



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Når mat er ein trigger

Bachelor i sjukepleie

SK152

**Avdeling for helsefag
Institutt for sjukepleiarutdanning**

02. juni 2017

Tal ord: 6996

**Av Stine Marie Aasen
Rettleiar: John Roger Andersen**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Tittel: "Når mat er ein trigger".

Bakgrunn for var val av tema: Irritabel tarmsyndrom (IBS) er ein tilstand som rammar mange, det finnast ingen god medisinsk kur, og mange opplever symptom knytt til matinntak. Helsedirektoratet anbefaler lavFODMAP-dietten for symptomlindring, ein diett som for meg verkar til å verte stadig meir aktuell hos pasientane. Eg opplever at mange pasientar ønskjer råd og svar på spørsmål kring dietten, men eg kjenner meg usikker på både framgangsmåte og effekt. Likevel tenker eg at om ein diett kan hjelpe mange personar med ei rekke plager, er det vel viktig at vi som helsepersonell kjenner til effekten og kan hjelpe desse pasientane?

Problemstilling: Korleis kan lavFODMAP som diett bidra til symptomlindring hos pasientar med irritabel-tarmsyndrom, og kan dette påverke livskvaliteten?

Metode: Oppgåva er eit litteraturstudie. Forsking er funne ved hjelp av systematisk søk i Academic Search Elite, inkludert Cinahl og Medline, og i PubMed. Anna litteratur er innhenta av tidlegare pensum, tips frå rettleiar, offentlege nettsider -og retningslinjer, og litteratur eg har hatt kjennskap til frå før av.

Funn, konklusjon: Mat er ikkje årsaka til tilstanden, men kan vere ein symptomtrigger. I tillegg opplever mange med IBS redusert livskvalitet. LavFODMAP-dietten ser ut til å både vere ein trygg og effektiv symptomlindrar ved korttidsbruk, og bør såleis introduserast for pasientar som er prega av plagsame symptom og redusert livskvalitet ved IBS. Langtidseffekten og sideeffektar ved dietten må undersøkast vidare.

Nøkkelord: livskvalitet, symptomlindring, lavFODMAP, IBS, sjukepleie.

Innholdsliste

1. INNLEIING	1
1.1. PROBLEMSTILLING MED AVGRENSING	2
1.2. LØYSING AV OPPGÅVA	2
2. METODE	2
2.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE	2
2.2. SØK ETTER FORSKING	3
2.3. SØK ETTER ANNA LITTERATUR.....	4
2.4. KJELDEKRITIKK	4
3. TEORI	5
3.1. IRRITABEL TARM	5
3.2. LAVFODMAP	6
3.3. LIVSKVALITET.....	7
3.4. BRUKARMEDVERKNAD OG MOTIVASJON	8
3.5. ERNÆRING OG TEAMARBEID	9
4. RESULTAT/FUNN:	10
4.1. "LOW-FODMAP DIET FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME: IS IT READY FOR PRIME TIME?"	10
4.2. "DIETARY INTERVENTIONS AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME: A REVIEW OF THE EVIDENCE"	10
4.3. "ROLE OF FODMAPS IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME"	11
4.4. "DOES A DIET LOW IN FODMAPS REDUCE SYMPTOMS ASSOCIATED WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS? A COMPREHENSIVE SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS"	12
5. DRØFTING	13
5.1. STUDIENE	13
5.2. OM LAVFODMAP, SYMPTOM OG LIVSKVALITET	14
5.2.1. <i>Symptomlindring</i>	14
5.2.2. <i>Livskvalitet</i>	15
5.2.3. <i>Utfordringar</i>	15
5.3. SJUKEPLEIARFUNKSJONEN	17
5.3.1. <i>Samarbeid med andre arbeidsgrupper</i>	17
5.3.2. <i>Å styrke brukarmedverknad</i>	17
5.3.3. <i>Å styrke mestring</i>	18
5.3.4. <i>Sikre adekvat ernæring</i>	18
6. KONKLUSJON	19
BIBLIOGRAFI	20

1. Innleiing

Uavhengig av avdeling er det ei pasientgruppe eg stadig har møtt igjen i alle mine praksisar; pasientar som slit med mage- og tarmproblem. Dette kan vere problemet dei oppsøker helsehjelp for eller eit tilleggsproblem dei har frå før. Gjennomgåande for denne pasientgruppa er oppblåstheit, hyppig luftavgang, treig eller laus mage, eller ein kombinasjon, magesmerter og ubehag. Ved manglande funn av utløyande årsaker ved utredning får mange diagnosen irritabel tarmsyndrom (IBS), ein diagnose som mange pasientar har uttrykt til meg at opplevast som ein samlebetegnelse for diffust magetrøbbel. Fleire har uttrykt frustrasjon kring diagnosen, då problema opplevast så graverande at det går utover arbeidsliv, sosialt liv og livskvalitet, utan at dei veit korleis dei skal hjelpe seg sjølv. Nokre har tileigna seg informasjon om ein diett som lover gode resultat beståande av redusert mengd Fermenterbare Oligosakkarid, Disakkarid, Monosakkarid og (And) Polyoler (lavFODMAP-dietten) (Helse Bergen, 2017). Ofte ber dei meg, som helsepersonell, om råd til korleis dei skal gå fram, og om det er greitt å teste ut. Sanninga er at eg verken kjenner til effekten av, eller framgangsmåten for, denne dietten.

Om lag 8,4% av den norske befolkninga har IBS, og plagene er betrakta for å vere livslange og residiverande (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016). Pasientgruppa lid i tillegg ofte av psykososiale plager som angst og depresjon, samt andre somatiske plager som fibromyalgi og hovudverk (Paulsen, 2014, s. 272). Sjølv om IBS ikkje er farleg kan symptoma likne andre alvorlege mage-tarmtilstandar. Ei god utgreiing er difor viktig, slik at pasientane kjenner seg tekne på alvor og kan forsikrast om at dei ikkje lid av noko alvorleg (Reime, 2013, ss. 286-287). Mange pasientar opplever redusert livskvalitet, sosial isolasjon og stigmatisering, og tilstanden er den nest vanlegaste grunnen for sjukefråvær (Khan, Nusrat, Khan, Nawras, & Bielefeldt, 2015). Slik utgjør tilstanden truleg ein stor samfunnskostnad.

Kompleks kunnskap er nødvendig for å handle rett i ulike situasjonar som sjukepleiar. Bevisst bruk av ulike kunnskapskjelder, som inkluderer oppdatert forskning, klinisk erfaring og kunnskap om brukar- og brukarmedverknad utgjør kunnskapsbasert praksis. I tillegg må konteksten takast i betraktning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, ss. 15-20). Slik ligg det eit stort ansvar på fagleg oppdatering hos sjukepleiar, og kontinuerleg kunnskapsutvikling. Sidan IBS rammar mange personar, kan medføre ulike plager og truleg utgjør ein kostnad for samfunnet i form av utgreiing, oppfølging og arbeidsfråvær, ønskjer eg å belyse denne tilstanden og korleis sjukepleiar kan hjelpe denne pasientgruppa.

1.1. Problemstilling med avgrensing

Korleis kan lavFODMAP som diett bidra til symptomlindring hos pasientar med irritabel-tarmsyndrom, og kan dette påverke livskvaliteten?

