som finns för att utföra arbetet och författarnas övriga antaganden och privatliv skulle en kvalitativ öppen enkätundersökning kanske ha varit ett alternativ men med en så liten urvalsgrupp som landstingsanställda dietister som jobbar med IBS kan det vara svårt att få ihop tillräckligt med svar för att få ett signifikant resultat. Det kan också tänkas vara intressantare i dagsläget att få djupare förståelse för enskilda dietisters erfarenheter än att få statistiska data om användningen av FODMAP. Oss veterligen har ingen sådan undersökning gjorts tidigare och alla åsikter är därför av intresse. Ett annat alternativ hade kunnat vara att utföra en fokusgruppsstudie då man med detta kunde få många åsikter på liten tid och även studera dynamiken mellan olika erfarenheter men vi anser att det hade krävts mycket resurser för att få relevanta informanter på plats och att man där gärna vill ha en enskild intervjustudie att bygga sina svar på. Man hade då kanske behövt begränsa sig till vissa landsting i närheten av Uppsala som vi kunnat göra besök inom och inte göra som vi har gjort och inkludera dietister från hela landet.

Material och transkribering

Vi utgick ifrån en semistrukturerad frågeguide med öppna frågor i vår studie för att låta informanterna fritt kunna svara på frågorna efter bästa förmåga. Detta ger en större flexibilitet intervjun och underlättar för att ställa mer djupgående frågor baserat på de svar man får (Bryman, 2011). Risken finns dock att frågorna ger väldigt kortfattade svar och man måste då vara beredd på att följa upp svaren på ett bra sätt för att inte gå miste om någon information. Dock passade denna struktur bra för vår studie då vi fick god tillgång till informanternas egna upplevelser och tankar. Vid inspelningen av intervjuerna är det bra att ha mer än en inspelningsutrustning med sig och även som används under intervjuens gång utifall att inspelningen inte blir bra eller inte fungerar på en av dem. Vi upplevde att vi fick vissa problem med diktafonen i isolerade rum och under en av intervjuerna fick vi ingen inspelning då vårt inspelningsprogram stängde av sig själv. En bra bandspelare och en bra mikrofon är något att rekommendera om man väljer att intervjua, då relevanta data kan försvinna på grund av störningar, det vill säga att speciella fraser och uttryck går förlorade, vilket påverkar studier mer eller mindre (ibid.). En knappt hörbar intervju är svår att analysera. När man utför intervjuerna är det viktigt att fortsätta intervjun och samtidigt kunna anteckna det väsentliga trots hinder, om teknisk utrustning inte fungerar. Ju bättre kvalitet som kommer ut desto lättare att transkribera och desto mer får man ut utav intervjun. Dålig kvalitet kan innebära att man behöver anteckna och lägga till det man kommer ihåg bland övrigt material, vilket

innebär att förlita sig på sina sinnen och tankar vilket inte alltid är tillförlitligt. Det ger heller ingen möjlighet till djupgående analys utan endast formulerar det man kommer ihåg (Bryman, 2011). Det är därför även extra viktigt att intervjua respektive säkerställa att intervjuer sker i en lugn och ostörd miljö, då vi fick erfara buller i och utanför det utrymme där vi satt, vilket påverkar kvaliteten på inspelningen. Det är även bra att tänka på att påbörja transkribering redan efter utförd intervju. Vi upplevde att det blev väldigt mycket material att transkribera mot slutet av intervjutiden och att det tog väldigt mycket tid. En väl utförd planering är mycket viktigt för att kunna göra ett effektivt arbete. Fördelen med att transkribera i god tid är också att få flera idéer kring vad som kan vara relevant till nästa intervju kring vad som kan vara viktigt att fördjupa sig i och få ut mer fakta om. Det är en fördel att ha långa intervjuer samtidigt som transkribering efter intervjun är något som tar tid, vilket är bra att tänka på. Vi räknade med att 5 till 6 minuters intervju tar mer eller mindre än 1 timme att transkribera. De dietister som valt att delta i intervjuer har varit öppna och samarbetsvilliga och även de så kallade mindre bra intervjuerna har varit givande. Det är viktigt att inte underskatta någon intervju oavsett hur lång respektive kort den än är. Det är viktigt att inte ta för lätt på uppgiften, då det krävs erfarenhet och till och med förkunskaper i de datorprogram som används. Det finns annars stor sannolikhet att stora felaktigheter uppstår i texten såsom att formulering, uttryck och ord tolkas och transkriberas på helt annat sätt än det som användes av informanten. När man använder sig av intervju och väljer att transkribera så är det bra att tänka på att man kan höra fel, bli trött på att lyssna och det är enkelt att man slarvar.

