

# Regionalt vårdprogram för funktionella mag- och tarm-sjukdomar (FMT) hos barn och ungdomar

---

Ett regionalt medicinskt vårdprogram är ett dokument som utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne ska följa, såvida inte särskilda skäl föreligger. Regionala vårdprogram tas fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper och fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2024-05-27  
Giltig till 2027-05-27  
[www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer](http://www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer)



# Innehållsförteckning

Förord.....	1
Förankring och remissyttrande.....	2
Bakgrund.....	2
Definition, sjukdomsmekanism och symtomkriterier.....	3
Sjukdomsmekanism.....	4
Rome IV kriterierna.....	5
Funktionella tillstånd med buksmärta.....	6
Funktionella tillstånd med illamående och kräkningar.....	8
Funktionella avföringstillstånd.....	9
Utredning.....	10
Anamnesupptagning.....	10
Alarmsymtom.....	10
Förhållningssätt.....	11
Status.....	12
Provtagningar och undersökningar.....	12
Vårdkedja och vårdsamverkan.....	13
Primärvård.....	14
Akutsjukvård.....	14
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning.....	15
Högspecialiserad smärtmottagning.....	15
Första linjen/Barn- och ungdomspsykiatri (BUP).....	16
Elevhälsan.....	17
Socialtjänst.....	18
Behandling.....	18
Förklaringsmodell.....	18
Teamarbete.....	21
Läkare.....	22
Sjuksköterska.....	22
Dietist.....	22
Fysioterapeut.....	24
Kurator och psykolog.....	25
Interventioner.....	27
Psykoedukation.....	27
Samverkan med barnets/ungdomens skola.....	27
Föräldrastödande samtal.....	28

Familjefokuserat samtal .....	28
Kognitiv beteendeterapi (KBT) .....	28
KBT.....	28
Klinisk hypnos eller hypnoterapi .....	29
Läkemedelsbehandling sällan indicerad .....	30
Dokumentinformation .....	31
Arbetsgrupp LAG FMT .....	32
Referensgrupp under hela eller delar av arbetet.....	33

## Förord

Besvär från mage och tarm är vanligt förekommande hos barn, ungdomar och vuxna. Mag- och tarmproblem leder ofta till oro, kostförändringar och begränsningar i vardagen med nedsatt livskvalitet som följd. När symtom från mage och tarm blir långvariga eller återkommande, och inte kan förklaras av påvisbara strukturella och biokemiska avvikelser efter medicinsk bedömning och lämplig grad av utredning, samt att inga alarm-symtom föreligger, definieras symtombilden som funktionell mag-tarmsjukdom (FMT).

Detta vårdprogram har författats av LAG FMT på uppdrag av LPO barns och ungdomars hälsa, i syfte att ge stöd vid bedömning, utredning och behandling av barn och ungdomar med FMT i Skåne. Målgrupper är samtliga verksamheter där barn och ungdomar med FMT kan söka vård, såsom primärvården, akutmottagning, elevhälsan, ungdomsmottagningen, Första linjen, BUP, barn- och ungdomsmedicinsk mottagning samt specialistmottagning för smärta.

En gemensam och förståelig förklarings- och behandlingsmodell, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, ökar samstämmigheten på alla nivåer och därigenom möjligheterna till effektivt omhändertagande. Dokumentet lyfter fram den positiva effekten av en god kontakt mellan patient och läkare, men även vikten av ett behovsstyrt multidisciplinärt omhändertagande.

Fastställt, 2024-05-27



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Förankring och remissyttrande

I LAG FMT har ingått representanter från olika verksamheter i Region Skåne (se ”Arbetsgrupp LAG FMT”). Dokumentet har granskats av en Skåneövergripande referensgrupp (se ”Referensgrupp under hela eller delar av arbetet”). Styrelsen i Mag- och tarmföreningen i Skåne har lämnat synpunkter på och påverkat materialets utformning och innehåll.