Oppgåva vil omhandle kva irritabel-tarm-syndrom (IBS) er, korleis tilstanden verkar inn på livskvaliteten, kva lavFODMAP-diett er og korleis dietten kan verke inn på symptom og livskvalitet hjå pasientar med IBS. Ved hjelp av forskning vil eg belyse effekten lavFODMAP har som symptomlindring. Eg vil sjå på korleis sjukepleiar kan nytte seg av denne kunnskapen, saman med kunnskap om brukarmedverknad og mestring, for å rettleie og hjelpe pasientar med IBS. For at oppgåva ikkje skal verte for vid går eg ikkje inn på andre behandlingalternativ for IBS, og eg går ikkje i djupna på ulike tenkte mekanismar bak IBS, kunn dei som er relevante for diettens effekt. Eg vil presisere at problemstillinga og oppgåva omhandlar vaksne pasientar, altså personar over 18 år.

1.2. Løysing av oppgåva

Først vil eg presentere kva metode eg har nytta og kvifor. Her inngår grunngiving av litteraturstudie, framgangsmåte for forskingssøk, korleis eg har innhenta anna litteratur og kjeldekritikk. Vidare vil eg presentere teori, eg ser som relevant for drøftinga, og resultatata frå forskinga eg har funne. Drøftinga vil omhandle kva teori og forskning seier om problemstillinga, korleis sjukepleiarar kan implementere den aktuelle kunnskapen i sitt arbeid, og kva vi manglar kunnskap om. Heilt til slutt kjem eg med ei konklusjon om korleis eg har klart å svare på problemstillinga.

2. Metode

Når ein skal svare på ei problemstilling treng ein visse verktøy for å innhente eller utprøve kunnskap. Desse verktøya utgjer, saman med vald framgangsmåte, metoden. Metode er altså alle middel som vert nytta til å nå målet, basert på kva målet eigentleg er (Dalland , 2014, ss. 111-112).

2.1. Litteraturstudie som metode

Eit litteraturstudie bygger på innsamling, systematisering og oppsummering av eksisterande skriftleg kunnskap, på eit område. Ein skal slik gi lesar innsikt i kunnskap som angår problemstillinga, samt korleis denne kunnskapen er innhenta (Thidemann, 2017).

Eg ønskjer å innhente eksisterande kunnskap om mi problemstilling og finne ut kva som finst av forskning på området. Det vil vere for omfattande å teste ut ein diett i praksis innan gitte rammer for

bachelor, og nyttar difor litteraturstudie som metode. Ved å nytte eksisterande kunnskap kan eg skaffe meg eit breiare perspektiv på problemstillinga mi, både det som angår effekt av diett-intervensjonen og aktuelle utfordringar ved dietten.

Ulike former for kjernes spørsmål, krev ulike studiedesign. Studiedesignet som eignar seg best for effekten av tiltak er randomiserte kontrollerte studiar (RCT) (Nortvedt et al., 2012, ss. 35-39). Sidan problemstillinga mi går ut på effekten av eit tiltak, er det difor viktig at eg inkluderer RCT-studiar i mi oppgåve. Hovudsakleg ønskjer eg å finne systematiske oversiktsartiklar, då dette er av større tyngde enn enkeltstudiar og dei gir betre innsikt i kva som finst av forskning på området (Nortvedt et al., s. 135 og 141).

2.2. Søk etter forskning

Søkeorda fann eg ved hjelp av PICO-modellen, ein modell for strukturering av søkeord, ved hjelp av problemstilling (Nortvedt et al., 2012, ss. 33-34). Vidare fann eg synonym for desse orda på engelsk ved hjelp av SveMed + og bruk av MESH. Tabell 1 syner utfall av PICO-modellen og relevante søkeord.

Tabell 1

<u>Patient/problem:</u>	<u>Intervention:</u>	<u>Comparsion:</u>	<u>Outcome:</u>
Pasientar med IBS. <u>Søkeord:</u> Irritable bowel syndrome Colon irritable	Lav-FODMAP <u>Søkeord:</u> Fodmap	Ikkje relevant.	Livskvalitet <u>Søkeord:</u> Life quality Quality of life

For å søke etter forskingsartiklar nytta eg Academic Search Elite (ASE) inkludert Cinahl og Medline. Her la eg til review i søket og fekk 9 treff innanfor dei 5 siste åra, avgrensa til engelske artiklar. Å utvide til 10 år gav ikkje fleire treff. Eg gjekk igjennom alle abstrakta og valde ut "Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comterehensive systematic review and meta-analysis" (Marsh, Eslick, & Eslick, 2016) og "Dietary Interventions and Irritable Bowel Syndrome: A Review of the Evidence" (Shah & Lacy, 2016). Dette vart gjort 04.04.17.

I tillegg nytta eg PubMed, på tross av at databasen er den same som Medline, sidan den kan innehalde artiklar som enda ikkje er publisert i Medline. Her gav søket meg 7 treff, avgrensa til review og 5 siste år. Heller ikkje her gav utviding til 10 år fleire treff. Mange av artiklane var dei same som i ASE, Medline og Cinahl. Eg leste alle abstrakta og valde ut "Low-FODMAP Diet for Irritable

Bowel Syndrome: Is It Ready for Prime Time?" (Khan et al., 2015). Via eine artikkelen fann eg link til "Role of FODMAPs in Patient With Irritable Bowel Syndrome" (Mansueto, Seidita, D'Alcamo, & Carroccio, 2015) under "similar articles". Eg las abstraktet og valde å ta den med. Dette vart gjort 05.04.17.

Søket gav ingen treff i Cochrane Library, 05.04.17.

2.3. Søk etter anna litteratur

Eg starta leiting etter anna litteratur med å gjennomgå pensumbøker frå studiet, og fann relevant informasjon om IBS i "Utøvelse av klinisk sykepleie –sykepleieboken 3" (Reime, Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer, 2013) og "Sykdom og behandling" (Paulsen, Sykdommer i fordøyelsessystemet, 2014), samt relevant informasjon om sjukepleie og ernæring i "Grunnleggende sykepleie 2" (Aagaard & Bjerkreim, Væske og ernæring, 2014). For å få med sjukepleiarperspektivet, samfunnsperspektivet og tok eg med bøkene "Grunnleggende sykepleie 1" (Kristoffersen, Sykepleier i organisasjon og samfunn, 2014) og Grunnleggende Sykepleie 3" (Kristoffersen, Den myndige pasienten, 2014). Frå før av kjende eg til boka "LavFODMAP" av ernæringsfysiolog Julianne Lyngstad (2015), som gir innføring i kva irriterabel tarm er, kva lavFODMAP er, kva matvarer som er inkludert og korleis ein kan gå fram med dietten.

For å belyse livskvalitet og helseomgrepet nytta eg "Måling av livskvalitet i klinisk praksis: En innføring" (Wahl og Hanestad, 2004), som eg fann ved hjelp av min rettleiar, og "Helsefremmende lokalsamfunn" (Sletteland & Donovan, 2014), frå tidlegare pensum. I tillegg har eg nytta litteratur frå emnets pensumliste. Eg har oppsøkt offentlege nettsider som skal vere til opplysning og som skal kunne betraktast som pålitelige kjelder. Slik har eg forsøkt å få med mest mogleg oppdatert faglitteratur. For å finne aktuelle retningslinjer og lover har eg nytta internett.

2.4. Kjeldekritikk

Eg har vald ut alle kjelder i forhold til gyldigheit, relevans for mi problemstilling og haldbarheit. Pensum nyttar eg for å knyte problemstillinga opp imot studiet, men det vil ikkje aleine vere tilstrekkeleg, då det oftast består av instruerande tekstar (Dalland, 2014, ss. 68-69). Boka "lavFODMAP" (Lyngstad, 2015) vurderer eg til å vere ei god kjelde sidan forfattern sjølv er ernæringsfysiolog. Eg vil likevel ikkje ta utgangspunkt den aleine. Lyngstad (2015) understrekar at boka ikkje er meint som ein medisinsk manual, men som referansemateriell. Anna litteratur er vald ut med bakgrunn i samsvar med pensum, offentlege retningslinjer og aktuelle lover.