Analys- och intervjumetod

Vi visste att vi skulle ha mycket data att gå igenom, vilket både hade sina för- och nackdelar. En fördel är att det ökar sannolikheten att hitta mönster och få ut relevanta data ur texten medan en nackdel kan vara att det blir väldigt tidsödande. Vi valde att utföra en kvalitativ innehållsanalys av vårt arbete för att få ut så mycket relevant information som möjligt och lättare kunna se teman i texten. Kvalitativ innehållsanalys lämpar sig dessutom väl som analysmetod för intervjustudier då den handlar om tolkning av texter, till exempel transkriberingar. Innehållsanalys sätts in i ett teoretiskt sammanhang, vilket bidrar till en upplysning om ett ämne (Bryman, 2011), i vårt fall dietisters uppfattning om FODMAP. Vi har valt att presentera vårt resultat som löpande text blandat med citat för att behålla kärnan i informanternas åsikter och bättre belysa de ämnen som tas upp. Fördelen med att man behåller informanternas egna ord är att det blir lättare att analysera och välja ut det som är relevant till studien samt tydligare presenterat för läsaren. En nackdel är att den viktiga tiden försvinner vilket kan innebära en viss tidspress vid arbetet. Vi känner ändå att det har hjälpt oss att bättre presentera vårt resultat.

Vi har i studien använt oss både av telefonintervjuer och av intervjuer vid besök. Vid telefonintervjuerna har vi deltagit båda två medan vissa av besöken har gjorts enskilt. En fördel med telefon är att det är en billig metod som underlättar för att komma i kontakt med informanten. Det kan även vara en trygghet för informanten och göra att denne blir mer öppen i intervjun (Bryman, 2011). En nackdel kan dock vara att det kan vara svårt att höra vad informanten säger och att det kan påverka inspelningen negativt, speciellt när man aktiverar högtalare. Det ställer även större krav på lokalen man intervjuar i för att undvika brus på inspelningen. Att intervjua via besök kan innebära stora kostnader i form av resor och kan även vara svårare att passa in för informanten. En fördel dock är att man lättare kan ta in kroppsspråk och andra uttryckssätt som inte syns på en telefonintervju. Det gjorde det även lättare med lokaler då de flesta dietister har någon form av samtalsrum. Att blanda telefonintervjuer och besök kan dock påverka studien negativt då skillnader i kvalitet och frågeställningar kan uppstå när inte alla intervjuer utförs på samma sätt. För vår del gjorde det

dock att vi kunde utföra fler intervjuer på fler platser i landet och informanterna kunde välja den metod som fungerade bäst för dem.

Vi upplevde det som positivt att vara en dietist- och en kostvetarstudent då detta gav olika perspektiv inför intervjuerna och ledde till fler frågor. Att vara två intervjuare vid en ostrukturerad, kvalitativ intervju är något som har visat sig kunna ha fördelar, bland annat att den ena intervjuaren lyssnar medan den andra observerar, vilket ger ökad kontroll (Bryman, 2011). En nackdel kan dock vara att behöva sätta sig in i ämnet för ena parten och att frågor ställs på ett sätt som blir otydligt för informanten. Det var också en fördel när vi kunde vara med båda två på intervjuerna medan det kunde bli lite svårare när vi tog intervjuer enskilt att veta vad den andre ville få fram. Att vi kunde dela på oss och ta vissa intervjuer för sig var dock en fördel då det bland annat möjliggjorde för fler besök vid intervjuerna utan att ge alltför höga omkostnader. Nackdel kan också vara att man inte har samma bakgrund och synsätt på det man undersöker vilket kan leda till skillnader i tolkningar av materialet men detta kan också i vissa fall vändas till en fördel. För att kunna utföra intervjuerna så lika som möjligt hade det varit en fördel om vi hade varit båda två på samtliga intervjuer då vi kompletterade varandras frågor och kunde ställa följdfrågor på det som sades. Det hade även hjälpt i analysarbete och transkribering att ha varit med på samtliga intervjuer och inte få informationen för första gången i efterhand.

Resultatdiskussion

Arbete med FODMAP

Våra resultat visar att informanterna mer eller mindre har specialiserat sig i området och FODMAP ses som en effektiv behandlingsmetod som kan ge snabba resultat. På ett sätt är det en tidsvinnande process i och med att det levereras som ett färdigt koncept samtidigt som det kan ge följd till passivitet för dietisten, då det särskilt i början kan vara frestande att använda konceptet rakt av och okritiskt, särskilt när man tänker på att det tidigare inte funnits någon given lösning att minska på IBS symptom utan man fick i samband med patienten snarare testa sig fram och se vad som fungerade med de allmänna kostråden för IBS-patienter (McKenzie et al., 2012). Det är lätt att man fokuserar alldeles för hårt på FODMAP och missar andra aspekter respektive möjliga lösningar annat än i de extrema fall där de blir huvudproblemet (Gibson, Barrett & Muir, 2013). Många fördelar finns dock att vinna med FODMAP som en korttidsbehandling som hjälper patienter att hitta de livsmedel som ger starka symptom och därigenom kunna öka sin hälsa och välbefinnande. Det är viktigt att ha i åtanke att IBS är väldigt individuellt och att det är svårt att tänka sig att det skulle finnas en lösning som passar alla, även om FODMAP i studier verkar kunna hjälpa väldigt många. Dietisterna måste ta hänsyn till att det finns olika typer av IBS patienter, allt från de med enstaka symptom upp till extrema fall (Bengtsson, Ohlsson & Ulander, 2007). Det är viktigt att alltid behålla ett kritiskt synsätt och inte enbart förlita sig på FODMAP.