Av forskning har eg berre nytta oversiktsartiklar. I utgangspunktet er oversiktsartiklar av høg validitet, då dei har til hensikt å summere den beste forskinga som finnast på området. Slik står resultatene sterkt, dei bidreg til å generere ny kunnskap og syner veg for manglande forskning (Nortvedt et al., 2012, s. 135). Oversiktsartiklane bygger på ulike studiar, men alle inneheld RCT-studiar. Artiklane er vurdert etter sjekklister frå Nortvedt et al. (2012 s. 148). At artiklane er på engelsk kan skape missoppfatningar og feiltolkningar i mi oversetning. Alle artiklane omhandlar lavFODMAP som diett for symptomlindring ved IBS, og dei forklarar korleis moglege mekanismar bak IBS kan henge saman med mat som triggerfaktor. Det er ulikt kor mykje dei går inn i bakgrunnsteoriar for IBS og lavFODMAP, men teoriane er gjennomgåande like og stemmer med anna litteratur og pensum.

Kosthold kan vere vanskeleg å forske på, både av omsyn til kulturelle forskjellar og moglegheit for fusk hos den enkelte. Det finnast særleg moglegheiter for feilkjelder ved sjølvrapportering der objekta både kan feilrapportere om tilhald til dietten. I tillegg kan det tenkast at ein ved hjelp av innsamling av kost-dagbok forut studien får moglegheit til å plukke ut objekt med mest sannsynleg effekt av intervensjon.

3. Teori

Teorien har eg vald å dele inn etter hovudmomenta som er viktige å få klarlagt i forhold til å få løyst problemstillinga. Overskriftene representerer ulike element som eg ser som grunnleggande bakgrunnskunnskap for å ta fatt på problemstillinga.

3.1. Irritabel tarm

Vekselvis diare og forstopping, eller vedvarande ein av delane, magesmerter, oppblåstheit, kjensle av ufullstendig tarmtøyming og eventuelt dyspepsi er symptomane ved IBS. Magesmertene kjem av auka smertereaksjon på samantrekkingar i kolon og luftutvikling. Avføring eller luftavgang kan verke lindrande. Ein finn ingen utløysande årsak, men ein trur det heng saman med endra tarm-motilitet, endra sensorisk funksjon, tidlegare tarminfeksjonar og psykososiale faktorar (Reime, 2013, ss. 286-287). I tillegg lid pasientane ofte av andre plager som hovudverk, fibromyalgi, angst og depresjon (Paulsen, 2014, s. 272).

I Noreg rammar IBS omkring 441 672 personar, med utgangspunkt i ein prevalens på 8,4% (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016) og det norske folketalet 01.01.17 (Statistisk sentralbyrå, 2017). Nøyaktig prevalens er vanskeleg å kartlegge fordi ein veit lite om korleis allmennlegar diagnostiserer

tilstanden og ein reknar ikkje med at dei nyttar eksisterande kriterium (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016). I tillegg reknar ein med at mange aldri oppsøker hjelp for plagene sine (Paulsen, 2014, s. 272).

IBS-pasientar bør takast på alvor og utgreiast grundig. Dei kan oppleve bekymringar for meir alvorlege tilstandar, vanskar med å handtere uttalte plager og at endra kroppsfunksjon medfører redusert velvære og livskvalitet, og kan difor trenge psykologisk støtte, forståing og mestringshjelp (Reime, 2013, ss. 278, 286-287). Symptomatisk behandling kan forsøkast (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016), men det finnest ingen effektiv kur eller medisinsk behandling (Paulsen, 2014, s. 272). Utgreiing, behandling, tilvising vidare og oppfølging skal skje ved fastlege (Helse Bergen, 2016). Pasientgruppa utgjer opptil 30% av pasientar i spesialisthelsetenesta for fordøyingssjukdomar. Mange med samansette plager vert gjengangarar på legekontor og desto viktigare er det å bidra til mestring og presisere at tilstanden ikkje er alvorleg (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016).

3.2. LavFODMAP

Norsk Elektronisk Legehandbok (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016) og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017) føreslår lavFODMAP for effektiv symptomlindring ved IBS. Begge syner til Helse Bergen sine utdjupa sider om temaet (Helse Bergen, 2017). LavFODMAP er matvarer med lågt innhald av tungt fordøyelege karbohydrat, såkalla fermenterbare oligosakkarid, disakkarid, monosakkarid og (and) polyoler. Problem med nedbryting og opptak av desse karbohydrata i tynntarmen gjer at dei passerar vidare til tjukktarmen, der dei tiltrekker seg væske og brytast ned av bakteriar. Resultatet er danning av feittsyrer og gass, og utspelt tjukktarm (Helse Bergen, 2017).

I boka lavFODMAP (Lyngstad, 2015) skriv forfattaren om egne erfaringar med IBS. Først då ho kom over lavFODMAP-dietten, etter 10 års eksperimentering utan hell, opplevde ho betring. Effekten heng saman med redusert fermentering, vassamling og gassproduksjon i tarmen. Det anbefalast å redusere FODMAP-rike matvarer, til alle desse er fjerna frå kosten. I 6 veker skal ein avgrense alle FODMAP-rike matvarer. Vidare re-introduserast systematisk ei FODMAP-gruppe om gongen, for å få god oversikt til å sette saman eit personleg lavFODMAP-kosthald. Ein må ta omsyn til at fleire typar FODMAP ilag lettare gir symptom, då totalmengda er gjeldande. Nøyaktig framgangsmåte og oversikt over FODMAP-innhald i ulike matvarer er utdjupa i boka. Helse Bergen (Helse Bergen, 2017) syner til same framgangsmåte og understrekar at resultatet skal eit mest mogleg variert kosthald utan symptom.

Ved hjelp av Helse Bergen (2017) og Helsedirektoratet (2017) sine retningslinjer har eg laga ei forenkla oversikt over typiske matvarer med lågt eller høgt FODMAP-innhald. Saman med kunnskap om at pasientar reagerer ulikt på ulike typar og ulike mengder FODMAP syner dette kompleksiteten bak dietten og kva utfordringar pasientane kan møte. I tillegg kan mange reagere på kaffi, alkohol og kolsyre. Sidan FODMAP kunn er karbohydrat er alt av reint kjøtt, fisk, fjørkre, egg og feitt fritt for FODMAP.

Tabell 2

MATVAREGRUPPE	Lite FODMAP: kan brukast	Mykje FODMAP: avgrense/unngå
Frukt	Banan, blåbær, druer, kiwi, sitrusfrukter, ananas, bringebær.	Eple, pære, plomme, mango, hermetisk frukt, vannmelon, tørka frukt, fruktjuice, fiken, fruktose.
Grønsaker	Gulrot, selleri, tomat, grøn salater, spinat, oliven, poteter.	Asparges, avokado, brokkoli, rosenkål, blomkål, bønner, linser og andre belgfrukter, kål, fennikel, hvitløk, løk, sopp.
Kornprodukt	Ris, havre, polenta, mais, surdeig av spelt.	Rug, kveite, bygg.
Mjølkeprodukt	Laktosefri melk, havre, ris- og soyamelk, harde oster, brie, camembert, laktosefri yoghurt.	Melk, is, yoghurt, blaute oster, brunost
Søtt	Sukker, glukose, sirup (små mengder), søtningsstoff som ikkje enda på –ol.	Sorbitol, mannitol, isomalt, maltitol, xylitol, honning, sukkerfri tyggis/drops.

3.3. Livskvalitet

IBS med sine store plager kan medverke til redusert livskvalitet (Helse Bergen, 2016). Dette har Lyngstad (2015) sjølv erfart. Ho skriv om fysiske plager så ille at dei sleit ho ut psykisk i boka si.