Behandlingsmetod och svårigheter

FODMAP som behandlingsmetod har stor potential men det är viktigt att tänka på den som ett verktyg för att hjälpa patienten att hitta de livsmedel som ger symptom. Detta kräver dock mycket engagemang från dietisterna för att patienterna ska utföra återinföringsfasen och inte stanna i elimineringsfasen av rädsla för att få förnyade symptom. Risker finns dock att det förekommer näringsbrister och sämre mag-tarmhälsa på grund av en alltför begränsad och ensidig kost (Bonfrate et. al., 2013). Risker finns även med att äta en låg FODMAP-kost under en längre tid, även om dessa kanske inte är helt utredda ännu. FODMAP kan behöva utvecklas till ett mer pedagogiskt verktyg än vad den är i dagens läge för att inkludera bredare behandling med stresshantering och probiotika. Vi ser det som viktigt inför framtiden vad

gäller behandling med FODMAP att kunna bredda konceptet och inkludera andra yrkesgrupper och behandlingar som ovan nämnda stresshantering och samtalshjälp med till exempel kurator eller psykolog för att kunna hitta metoder som förutom att behandla de kostrelaterade symptomen i mag-tarmkanalen även ger en vidare behandling för även psykiska problem utöver de fysiska. I ett sådant fall kan det även finnas behov av att ha tillgång till en hälsocoach på vårdcentral och sjukhus (Halpert & Godena, 2011). Det kan även vara ett problem att behandlingen skiljer sig så mycket åt mellan olika dietister och olika landsting. Någon form av samlade riktlinjer från Socialstyrelsen eller DRF skulle troligtvis underlätta för att implementera FODMAP på ett bra sätt, snarare än enbart ett företag som säljer en behandlingsmetod. Det skulle också hjälpa till med att sprida kunskapen om FODMAP inom sjukvården (Gibson, Barrett & Muir, 2013) och inom grundutbildningen då det i dagens läge mest känns som en slump om man kommer i kontakt med FODMAP eller inte och att material kan uppfattas som svårtillgängligt.

Kunskap och resurser

Det är viktigt med att besitta goda kunskaper för att arbeta med FODMAP och kunskaper i livsmedelsvetenskap och näringslära är en förutsättning inom området (Barrett, 2013), vilket erbjuds i utbildningar såsom dietist- eller kostvetarprogrammet respektive kostvetenskap som fristående kurs. Även om kostvetarprogrammet går delvis hand-i-hand med dietistprogrammet då man samläser enstaka kurser tillsammans så betyder den kliniska delen mycket, då det handlar om förkunskap i området IBS. Det har vi även valt att redovisa i resultatet då kunskap om IBS är en del av kärnan i hela behandlingsmetoden. Samtidigt tycker vi att mer klinisk kunskap bidrar till mer förståelse och hantering av sjukdomar respektive behandling. Något som också kan vara anmärkningsvärt är att dietister behöver besitta mer kunskap i hälsoarbete för att förstå sig mer på hälsans betydelse i individ respektive gruppnivå (Colwell, et.al. 1998; Barrett, 2013; Antonovsky, 2005) för att få mer helhet på vad de ger sig in på. Dietist- och kostvetarutbildningarna i Sverige har även ett ansvar att förmedla en grundläggande kunskap om FODMAP och väcka ett intresse för att fördjupa sig i behandlingen.

FODMAP är något som tillfrågas allt mer även av patienter och det är viktigt att dietister finns till hands för att kunna finnas som stöd för de patienter som är intresserade av behandlingen. FODMAP är en väldigt komplicerad metod och strikt följsamhet under elimineringen och motivation att utföra återinförandet är mycket viktiga för en effektiv behandling (Barrett, 2013). Det är därför viktigt med en dietistkontakt och att dietisterna får möjlighet att träffa och rådgöra med IBS-patienter innan och under behandling för att undvika onödiga komplikationer (Håkansson et.al., 2012). Goda resultat står att få från både enskilda samtal och gruppamtal men de mer erfarna dietisterna föredrar gruppamtalen och pekar på samspelet mellan patienterna och en mer effektiv resursfördelning som goda anledningar att tillämpa detta. Dock kan det vara svårt att få till gruppamtal i de landsting där resurserna är knappa och dietisterna få. Bristen på kunskap bland de som remitterar IBS-patienter (Gibson, Barrett & Muir, 2013) påverkar också i stor grad hur många patienter som får träffa en dietist och få möjlighet till behandling.

Erfarenhet och källa till kunskap

I vårt resultat ser vi att kunskaperna och resurserna påverkar väldigt mycket både användning och uppfattning om FODMAP. Att behandlingen utförs lite olika i olika landsting är kanske inget konstigt i sig men den höga inlärningskurvan för att bli duktig både teoretiskt och praktiskt med FODMAP gör att flera av våra informanter är skeptiska till behandlingen i ett tidigt skede. Denna situation hjälps inte heller av bristen på vedertagna riktlinjer i Sverige. I andra länder som till exempel Storbritannien och Nederländerna finns statliga riktlinjer för

IBS-behandling och FODMAP vilket även påverkar möjligheten att använda metoden (van der Waaij & Stevens, 2014). Att flera dietister väljer att själva söka vidare kunskap och utbildning är ett tecken på vikten av goda kunskaper och erfarenheter behandlingen kräver. Det finns tveksamhet i början på grund av att ett privat företag som måste vara vinstdrivande är de som tillhandahåller konceptet även om mycket vägs upp av att företaget drivs av en erfaren dietist. Det kan också göra det lite svårtillgängligt och vi fann i vårt resultat att mycket beror på personligt intresse för metoden från dietisternas sida som en anledning till att den har köpts in och används. Vi upplevde även att vissa dietister var skeptiska till metoden just därför att den kostade pengar att köpa in vilket gör att dessa dietister inte är villiga att till fullo ta till sig konceptet i den nivå som krävs för att bygga upp goda rutiner och kunskaper.

Enskilda samtal och grupper

Vid de tillfällen där enskilda samtal brukades som främsta metod följdes oftast den modell som säljs av IBS-fri.se (IBSfri, 2014) i den mån som över huvudtaget var möjligt men ofta fanns skillnader i antalet besök och hur uppföljning gick till. Det var ofta svårt för dietisterna att hålla fyra besök per patient på grund av brist på tid och arbetskraft då flera av landstingen inte har dietister i primärvården som kan ta hand om IBS-patienterna. Fördelen med de enskilda samtalen trots tidsaspekten var att man kan gå in på djupet i kostanamnes och kostdagbok för att upptäcka problem (Gibson, Barrett & Muir, 2013). I de fall där gruppsamtal används blir detta ofta förstahandsbehandling då fler patienter kan behandlas på samma samtalstid och det då är lättare att få till fulla 4 samtal, ibland kan det bli så mycket som 6 sessioner med grupper om behov uppstår. Dietisterna medgav dock att mycket av individuell anamnes och historik försvinner för patienterna och det blir svårt att upptäcka mindre problem för enskilda patienter även om stora problem för patienter ofta leder till att enskilda samtal används som alternativ. Dietisterna upplevde att de fick bra resultat av grupperna mycket för att patienterna kunde dela med sig av sina erfarenheter med varandra, något som också har setts i en svensk studie (Håkanson et al., 2012). Studier har dock visat att enskilda samtal har en större effekt på livskvalitet över lag än vad grupper har då grupper generellt blir mer erfarenhetsbaserat (Østgaard et al., 2011). Materialet från IBS-fri upplevs som bra, särskilt de livsmedelslistor som finns och vissa av dietisterna som är skeptiska till privata företag som distribuator av behandlingen använder ändå listorna. Detta ger också stora skillnader i användningen av FODMAP som en behandling och gör det svårt att göra en ordentlig bedömning av hur väl metoden fungerar när det inte finns någon enhetlighet i hur behandlingen utförs eller ens vilka delar av materialet som används.

Näringsintag och hälsoaspekter

Att IBS är en sjukdom med så pass individuella symptom gör det även svårt att presentera en behandling som fungerar för alla utan det är viktigt att ha i åtanke att den endast ska användas på kort sikt för att testa vad som påverkar tarmen och inte utesluta viktiga livsmedel i onödan av rädsla för symptom. I vår studie såg dietisterna inga problem med näringsbrister om strikt kost endast används kortsiktigt och studier har bekräftat att en långsiktig FODMAP-kost kan orsaka näringsbrister särskilt när mycket livsmedel tas bort i onödan (Mazzawi et al., 2013). Det blir därför extra viktigt att se till att patienter inte hoppar över återinförande av rädsla för att få symptom. En låg FODMAP-kost kan även ha en effekt på tarmfloran på lång sikt i och med eliminering av många livsmedel som fungerar som prebiotika (Bonfrate et al., 2013) och man bör därför överväga att rekommendera probiotika till IBS-patienter som äter FODMAP-kost. Den absolut viktigaste faktorn för en lyckad behandling angavs av dietisterna som motivation och följsamhet, något som har setts i flera studier (Gibson & Shepherd, 2009). Eftersom så mycket av arbetet behöver utföras av patienten själv är det dessutom extra viktigt att kunna stödja patienten till god självhjälp (Protheroe et al., 2008).

KASAM - Känsla av sammanhang

Inom hälsopromotion talar man om begreppet KASAM, som myntades av Aaron Antonovsky år 1970. Det har en salutogenetisk riktning som handlar om att kunna hantera sin tillvaro respektive livskvalitet mot att främja hälsa gentemot ohälsa med de resurser och verktyg man har tillgodo. Antonovsky sammanfattar KASAM som: *en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att; (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som ställs på en finns tillgängliga och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang* (Antonovsky, 2005 s.17).