Livskvalitet er ei subjektiv oppleving basert på individuell oppfatning av situasjon, verdiar og meiningar. Omgrepet rammar alle sidene av tilværet, kan heilt enkelt kallast synonym til "det gode liv" og omfattar sjølvrealisering, psykisk velvære, tilfredsheit med livets heilskap og tilfredsstilling av behov. Livskvalitet oppimot helse tek ofte utgangspunkt i mål, funksjon, behov, verdiar, og oppleving av sjukdom og symptom. Her verkar pasientens sinnstilstand inn (Wahl & Hanestad, 2004, ss. 23-28).

Ved å bruke livskvalitet i forskning og evaluering av sjukdom vert pasientens eigenvurdering og oppleving av situasjon grunnlaget for kliniske slutningar. Sidan pasientens oppleving ligg til grunne er sjølvrapportering enklaste måte å måle livskvalitet på (Wahl & Hanestad, 2004, ss. 30-36).

Helse og livskvalitet påverkar kvarandre. God helse kan gi god livskvalitet og omvendt, men dårlig helse treng ikkje bety dårleg livskvalitet. Helse er, på lik linje med livskvalitet, ei subjektiv oppleving som består av heilskapen av menneskets behov (Sletteland & Donovan, 2014, ss. 19-20).

Motstandskraft, lyst sinn, måtehald i forventingar og tåleevne er personlege eigenskapar som fremjar helse og kan medverke til korleis ein taklar motgang. Oppleving av makt og respekt for eigen autonomi verkar direkte inn på oppleving av helse (Sletteland & Donovan, 2014, ss. 93-94).

3.4. Brukarmedverknad og motivasjon

Brukarmedverknad er lovepålagt frå pasientrettighets-lovgivinga (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999), og skal sikre at pasientane har kunnskap om aktuelle tenester og får medverke til val av behandlingsform. Saman med fagfolk skal brukar vere med på å prege utforminga av den aktuelle hjelpa (Kristoffersen, 2014, ss. 318-320). For å kunne ta val treng brukar tilstrekkeleg informasjon. Ved hjelp av helsepedagogikk, eit omgrep som flyttar fokuset frå behandlarrolle til undervisningsrolle, kan sjukepleiar gi informasjon som stimulerer til læring, bevisstgjerung av val og helsefremjande endringar. Målet med helsepedagogikk er å styrke brukarrolla, slik at pasienten opplever kontroll, er betre rusta for situasjonen og kan ta styring over egne val og eige liv (Kristoffersen, 2014, ss. 345-349). Med dette er brukarmedverknad med på å stimulere til empowerment, eit omgrep som tek utgangspunkt i oppleving av eigenmakt (Sletteland & Donovan, 2014, ss. 49-50, 93-94).

Empowerment nyttast som eit mål om, og ein reiskap til, å styrke den enkelte til å kunne endre u-hensiktsmessige forhold. Tilrettelegging for empowerment og aktiv involvering av alle partar i planlegginga styrkar deltaking og mestring. Ein må møte pasienten med openheit og gi vedkommande moglegheit til å definere sine utfordringar, behov og moglege løysingar (Sletteland & Donovan, 2014, ss. 49-50, 93-94), slik legg ein òg til rette for læring (Kristoffersen, 2014, ss. 345-349). Læring og mestring styrkast når sjukepleiar balanserer rolla som autoritær og audmjuk, og skaper ein dialog prega av respekt for pasientens oppleving og eigenkunnskap, gjensidig tillit og openheit, og fleksibilitet og tilpassing. Rettleiing, informasjon, støtte og oppmuntring, og dialog er moglege pedagogiske metodar (Kristoffersen, 2014, ss. 351-352).

Motivasjon er viktig for å skape handlekraft til å ta val, positive forventingar og uthald. Opplevd motivasjon avhenger av sjølvoppfatning og vinningspotensiale. Om motivasjonen kjem innanifrå og er styrt av bevisstgjerung, aktiv handling og ønske om åtferdsending er den mest effektiv. Ein god komponent til å skape motivasjon er SMART-modellen. Den består av spesifikke mål, målbare mål, aksjonsorientering, realistiske mål og tidsramme for kortsiktige og langsiktige mål.

Aksjonsorientering inneber konkrete handlingar for å nå målet (Kristoffersen, 2014, ss. 349-351).

Skriftleg og konkret pasientinformasjon kan bidra til pasientmedverknad, mestring og oppleving av kontroll. Skreddarsydd informasjon er spesielt effektivt. I tillegg bør informasjonen appellere til at pasienten har noko å vinne (Kristoffersen, 2014, ss. 376-381).

3.5. Ernæring og teamarbeid

Å tilrettelegge for adekvat ernæring er ei viktig sjukepleiaroppgåve. Rett samansetting av næringsstoff er grunnleggande for oppretthald av normale kroppsfunksjonar (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 162). 15-20% av den norske befolkninga oppgir symptom ved matinntak, noko som kan resultere i under- og feilernæring (Aagaard & Bjerkreim, 2014, ss. 198-199).

Kostdagbok over minst 14 dagar kan bidra til å kartlegge samanheng mellom matvarer og plager (Reime, 2013, ss. 286-287). Med kostintervju kan sjukepleiar skaffe seg utdjupa oversikt over pasientens kosthald. Pasientens energinivå i form av trøytteik, slappheit, lågt aktivitetsnivå og lite initiativ kan tyde på utilfreds ernæringsstatus. Mistenker ein feilernæring må dette kartleggast med omsyn til kroppsmasseindeks (KMI), eit verktøy som tek utgangspunkt i vurdering av vekt i forhold til høgde. Laboratorieprøver kan gi svar på mistankar om feilernæring og vitaminmanglar. (Aagaard & Bjerkreim, 2014, ss. 175-183).

Som sjukepleiar skal ein kunne jobbe tverrfagleg, altså saman med andre yrkesgrupper med anna kompetanse, mot eit fells mål. Eit såkalla team utgjer ein kombinasjon av ferdigheiter, kunnskap, teori og metodar som den enkelte yrkesutøvar ikkje har aleine (Kristoffersen, 2014, ss. 313-315). Vegleiing som sikrar eit variert kosthald og rett næringstilførsel utan å skape reaksjonar er ei oppgåve der sjukepleiar, lege og ernæringsfysiolog må samarbeide (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 199).

4. Resultat/funn:

I oppsummeringa av forskning går eg ikkje inn på det artiklane seier om mekanismane bak FODMAP, då teori i artiklane stemmer med anna litteratur eg har funne, og eg har introdusert dette i teoridelen.

4.1. "Low-FODMAP Diet for Irritable Bowel Syndrome: Is It Ready for Prime Time?"

Oversiktsartikkel med 6 RCT-studiar, 4 retrospektive studiar, 3 randomiserte ombyte studiar og 1 ikkje-randomisert kontrollert studie. 10 av desse undersøker symptomlindring ved lavFODMAP, derav tre tek føre seg livskvalitet i tillegg, og det er desse eg vil gå inn på. Resten undersøker mekanismen bak FODMAP. Målet er å diskutere effekten av, mekanismen bak og potensielle fallgruver ved lavFODMAP-dietten (Khan et al., 2015).

IBS medfører redusert livskvalitet og lågare arbeidsproduktivitet, er Nord Amerikas nest største grunn til sjukefråvær, og utgjer enorme årlege kostnader. Truleg oppsøker kun ca. 15% hjelp. 60% oppgir å ha sjølv-eliminert triggande matvarer, 12% av desse risikerte næringsmangel. Årsaker til IBS er enda ikkje klarlagt, men antekne mekanismar er endra tarmflora og tarm-motilitet, visceral hypersensitivitet og gastrointestinal fermentering (Khan et al., 2015).

Alle studia på symptomlindring syner betring ved bruk av lavFODMAP. Dei som inkluderer livskvalitet oppgir merkbar betring, men to av desse har diverre låg fullføring (under 50%), noko som svekker resultatata . Artikkelen fastslår at mat kan trigge symptom ved IBS og at FODMAP-dietten inkluderer forståing av tarmens patofysiologi. Grunna imponerande forskingsresultat bør helsepersonell inkludere lavFODMAP-dietten som eit behandlingalternativ ved IBS. Får pasientane god hjelp til reintroduksjonen vert kun symptom-triggande matvarer eliminert, og ein unngår feilernæring. Ved manglande symptomlindring må ein vurdere diett-tilhald og innhald av kjemikaliar. Prosessen krev motiverte pasientar. Truleg vil 20-25% ikkje respondere. Vidare må kostnad opp imot andre alternativ vurderast. Langtidseffekt, sideeffektar, påverknad på tarmflora og kriterium for kven som kan ha nytte av dietten må kartleggast (Khan et al., 2015).

4.2. "Dietary Interventions and Irritable Bowel Syndrome: A Review of the Evidence"

Oversiktsartikkel som tek føre seg ulike diettintervensjonar ved IBS. Måler er å svare på nøkkelspørsmål kring dei ulike diettene, ved å sjå på styrkar og svakheiter blant eksisterande

litteratur. Artikkelen går inn på diettbehandlingar med fiber-supplement, ekskludering, lavkarbo, lavfruktose, glutenfritt og lavFODMAP. 5 studiar gjort på lavFODMAP-diett ved IBS er tekne med (Shah & Lacy, 2016).

Det finst ingen effektiv kur eller medikament for behandling av IBS. Grunna store negative konsekvensar for pasientane, spesielt på økonomi og livskvalitet, og at 70% opplever mat som trigger, har det den siste tida vore stort engasjement kring symptomlindrande diettar. Generelt sett er alle diettene lite dokumentert og ein manglar data over langtids-effektane, men truleg gir diett-intervensjon lågare fare for biverknader enn medikamentell behandling. Alle studia gjort på lavFODMAP-dietten syner signifikant symptomlindring hos pasientar med IBS (Shah & Lacy, 2016)

Konklusjonen er at detaljert kostdagbok med påfølgjande eliminasjon av aktuelle triggande matvarer må prioriterast. Ved manglande effekt kan ein introdusere lavFODMAP i samråd med ernæringsfysiolog. Pasienten må engasjerast aktivt i behandlinga. Det ideelle er eit spesialisert team som følgjer opp og individualiserer opplegget til den enkelte. Vi treng meir data kring langtidseffekten ved denne dietten og korleis den påverkar tarmfloraen. Det er viktig å hugse på at det ikkje fins noko som nødvendigvis passar absolutt alle (Shah & Lacy, 2016).

4.3. "Role of FODMAPs in Patients With Irritable Bowel Syndrome"

Oversiktsartikkel med 9 oversiktsartiklar og 31 enkeltstudiar. Målet er å samle oppdatert forskning kring rett handtering av IBS, med spesielt omsyn til FODMAP si rolle og effekten av lavFODMAP-dietten. Mekanismar bak, ulike test-alternativ for og konsekvensar av IBS grunngevast, samt kva FODMAP er, korleis dette trigger symptom, og styrkar og svakheiter ved lavFODMAP-dietten. Ein studie tek føre seg livskvalitet (Mansueto et al., 2015).

Symptoma ved IBS er komplekse, dei kan variere i tidsrom og opptre ulikt ved ulike matgrupper i ulike mengder hos ulike personar. Ein trur symptoma heng saman med visceral hypersensitivitet, der mat er ein anteken trigger, ikkje årsaka til IBS. LavFODMAP reduserer osmotisk effekt, fermentering, gassproduksjon og utviding av kolon, ein funksjon som stemmer overeins med lindring av antekne mekanismar bak IBS. Studien på livskvalitet konkluderer med merkbar betring, men er ikkje gjort greie for og har kunn 19 deltakarar (Mansueto et al., 2015).

Symptomlindringa er så god at dietten bør introduserast for IBS-pasientar, sett at dei får oppfølging i samarbeid med ernæringsfysiolog og at andre tilstandar er utelatt. Ein bør kartlegge kostvanar og

livsstil via kost-dagbok og spørsmål, forklare grunnlaget for å introdusere lavFODMAP og gi konkrete diett-forslag som pasienten bør følge i minst 6-8 veker. Teknikkar for overhald i vanskelege situasjonar bør diskuterast slik at pasienten er betre rusta. For å kartlegge toleransen re-introduserast ei FODMAP-gruppe om gangen i små dosar. Slik slepp ein unødvendig eksklusjon av matvarer over tid, og kan oppnå eit mest mogleg variert kosthald med minst mogleg symptom . Ulemper er at ein manglar studiar på langtidseffekten, mange opplever dietten som dyr og vanskeleg haldbar, ein fryktar for lite fiberinntak, og ikkje alle opplever like god symptomlindring (Mansueto et al., 2015).

4.4. "Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis"

Artikkel og metaanalyse som summerer resultat frå 6 RCT-studiar og 16 ikkje-RCT-studiar, med eit mål om å kartlegge effekten av FODMAP i behandling av pasientar med mage-tarmsymptom. Det gjevast spesifikke resultat for IBS-pasientar. Truleg er årsakene til IBS ein kombinasjon av endra tarmflora, visceral hypersensitivitet, endra motilitet og låg inflammasjon. 60% hevdar å ha sjølv-eliminert mat som opplevast som trigger (Marsh et al., 2016).

Symptom er målt ved hjelp av "Symptoms Severity Score", spesielt utvikla for pasientar med IBS. I RCT-studiane var effekten på gastrointestinale symptom stor (OR 1.81, 95% KI 1.11-2.95), dette kom òg til syne i non-RCT-studiane (OR 0.80, 95% KI 0.72-0.86), som i tillegg opplevde auka energinivå (OR 0.61, 95% KI 0.35-0.81). For "Symptom Severity Score" var det totalt signifikant betring i både RCT - og non-RCT- studia (OR 0.44, 95% KI 0.25-0.76) og (OR 0.04, 95% KI 0.00-0.38) (Marsh et al., 2016).

Påverknad på livskvalitet er målt ved hjelp av skåren "Quality of life", ein 5-punkts likert-skala som avdekkar kor uttalt personen beskriv sine kjensler. RCT-gruppa synte betrakteleg betring (OR 1.84, 95% KI 1.12-3.03), noko som òg kom til syne i non-RCT-gruppa (OR 2.64, 95% KI 1.47-4.75) (Marsh et al., 2016).

Samla sett syner resultata av lavFODMAP-dietten signifikant effekt på symptomlindring og livskvalitet. Vidare må dietten langtidseffekt undersøkast. Truleg påverkast bakteriefloraen, det anbefalast difor å bruke pre- eller pro-biotika ved langtidsbruk, og ein skal difor ikkje nytte dietten utan indikasjon. Dietten ekskluderer ikkje heile matgrupper og utgjer difor ikkje stor fare for

næringsmangel. Sikkert er dietten beste behandlingsalternativ for pasientar med IBS (Marsh et al., 2016).

5. Drøfting

Innleiingsvis presanterer eg svakheiter ved oversiktsartiklane og metaanalysa. Her fokuserer eg på studiar relevante for problemstillinga. Vidare drøftar eg kva funna frå forskinga og teorien seier om lavFODMAP, symptomlindring, livskvalitet og aktuelle utfordringar. Eg avsluttar med å drøfte sjukepleiarfunksjonen, korleis ein kan gå fram for å få til eit godt samarbeid med pasient og andre partar, og kvifor ernæring er viktig kunnskap for sjukepleiarar.