KASAM framstår som ett kognitivt begrepp som innebär att det gäller att finna ett sammanhang i sin tillvaro genom de tre centrala komponenterna *begriplighet, hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Antonovsky definierar *begriplighet (att leva av)* som kärnan med syftet att den inre och yttre miljön är greppbar, d.v.s. att en händelse går att förklara genom att den är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig. Med hög begriplighet kan en person ordna och förklara en oväntad händelse. Medan *hanterbarhet (att leva med)* är de resurser man har till ens förfogande och med hjälp av dessa kan möta de krav som ställs i det dagliga livet. Resurser är under ens egen kontroll eller som kontrolleras av andra. Hög hanterbarhet innebär att inte känna sig som ett offer för omständigheterna eller känna sig orättvis behandlad. Sista komponenten, *meningsfullhet (att leva för)* syftar till att livet har en innebörd, det är värt att investera energi i de problem och krav som livet ställer en, värt att engagera och utmana. Meningsfullhet betraktas som motivationskomponent och hög meningsfullhet innebär att sträva i sitt sökande efter förståelse och resurser, trots eventuella motgångar (Antonovsky, 2005; Hanson, 2004). Att ha en hög KASAM är detsamma som att ha en hög livskvalitet. Centralt inom KASAM menar man att alla tre komponenterna är lika viktiga och i hög grad påverkar varandra och samverkar för att ge en helhetsbild. Livskvalitet innebär att ha något att leva av, någon att leva med och något att leva för (Hanson, 2004 s. 125). Studier har förövrigt visat att IBS patienter har låg KASAM (Motzer, Hertig, Jarrett & Heitkemper, 2003).

Metoden har även utvecklats till att användas som ett verktyg inom sjukvården för att främja hälsan hos patienterna. Antonovsky (2005) menar i sin bok *Hälsans mysterium* att sjukvårdspersonal inte bara ska fokusera på att behandla sjukdomar utan även arbeta med hälsopromotion. I vår studie har vi sett paralleller mellan KASAMs tre huvudbeståndsdelar och det som vi uppfattar som viktigt i behandling med FODMAP. Att använda KASAM som ett verktyg i dietistens arbete kan vara en fördel för att ge en översikt av övergripande hälsoaspekter i behandlingen. Mycket av dietistens arbete handlar om hälsopromotion och att ha kunskap om KASAM och inkludera detta i sitt arbete kan bidra till en ökad kompetens. Begriplighet i form av kunskap, hanterbarhet i form av resurser, tid och material och meningsfullhet i form av motivation och följsamhet är viktiga komponenter i arbetet som dietist.

Vårt resultat i förhållande till dietistens profession

I vårt resultat har vi presenterat flera olika erfarenheter och synsätt på arbetet med FODMAP från olika dietister. Vi tror att professionen skulle gynnas av samlade riktlinjer och tillvägagångssätt i behandlingen och att det är bra för många dietister att ta del av hur andra dietister jobbar inom sina egna förutsättningar. Att få en djupare förståelse för FODMAP och dietisters arbete med detta är positivt för dietistkåren i sig då det kan vara ett första steg mot en spridning av den kunskap inom FODMAP som vi har sett är så viktigt för goda resultat. Under rekryteringen av informanter till vår studie fick vi en del intresse från dietister som inte

aktivt jobbar med FODMAP och även personer som håller på att starta upp arbetet med FODMAP. För dessa grupper är det väldigt nyttigt i att få en inblick i hur andra dietister arbetar och det kan i viss mån även påverka de som är skeptiska till eller osäkra på metoden.

SLUTSATS

Vid arbete med FODMAP behövs goda kunskaper och erfarenhet samt god tillgång till fungerande rutiner och resurser. För att kunna utföra en adekvat behandling krävs även en stark motivation och följsamhet hos patienten. En lyckad behandling ökar motivationen hos dietister att arbeta med behandlingen. Vår studie ger indikationer om att de dietister som har goda kunskaper, hög motivation samt erfarenhet av FODMAP är positiva till behandlingen och har lättare för att hitta lösningar på de problem som uppstår. Övergripande hälsoaspekter och probiotika behöver lyftas fram och tillföras som en del av behandlingen. Mer forskning och utbildning behövs för en klarare bild av hur FODMAP bäst ska tillämpas som behandlingsmetod.

TACK

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Ingela Marklinder för allt det stöd och all den hjälp och goda råd som vi har fått under arbetets gång. Vi vill även tacka alla de dietister som har låtit sig intervjuas av oss och även Sofia Antonsson som hjälpte oss till större förståelse för hur behandlingen går till.

REFERENSER

Aglaée, J. (2012). *Paleo low-FODMAP diet food list*. Hämtad 2015-01-20, från <https://radicatamedicine.files.wordpress.com/2014/06/paleo-fodmap-food-list.pdf>

Andersson, S. (2013). *Dietistens nutritionsbehandling vid Irritable Bowel Syndrome – En enkätundersökning inom primärvård och slutenvård* (Masteruppsats). Uppsala: Institutionen för Kostvetenskap, Uppsala universitet. Hämtad 2014-12-05 från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:677879/FULLTEXT01.pdf>

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Barrett, J. S. (2013). Extending Our Knowledge of Fermentable, Short-Chain Carbohydrates for Managing Gastrointestinal Symptoms. *Nutrition in Clinical Practice*, 28(3), 300–306. doi:10.1177/0884533613485790

Barrett, J. S., Irving, P. M., Shepherd, S. J., Muir, J. G., & Gibson, P. R. (2009). Comparison of the prevalence of fructose and lactose malabsorption across chronic intestinal disorders. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 30(2), 165-174. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04018.x

Bengtsson, M., Ohlsson, B., & Ulander, K. (2007). Women With Irritable Bowel Syndrome and Their Perception of a Good Quality of Life. *Gastroenterology Nursing*, 30(2), 74-82. doi:10.1097/01.SGA.0000267924.24180.1a

Bonfrate, L., Tack, J., Grattagliano, I., Cuomo, R., & Portincasa, P. (2013). Microbiota in health and irritable bowel syndrome: current knowledge, perspectives and therapeutic options. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 48(9), 995–1009. doi:10.3109/00365521.2013.799220z

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2. uppl.) Malmö: Liber.