5.1. Studiane

Verken Khan et al. (2015) eller Shah & Lacy (2016) gjer greie for nytta metode eller korleis kjelder er henta inn og vald ut. Shah & Lacy (2016) kritiserar studia for å ikkje gjere greie for nytta lavFODMAP-diettar eller kontrolldiettar. Dette svekker resultatane, gjer dei vanskeleg generaliserbare, gjer det vanskeleg å avdekke medverkande faktorar, og kan gi forskarane moglegheit til å påverke resultatane. Ingen av oversiktsartiklane utdjuar lavFODMAP-diettane eller kontrolldiettane som har vore nytta i studia.

Gjennomgåande har alle studia få deltakarar. Den minste studien har 8 deltakarar (Shah & Lacy 2016), og dei lengste relevante har 90 deltakarar (Marsh et al., 2016 og Shah & Lacy 2016). I tillegg er det kort varigheit, noko som alle studiane presiserer er ei svakheit som gjer at ein manglar resultat på langtidseffekten. Marsh et al. (2016) påpeikar kort varigheit på RCT-studiane, medan non-RCT-studiane strekker seg frå 5 veker (ein på 2 dagar) til 35 månader. Sjølv argumenterer Marsh et al. (2016) med at dette syner eit betre mangfald av resultatane og at det ikkje er noko korrelasjon mellom effekt og varigheit. I tillegg oppgir dei at best symptomlindring ser ut til å opptre innan 7 dagar, for så å halde seg meir eller mindre konstant. Dei kritiserer at studiane ikkje gjer greie for mogleg bias ved deltakar-rapportering av tilhald til dietten, og påpeikar at stor heterogenitet i non-RCT-studia kan skuldast ulik varigheit, ulik tilhald til lavFODMAP og ulik reduksjon av FODMAP-inntak.

Marsh et al. (2016), Shah & Lacy (2016) og Mansueta et al. (2015) nevner fleire ulike diagnostiske kriterium, utan at dei utdjuar, noko som gjer det vanskeleg for lesar å samanlikne resultatane. Ulike kriterium kan tenkast resultere i pasientar med ulike symptom. Khan et al. (2015) nemner ingenting om diagnostiske kriterium, noko som òg er ei svakheit. Sjølv trekker dei fram manglande blinding og låg fullføring som ein svakheit som gjer resultatane vanskeleg generaliserbare. Her syner dei til to

studiar, ellers er fullføring ikkje oppgitt. Under halvparten av studia oppgir blinding, nokre manglar varigheit, nokre er ukontrollerte og diett-tilhald er lite rapportert. Sistnevnte gjer det vanskeleg å kontrollere placeboeffekten. Marsh et al. (2016) har verken tatt med blinding, fullføring eller diett-tilhald.

Shah & Lacy (2016) påpeikar at det manglar kontroll opp imot farmakologisk terapi og at det er vanskeleg å samanlikne diettintervensjonar, då ulike ernæringsfysiologar har ulik praksis. Dei nevner ikkje noko om blinding, men pesiserer at manglande studiedesign, vage IBS-kriterium og manglande spesifiserte spørsmål i eitt av studia er ei svakheit. Mansueto et al. (2015) poengterer at retrospektive studiar ikkje er ideelt for å fastslå effekt av diett-forsøk, då det ikkje tek omsyn til placebo.

Opp-summert er alle artikkane samde i at IBS går utover livskvaliteten til veldig mange, utan å syne til konkrete tal, og at lavFODMAP-dietten er effektiv for å lindre symptom. Dei taler alle for bruk av lavFODMAP i behandlinga av IBS-pasientar, men Shah & Lacy (2015) føreslår å først teste ut eliminering av triggande matvarer. Det er einigheit i at oppfølging er viktig for å sikre eit variert kosthald med minst mogleg symptom, og at ein må studere langtidseffektane vidare.

5.2. Om lavFODMAP, symptom og livskvalitet

5.2.1. Symptomlindring

LavFODMAP-dietten har synt seg for å vere effektiv symptomlindrar for mange (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016) og (Helse Bergen, 2017). Dietten er ikkje ein kur, men eit hjelpemiddel til å unngå plagsame symptom (Lyngstad, 2015). Symptomlindringa heng truleg saman med at redusert inntak av FODMAP-rike matvarer kan resultere i redusert osmotisk effekt, fermentering og gassproduksjon (Helse Bergen, 2017; Lyngstad, 2015; Mansueto et al., 2015; Khan et al., 2015; Shah & Lacy, 2016 og Marsh et al., 2016). Truleg oppnåast best effekt på dette området allereie innan 7 dagar (Marsh et al., 2016 og Shah & Lacy, 2016). Alle artikkane stiller seg skeptisk til at ein ikkje har kjennskap til diettens langtidseffekt. Når det kjem til symptomlindring hevdar Marsh et al. (2016) at deira non-RCT-studiar med ulik varigheit syner at det ikkje er noko korrelasjon mellom varigheit og symptomlindring.

Samanlikna med andre diettintervensjonar ved IBS er truleg lavFODMAP den mest effektive (Shah & Lacy, 2016). Shah og Lacy (2016) foreslår likevel at førstevalget er å eliminere triggermatvarer, og at lavFODMAP kan introduserast om dette ikkje hjelper. Khan et al. (2015) meiner dietten, i samråd

med kvalifisert personell, bør inkluderast i behandling av IBS då den inkluderar god symptomlindring og ei betre forståing av tarmfunksjonen. Dette understøttar Mansueto et al. (2015), som meiner dietten burde vere førstevalet ved IBS, og Marsh et al. (2016), som meiner dietten heilt klart bør nyttast i nøkkelbehandlinga av IBS. Sidan dietten ikkje påverkar patofysiologien til tarmen vil nokon fortsatt oppleve symptom, men gjerne meir overkommelige (Mansueto et al., 2015). Likevel må ein rekne med at 20-25% mogleigeins ikkje oppnår respons (Khan et al., 2015).

5.2.2. Livskvalitet

Helse Bergen (2017) skriv at pasientar med IBS kan oppleve redusert livskvalitet, medan Shah & Lacy (2016) og Khan et al. (2015) skriv at IBS har betrakteleg innverknad på pasientens livskvalitet. Eg har ikkje lukkast i å finne konkrete tal som syner dette, men det kan tenkast at mange, som resultat av plagsame symptom, sosial isolasjon og høgt sjukefråvær, opplever redusert livskvalitet, slik som Lyngstad (2015).

Sidan det er mange individuelle faktorar som påverkar oppleving av livskvalitet oppimot sjukdom og symptom (Wahl & Hanestad, 2004, ss. 23-28), kan òg IBS-pasientar oppleve livskvaliteten ulikt. Ulike symptom og plager vil saman med ulike behov, mål og verdiar, påverke opplevinga av både helse og livskvalitet (Sletteland & Donovan, 2014, ss. 19-20). For å vurderer pasientens oppleving av livskvalitet er sjølvrapportering beste løysing (Wahl & Hanestad, 2004, ss. 30-36). Dette har Marsh et al. (2016) sin metaanalyse tatt omsyn til, då kartlegginga av pasientane si oppleving av livskvalitet tek utgangspunkt i sjølvrapporterte spørjeskjema. Metaanalysen presenterer resultat som syner betrakteleg forbetring av livskvaliteten i intervensjonsgruppa, i motsetning til kontrollgruppa. Dette syner låg placebo, og gjer resultata meir truverdige. Khan et al. (2015) har med tre studiar som syner lavFODMAP sin innverknad på livskvaliteten, der alle er omtalt som merkbar betring. Diverre hadde to av desse låg fullføring, noko som svekker resultata. Mansueto et al. (2015) har kun med ein studie på livskvalitet, der det konkluderast med merkbar betring. Studien er ikkje gjort greie for og er kun gjort på 19 personar.

5.2.3. Utfordringar

Alle artiklane fastslår at vi manglar kjennskap til langtids effektar og sideeffektar av lavFODMAP-dietten, med spesielt omsyn til potensiell feilernæring og negativ påverknad på tarmfloraen. Mansueto et al. (2015) og Marsh et al. (2016) påpeiker at dietten tillet alle matvaregruppene og difor ikkje treng å utgjere ein ernæringsrisiko. Det er òg knytt bekymring til redusert fiberinntak ved dietten (Mansueto et al. 2015) og at den ikkje syner signifikant betring av obstipasjon (Marsh et al.,

2016). Marsh et al. (2016) hevdar at obstipasjon og fiberinntak ikkje treng å henge saman og at ein treng meir forskning på direkte behandling av obstipasjon ved IBS, samt at nyttigheita av supplerande pre- eller probiotika bør kartleggast.

Store mengder FODMAP i det Mansueto et al. (2015) karakteriserar som "standard kosthald" kan bety drastisk kosthaldsomlegging. Dette syner tabell 2, som blant anna inkluderer all brødmata laga av bygg, rug eller kveite, alle mjølkeprodukt som inneheld laktose, og fleire typar frukt og grønnsaker. Mansueto et al. (2015) syner til ein studie som syner at eit typisk australsk kosthald dagleg inneheld 16.9-30, 6 g. FODMAPs, medan terapeutisk effekt ved IBS sjåast ved < 3 g. FODMAP dagleg. I tillegg har ein kun avgrensa data på FODMAP-innhald i ulike matvarer (Mansueto et al., 2015), ei rekke matvarer er endå ikkje analysert og ulike matvareprodusentar gjer det vanskeleg å komme med universelle råd (Marsh et al., 2016).

At det er totalmengda FODMAP som gjeld, samtidig som at ulike personar reagerer ulikt på ulike typar –og mengder FODMAPs, kompliserer dietten ytterlegare og syner viktigheita av eit individuelt tilpassa kosthald (Mansueto et al., 2015). Dette stiller krav til at pasienten involverast og er engasjert (Khan et al., 2015). Eliminerasjonsfasen krev god sjølvdisiplin over fleire veker og re-introduksjonsfasen krev strukturert framgangsmåte, for å best mogleg kunne kartlegge triggerfaktorar og skreddarsy kosthaldet. Maten bør lagast frå botnen av, og ein bør unngå alle produkt ein er usikre på i eliminerasjonsfasen, noko som kan verke tungvindt, tidkrevjande og skape utfordringar knytt til å ete andre stader (Lyngstad, 2015). Det er påpeikt at all maten ikkje smaker godt og ikkje er like tilgjengeleg, at pasientar kan ha vanskar med å motta og etterleve diettråd, og at sosiale settingar kan vere utfordrande (Mansueto et al., 2015).

Nokre opplever dietten som dyr (Lyngstad, 2015 og Marsh et al., 2016), men dyre matvarealternativ er unødvendig og mange sparar pengar på god planlegging og å lage maten sjølv (Lyngstad 2015). Symptoma er reversible, så på tross av gode resultat med dietten må ein vere budd på dårlegare periodar (Lyngstad, 2015). I tillegg kan fleire faktorar medverke til uteblitt resultat, og ein må vurdere heilskapen av kosthald og livsstil (Mansueto et al., 2015). Vidare trengs kriterium som kartlegg kven som kan ha nytte av dietten, betre metodar for å avdekke ikkje-allergiske matvareintoleransar, og å få avklart andre innverkande faktorar (Mansueto et al., 2015). Framtidige studiar bør sjå på effekten av lavFODMAP opp imot tradisjonelle råd ved IBS (Marsh et al., 2016) og kostnad (Khan et al., 2015).

5.3. Sjukepleiarfunksjonen

5.3.1. Samarbeid med andre arbeidsgrupper

For å kunne utelate andre alvorlege tilstandar og forsikre pasienten om at vedkommande ikkje lir av ein alvorleg sjukdom krevjast grundig utgreiing (Reime, 2013). Under utgreiing av sjukdom arbeider sjukepleiar og lege tett (Kristoffersen, 2014, s. 308). Khan et al. (2015) seier at framgangsmåten for dietten bør inkludere ernæringsfysiolog. Dette stemmer med pensum, som seier at kosthaldsrettlegging som skal sikre variasjon og rett næringstilførsel utan å skape reaksjonar, krev at sjukepleiar samarbeider med ernæringsfysiolog, i tillegg til lege (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 199).

Saman dannar sjukepleiar, ernæringsfysiolog og lege eit tverrfagleg team, som på tvers av profesjonar kan arbeide mot eit felles mål ved hjelp av utdjupa kunnskapar og ferdigheiter (Kristoffersen, 2014, ss. 313-315). Shah & Lacy (2016) påpeiker at den ideelle behandlinga er eit spesialisert team som kan følgje opp og individualisere opplegget til den enkelte pasienten. Nettopp dette har sjukepleiar, ernæringsfysiolog og lege, med sine ulike og breie bakgrunnskunnskapar, moglegheit til. Her vert òg brukarmedverknad sentral, då brukar saman med fagfolk skal vere med på å prege utforminga og bidra i avgjersler, basert på tilstrekkeleg informasjon (Kristoffersen, 2014, ss. 318-320 og Kristoffersen, 2014, ss. 345-349).

5.3.2. Å styrke brukarmedverknad

I tillegg til å inkludere samarbeid med ernæringsfysiolog bør framgangsmåten inkludere undervising og aktiv involvering av pasienten (Khan et al., 2015 og Shah & Lacy, 2016). God og forståeleg informasjon, som i dette tilfellet bør inkludere kvifor ein bør teste ut lavFODMAP, framgangsmåte, kva ein kan forvente av dietten og kva utfordringar ein kan møte på, skaper brukarmedverknad og bevisstgjerig av val (Kristoffersen, 2014, ss. 345-349). Slik rustar ein pasienten til å møte utfordringar (Mansueto et al., 2015) og tilrettelegg for empowerment (Sletteland & Donovan, 2014, ss. 49-50, 93-94). Empowerment, brukarmedverknad, læring og mestring styrkast vidare ved å møte pasienten med openheit og moglegheit til å sjølv definere eigne utfordringar, mål og løysingar (Sletteland & Donovan, 2012, ss. 49-50, 93-94 og Kristoffersen, 2014, ss. 345-349).

Ved å instruere i Helse Bergen (2017) og Lyngstad (2015) sin standardiserte framgangsmåte for eliminasjonsfasen og re-introduksjonsfasen, kan sjukepleiar rettleie pasienten. Mansueto et al. (2015) uttrykker viktigheita av at ein gir spesifikke kostråd, noko som bruk av standardisert framgangsmåtar understøtta. Grunna lange lister over FODMAP-innhald og detaljert framgangsmåte er det relevant med skriftleg skreddarsydd pasientinformasjon. Slik kan informasjonen verte meir

effektiv, brukarmedverknaden styrkast, og pasienten kan oppleve kontroll (Kristoffersen, 2014, ss. 376-381).