Colwell, L. J., Prather, C.M., Phillips, S. F., & Zinsmeister, A. R. (1998). Effects of an Irritable Bowel Syndrome Educational Class on Health-Promoting Behaviors and Symptoms. *American Journal of Gastroenterology*, 93(6), 901-905. doi:10.1111/j.1572-0241.1998.00273.x

Chauhan, S. V., & Chorawala, M. (2012). PROBIOTICS, PREBIOTICS AND SYNBIOTICS. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Drug Research*, 3(3), 711 – 726.

Dapoigny, M., Stockbrügger, R.W., Azpiroz, F., Collins, S., Coremans, G., Müller-Lissner, S., Oberndorff, A., Pace, F., Smout, A., Vatn, M., & Whorwell, P. (2003). Role of Alimentation in Irritable Bowel Syndrome. *Digestion*, 67(4), 225-233. doi:10.1159/000072061

Drossman, D. A., & Dumitrascu, D. L. (2006). Rome III: New Standard for Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 15(3), 237-241.

Emmanuel, A., & Quigley, E. M. M. (2013). *Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and clinical management*. (s.141-158) New York: Wiley.

Ford, C. A., Talley, N. J., Spiegel, B. M. R., Foxx-Orenstein, A. E., Schiller, L., Quigley, E. M. M. & Moayyedi, P. (2008). Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 337, 1-11.

Ford, A. C., Quigley, E. M. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., Soffer, E. E., Spiegel, B. M. R., Moayyedi, P. (2014). Efficacy of Prebiotics, Probiotics, and Synbiotics in Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation: Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 109(10), 1547-1561.

Fedewa, A., & Rao, S. S. C. (2014). Dietary Fructose Intolerance, Fructan Intolerance and FODMAPs. *Current Gastroenterology Reports*, 16(1), 369-370. doi 10.1007/s11894-013-0370-0

Gearry, R. B., Irving, P. M., Barrett, J. S., Nathan, D. M., Shepherd, S. J., & Gibson, P. R. (2008). Reduction of dietary poorly absorbed short-chain carbohydrates (FODMAPs) improves abdominal symptoms in patients with inflammatory bowel disease—a pilot study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 3(1), 8-14. doi:10.1016/j.crohns.2008.09.004

Ghoshal, U. C., Park, H., & Gwee, K-A. (2010). Bugs and irritable bowel syndrome: The good, the bad and the ugly. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25(2), 244-251. doi:10.1111/j.1440-1746.2009.06133.x

Gibson, P. R. (2011). Food intolerance in functional bowel disorders. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 26(3), 128-131. doi:10.1111/j.1440-1746.2011.06650.x

Gibson, P. R., & Shepherd, S. J (2005). Personal view: food for thought – western lifestyle and susceptibility to Crohn's disease. The FODMAP hypothesis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 21(12), 1399–1409. doi: 10.1111/j.1365-2036.2005.02506.x

Gibson, P. R., & Shepherd, S. J (2009). Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25(2), 252–258. doi:10.1111/j.1440-1746.2009.06149.x

Gibson, P. R., Barrett, J. S., & Muir, J. G. (2013) Functional bowel symptoms and diet. *Internal Medicine Journal*, 43(10), 1067-1074. doi:10.1111/imj.12266

Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Halmos, E. P., Muir, J. G., Barrett, J. S., Deng, M., Shepherd, S. J., Gibson, P. R. (2010). Diarrhoea during enteral nutrition is predicted by the poorly absorbed short-chain carbohydrate (FODMAP) content of the formula. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 32(7), 925–933. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04416.x

Halpert, A., & Godena, E. (2011). Irritable bowel syndrome patients' perspectives on their relationships with healthcare providers. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 46(7-8), 823–830. doi:10.3109/00365521.2011.574729

Hayes, P. A., Fraher, M. H., & Quigley, E. M. M. (2014). Irritable Bowel Syndrome: The Role of Food in Pathogenesis and Management. *Gastroenterology & Hepatology*, 10(3), 164-174.

Hwang, C., Ross, V., & Mahadevan, U. (2014). Popular Exclusionary Diets for Inflammatory Bowel Disease: The Search for a Dietary Culprit. *Inflammatory Bowel Diseases* 20(4), 732-741. doi:10.1097/01.MIB.0000438427.48726.b0

Håkanson, C., Sahlberg-Blom, E., Ternstedt, B.-M., & Nyhlin, H. (2012). Learning about oneself through others: experiences of a groupbased patient education programme about irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 738–746. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00990.x

Ibs-fri. (2014). Hämtad 2014-11-04, från <http://ibsfri.se/>

Isolauri, E., Salminen, S., & Ouwehand, A. C. (2004). Probiotics. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18(2), 299-313. doi:10.1053/ybega.2004.443

Issacs K, L. & Long, M, D. (Red.). (2012). *GI and Liver Disease During Pregnancy: A Practical Approach* (s.75-90). Thorofare, NJ: SLACK.

Johannesson, E., Simrén, M., Strid, H., Bajor, A., Sadik, R. (2011). Physical Activity Improves Symptoms in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106(5), 915-922. doi:10.1038/ajg.2010.480

Kassinen, A., Krogius-Kurikka, L., Mäkivuokko, H., Rinttilä, T., Paulin, L., Corander, J., Malinen, E., Apajalahti, J., & Palva, A. (2007). The Fecal Microbiota of Irritable Bowel Syndrome Patients Differs Significantly From That of Healthy Subjects. *Gastroenterology* 133(1), 24-33.

Kearney, D. J., & Brown-Chang, J. (2008). Complementary and alternative medicine for IBS in adults: mind–body interventions. *Nature Clinical Practice. Gastroenterology & Hepatology*, 5(11), 624-363.

Latulippe, M. E., & Skoog, S., M. (2011). Fructose Malabsorption and Intolerance: Effects of Fructose with and without Simultaneous Glucose Ingestion. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 51(7), 583-592, doi:10.1080/10408398.2011.566646

Lee, H. H., Choi, Y. Y., & Choi, M-G. (2014). The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 20(2), 152-162.

Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q., & Chen, M. (2014). Cognitive–behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 1-12. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.03.006

Läkemedelsverket. (2011). *Läkemedelsboken*. Uppsala: Läkemedelsverket.

Mahan, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2012). *Krause's Food and the Nutrition Care Process* (13th ed.) St. Louis: Elsevier.





- Malinen, E., Rinttilä, T., Kajander, K., Mättö, J., Kassinen, A., Krogius, L., Saarela, M., Korpela, R., & Palva, A. (2005). Analysis of the Fecal Microbiota of Irritable Bowel Syndrome Patients and Healthy Controls with Real-Time PCR. *American Journal of Gastroenterology*, *100*(2), 373–382.
- McKenzie Y. A., Alder, A., Anderson, W., Wills, A., Goddard, L., Gulia, P., Jankovich, E., Mutch, P., Reeves, L. B., Singer, A., & Lomer, M. C. E. (2012). British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *25*(3), 260-274. doi:10.1111/j.1365-277X.2012.01242.x
- Motzer, S. A., Hertig, V., Jarrett, M., & Heitkemper, M. M. (2003). Sense of Coherence and Quality of Life in Women With and Without Irritable Bowel Syndrome. *Nursing Research*, *52*(5) 329-337.
- Mazzawi, T., Hausken, T., Gundersen, D., El-Salhy, M. (2013). Effects of dietary guidance on the symptoms, quality of life and habitual dietary intake of patients with irritable bowel syndrome. *Molecular Medicine Reports*, *8*(3), 845-852. doi:10.3892/mmr.2013.1565
- Protheroe, J., Rogers, A., Kennedy, A. P., Macdonald, W., & Lee, V. (2008). Promoting patient engagement with self-management support information: a qualitative meta-synthesis of processes influencing uptake. *Implementation science*, *3*(1), 1-12. doi:10.1186/1748-5908-3-44
- Rao, S. S. C., Welcher, K., Zimmerman, B., & Stumbo, P. (1998). Is coffee a colonic stimulant. *European journal of Gastroenterology & Hepatology*, *10*(2), 113-118.
- Saito, Y. A. (2011). The Role of Genetics in IBS. *Gastroenterology Clinics of North America*, *40*(1), 45–67. doi:10.1016/j.gtc.2010.12.011.
- Skypala, I. & Venter, C. (2009). *Food Hypersensitivity-Diagnosing and Managing Food Allergies and Intolerance*. Wiley-Blackwel: Oxford.
- Staudacher, H. M., Whelan, P. M., Irving, P. M., & Lomer, M. C. E. (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*, *24*(5), 487–495.
- Staudacher, H. M., Irving, P. M., Lomer, M. C. E., & Whelan, P. M. (2014). Mechanisms and efficacy of dietary FODMAP restriction in IBS. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, *11*(4), 256–266. doi:10.1038/nrgastro.2013.259
- Stevenson, C., Blaauw, R., Fredericks, E., Visser, J., & Roux S, (2014). Food avoidance in irritable bowel syndrome leads to a nutrition-deficient diet. [*South African Journal of Clinical Nutrition*](#), *27*(1), 25-30.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Adressuppgifter, landsting*. Hämtad 2014-11-04 från <http://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/adressuppgifterlandsting.1247.html>

Van der Waaij, L. A., & [Stevens, J.](#) (2014). **The low FODMAP diet as a therapy for irritable bowel syndrome**. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158(1), 1-6.