5.3.3. Å styrke mestring

Sidan FODMAPs fins i mange ulike matvarer (tabell 2), og i store mengder i eit vanleg kosthald (Mansueto et al., 2015), kan omlegging til dietten bety store omveltingar for mange av pasientane. Vanskar med å motta og etterleve diettråd, at maten ikkje opplevast som like god og like tilgjengeleg, og utfordringar knytt til sosiale settingar (Mansueto et al., 2015), understrekar behovet for engasjerte og motiverte pasientar. I tillegg krev tilhald til dietten 6 veker streng eliminasjon og fleire veker strukturert re-introduksjon (Lyngstad, 2015), noko som krev uthald hos pasienten.

Uthald krev motivasjon, tru på at ein kan, og å sjå vinningspotensiale. Ved å bruke SMART-modellen til å hjelpe pasient til å sette seg klare, målbare og realistiske mål innanfor visse tidsrammer med aksjonsorientering, kan sjukepleiar bidra til å skape motivasjon. Motivasjon vil vidare vere viktig for å skape positive forventingar og handlekraft til å ta val (Kristoffersen, 2014, ss. 349-351). Slik ser ein viktigheita av å inkludere pasienten for å skape brukarmedverknad, og vidare oppnå motivasjon og mestring. I tillegg må sjukepleiar balansere rolla som autoritær og audmjuk, skape ein dialog prega av respekt for pasientens oppleving og kunnskap, og syne rom for tilpassing, for slik å styrke både læring og mestring ytterlegare (Kristoffersen, 2014, ss. 351-352).

5.3.4. Sikre adekvat ernæring

Sjukepleiar må kunne tilrettelegge for adekvat ernæring og rett samansetting av næringsstoff, slik at ein opprettheld normale kroppsfunksjonar (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 162). Dette stiller krav til kunnskap om ernæring, sjukdom og ernæringsbehandling. For å kartlegge problemet hos den enkelte må sjukepleiar snakke med pasienten om kostvanar og oppleving av symptom knytt til matinntak. Dette kan gjerast ved hjelp av kostintervju. Sidan matvareintoleranse og sjøveliminasjon av matvarer kan medføre feilernæring (Khan et al., 2015 og Aagaard & Bjerkreim, 2014, ss. 198-199), bør ernæringsstatus vurderast ut ifrå KMI, pasientens oppleving av energinivå og eventuelt aktuelle laboratorieprøver (Aagaard & Bjerkreim, 2014, ss. 175-183).

Vidare bør pasienten oppmodast til å føre kost-dagbok over 14 dagar for å kartlegge samanheng mellom matinntak og symptom (Reime, 2013, ss. 286-287). Denne må gjennomgåast for å kartlegge kva matvarer pasienten sjølv opplever som trigger (Shah & Lacy, 2016). Enten kan ein først forsøke å eliminere triggande matvarer (Shah & Lacy, 2016), eller tilby pasienten rettleiing i lavFODMAP. Ved introduksjon av lavFODMAP bør sjukepleiar inkludere ernæringsfysiolog for å oppnå eit mest

mogleg variert kosthald med minst mogleg symptom (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2016; Mansueto et al., 2015; Khan et al., 2015 og Marsh et al., 2016).

6. Konklusjon

I oppgåva syner eg at IBS er ein tilstand med mange og samansette plager som rammar ei stor gruppe personar. Frå forskning og pensum kjem det fram at tilstanden påverkar livskvaliteten til mange og utgjer ein truleg stor samfunnskostnad. Helsedirektoratet anbefaler bruk av lavFODMAP-kosthald som symptomlindrar ved IBS. Ved hjelp av forskning har eg gått inn på korleis lavFODMAP-dietten verkar inn på tilstanden. Det kjem fram av studia at dietten er effektiv og trygg for korttidsbruk, men at vi manglar studiar på langtidseffekten og eventuelle sideeffektar av dietten. Det vert presisert at vi manglar dokumentasjon på beste tilnærming til pasient for å få til eit vellukka resultat, men at godt samarbeid med pasienten er grunnleggande.

Kvifor eg tenker at dette er relevant og viktig kunnskap for ein sjukepleiar understrekar eg med pensum som stadfestar at ernæring som sikrar vedlikehald av kroppsleg funksjonar er ei viktig sjukepleiaroppgåve. Ved hjelp av offentlege retningslinjer frå Helsedirektoratet og Helse Bergen, kostråd skrivne av ernæringsfysiolog, og sjukepleiarpensum som omhandlar rettleiing, motivasjon og mestring, har eg belyst korleis sjukepleiar kan rettleie pasientar i denne dietten. Eg belyser viktigheita av samarbeid mellom sjukepleiar, lege og ernæringsfysiolog for eit optimalt resultat, samt korleis brukarmedverknad bør spele inn. Vi vil fortsatt trenge fleire studiar som syner langtidseffekten og potensielle fallgruver ved dietten, samt korleis å få til eit best mogleg effektivt behandlingssopplegg saman med pasientane. I tillegg er det relevant å undersøke kostnad og effekt av dietten, oppimot andre behandlingalternativ.

Bibliografi

- Aagaard, H., & Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov* (2. utg., ss. 161-207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse Bergen. (2016, 12. 06.). *Irritabel tarm syndrom (IBS)*. Henta 05. 05., 2017 frå helse-bergen.no: <https://helse-bergen.no/behandlinger/irritabel-tarm-syndrom-ibs>
- Helse Bergen. (2017, 03. 21.). *LavFODMAP - mat ved IBS*. Henta 05. 05., 2017 frå helse-bergen.no: <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-avdeling/gastroenterologisk-seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer/lavfodmap-mat-ved-ibs>
- Helsedirektoratet. (2017, 02. 21.). *Kosthold ved diagnoser og sykdomstilstander: Irritabel tarm / IBS*. Henta 04. 03. , 2017 frå helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/erteringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/kosthold-ved-diagnoser-og-sykdomstilstander#irritabel-tarm-/-ibs>
- Khan, M. A., Nusrat, S., Khan, M. I., Nawras, A., & Bielefeldt, K. (2015). Low-FODMAP Diet for Irritable Bowel Syndrome: Is It Ready for Prime Time? *Digestive Diseases and Sciences*, 60(5), ss. 1169-1177. doi:10.1007/s10620-014-3436-4
- Kristoffersen, N. J. (2014). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., ss. 337-385). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 281-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lyngstad, J. (2015). *LAVFODMAP: En komplett håndbok for deg med sensitiv mage* (1. utg.). Oslo: Frisk Forlag AS.
- Mansueto, P., Seidita, A., D'Alcamo, A., & Carroccio, A. (2015). Role of FODMAPs in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Nutrition in Clinical Practice*, 30(5), ss. 665-682. doi: 10.1177/0884533615569886
- Marsh, A., Eslick, E. M., & Eslick, G. D. (2016). Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *European Journal of Nutrition*, 55(3), ss. 897-906. doi: 10.1007/s00394-015-0922-1

- Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2016, 07. 18.). *Irritabel tarm-syndrom*. Henta 05. 04., 2017 frå legehandboka.no: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/magetarm/tilstander-og-sykdommer/tykktarm/irritabel-tarm-syndrom/#forl-p-komplikasjoner-og-prognose>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Paulsen, V. (2014). Sykdommer i fordøyelsessystemet. I S. Ørn, J. Mjell, S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., ss. 243-287). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Reime, M. H. (2013). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (2. utg., ss. 277-388). Oslo: Cappelen Damn AS.
- Shah, S. L., & Lacy, B. E. (2016). Dietary Interventions and Irritable Bowel Syndrome: A Review of the Evidence. *Current Gastroenterology Reports*, 18(8), s. 41. doi: 10.1007/s11894-016-0517-x
- Sletteland, N., & Donovan, R. (2014). *Helsefremmende lokalsamfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2017, 02. 23.). *Folkemengde og befolkningsendringar, 1. januar 2017*. Henta 05. 13., 2017 frå ssb.no: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2017-02-23>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Wahl, A. K., & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.