Østgaard, H., HAUSKEN, T., GUNDERSEN, D., & EL-SALHY, M. (2012). Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Molecular Medicine Reports*, 5(6), 1382-1390. doi:10.3892/mmr.2012.843

BILAGA 1 - Exempel på hur en livsmedelslista kan se ut

Paleo low-FODMAP diet food list

Food groups	Safe 	Be careful*	Avoid 
Vegetables	Alfalfa Bamboo shoots Bean sprouts Bell peppers (capsicums) Bok choy Carrot Cherry tomatoes Chives Cucumber Eggplant Endive Ginger Green beans Kale Lettuce Olives Parsnip Pickles (without sugar) Seaweed, nori Spinach Spring onion (green part only) Swiss chards (silverbeet) Tomatoes Zucchini	Avocado (polyol) Beetroot (fructans) Broccoli (fructans) Brussels sprouts (fructans) Butternut pumpkin (fructans) Cauliflower (polyol) Celery (polyol) Fennel bulb (fructans) Green peas (fructans) Mushrooms (polyol) Sauerkraut (fructans)	Artichoke (fructose) Asparagus (fructose) Cabbage (fructans) Garlic (fructans) Jerusalem artichoke (fructans) Leeks (fructans) Okra (fructans) Onions (fructans) Shallot (fructans) Snow peas (fructans, polyols) Sugar snap peas (fructose) Raddichio (fructans) Tomato sauces & paste (fructose & fructans)
	Banana, ripe Blueberry Cantaloupe (rock melon) Grapefruit Honeydew melon Kiwifruit Lemon Lime Mandarin Orange Papaya Passionfruit Pineapple Raspberry Rhubarb Strawberry	Banana, unripe Longon (polyol) Lychee (polyol) Rambutan (polyol) Grapes (10-15/serving; fructose)	Apples (fructose and polyol) Apricots (polyol) Blackberries (polyol) Cherries (fructose and polyol) Dried fruits (fructose) Fruit juices (fructose) Grapes (>15/serving; fructose) Mango (fructose) Nectarines (polyol) Peach (polyol) Pears (fructose and polyol) Persimmon (polyol) Plum (polyol) Watermelon (polyol, fructose)
Starches	White potatoes Plantains (green, <i>verdes</i>) Turnip Rutabaga (swede) Taro, Cassava/yuca White rice	Sweet potatoes/yams (polyol)	
Nuts		Most nuts and nut butter (cashews, macadamia, pecans, pine nuts, walnuts, pumpkin seeds, sesame seeds, sunflower seeds)	Pistachios (fructans) Almonds Hazelnuts

© By **Aglaée Jacob**, MS, RD, author of **Digestive Health with REAL Food**, 2012. (RadicataMedicine.com) All rights reserved. 

BILAGA 2

Informationsbrev till dietister deltagande i studien angående FODMAP

Hej,

Kul att du vill ställa upp på intervju. Intervjun kommer att innehålla 5-10 frågor som handlar om FODMAP med syftet att undersöka din uppfattning, upplevelse och hantering av detta, vilket har en indirekt inverkan på din profession. Naturligtvis är ditt deltagande i undersökningen helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta. Vi kommer i första hand att utföra intervjun via besök hos dig när det passar, men vi kan även ta intervjun via telefon eller Skype, beroende på tillgänglighet. Under intervjun kommer ljudinspelning ske och det insamlade materialet kommer att avidentifieras och ingen enskild person kommer att kunna kännas igen av utomstående. Insamlat material kommer att användas och presenteras i form av C-uppsats vid Uppsala Universitet.

Vi hoppas att du fortfarande är intresserad av att delta i studien och vi hoppas på svar så snart som möjligt när vi kan utföra intervjun.

Vid frågor är du varmt välkomna att vända dig till oss.

Med vänliga hälsningar

Erik Fröjdhammar

que_hammer@hotmail.com

Can Acaralp

can_acaralp@hotmail.com

BILAGA 3

Intervjufrågor

- **Hur mycket erfarenhet har du av FODMAP?**
- Utifrån deras svar ställer vi olika intervjufrågor - då vi tar hänsyn och utgår från professionernas erfarenhet och kunskap.
- **Hur jobbar ni med behandlingen?**
- använder ni kost anamnes eller kostregistrering?
- **Vad anser du om behandlings metoden?**
- Finns det några brister med metoden? I så fall vad?
- **Hur kom du i kontakt med den och hur länge har du använt den?**
- **Vilka resultat har du fått från dina patienter?**
- vad säger de?
- **Vilket material använder du?**
- **Vilka svårigheter har du stött på med FODMAP?**
- **Hur använder era kollegor FODMAP?**
- **Om du skulle sammanfatta om vad som är bra med FODMAP i en enkel mening, vad skulle det vara?**
- **Finns det ytterligare för- och nackdelar med FODMAP?**
- **Är det svårigheter som du ofta får höra från dina patienter?**
- **Hur skulle du gå till väga med att motivera en omotiverad patient?**
- **Är det något negativt att metoden endast fokuserar sig på kolhydrater?**
- **Vad anser du om FODMAP utifrån hälsoperspektiv?**
- **Hur går ni till väga med att nå upp till näringsrekommendationer?**