Dokumentet är förankrat i LPO mag- och tarmsjukdomar, Region Skåne. Vid framtagandet av materialet har den lokala arbetsgruppen även uppmärksammat det pågående arbetet i NAG, långvarig smärta hos barn och ungdomar.<sup>1</sup>

Via remissrunda har förankring skett med LPO barns och ungdomars hälsa, LPO psykisk hälsa, samt primärvården via AKO och Capio närsjukvård. Elevhälsan i samtliga 33 kommuner erbjöds inkomma med synpunkter, varav sex inkom med svar. LAG nutrition har godkänt skrivelsen om behandlingsförsök med pepparmyntsolja (Colpermin) under Dietist-avsnittet på sidan 23.

## Bakgrund

Besvär från mage och tarm är vanligt förekommande hos barn, ungdomar och vuxna, i perioder eller mer uttalat under en längre tid.<sup>2</sup> Mag- och tarmproblem leder ofta till oro hos individen och vårdnadshavare, kostförändringar och begränsningar i vardagen; såsom svårighet att känna sig bekväm med att delta i eller att utföra fysiska aktiviteter, påverkan på socialt umgänge och undvikande av situationer som upplevs påfrestande, samt ofta hög skolfrånvaro och/eller inverkan på vårdnadshavares deltagande i arbetslivet.

---

<sup>1</sup> [Insatsområde långvarig smärta hos barn och ungdomar \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://www.kunskapsstyrningvard.se)  
[Elektronisk utgåva].

<sup>2</sup> Sjölund J, Uusijärvi A, Tornkvist NT, Kull I, Bergström A, Alm J, Törnblom H, Olén O, Simrén M. *Prevalence and Progression of Recurrent Abdominal Pain, From Early Childhood to Adolescence*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021 May;19(5): 930–938.

Detta medför nedsatt hälsorelaterad livskvalitet för både individen och familj.<sup>3,4</sup>

Många gånger kan det medföra svåra avvägningar för vårdnadshavare att bedöma hur den egna eller barnets oro för den somatiska problematiken ska hanteras i relation till de begränsningar eller anpassningar som kan upplevas oundvikliga att göra för att symtomen ska vara hanterbara.

I kontakt med elevhälsa, primärvård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, akutmottagningar och Första linjen eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP) bemöts mag- och tarmsymtom ibland på olika sätt. Detta kan inverka negativt på patienten med familj, men också ge konsekvenser för resursanvändningen i hälso- och sjukvården.<sup>5</sup>

## Definition, sjukdomsmekanism och symptomkriterier

FMT är den svenska översättningen av den internationellt etablerade definitionen FGID, *Functional Gastro Intestinal Disorder*. När symtom från mage och tarm blir långvariga och återkommande och inte kan förklaras av påvisbara strukturella eller biokemiska avvikelser definieras symtombilden som funktionell mag-tarmsjukdom. Detta förutsätter att en medicinsk bedömning och lämplig grad av utredning genomförts, samt att inga alarmsymtom föreligger.

En FMT-diagnos är en beskrivande diagnos och inte en uteslutningsdiagnos. Alarmsymtom talar emot FMT och indikerar behov av ytterligare bedömning och utredning.

Symtombilden kan variera och definieras i diagnoser enligt särskilda kriterier från ROME-foundation, som skiljer sig något jämfört med kriterier

---

<sup>3</sup> Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Shulman RJ, Hyams JS, Palsson O, van Tilburg MAL. *Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria*. J Pediatr. 2018 Apr;195: 134-139.

<sup>4</sup> Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, Sperber AD, Whitehead WE, Simrén M. *The Prevalence and Impact of Overlapping Rome IV-Diagnosed Functional Gastrointestinal Disorders on Somatization, Quality of Life, and Healthcare Utilization: A Cross-Sectional General Population Study in Three Countries*. Am J Gastroenterol. 2018 Jan;113(1): 86–96.

<sup>5</sup> Olén O, Uusijärvi A, Grimheden P, Grahnquist L. (2013). *Regionalt vårdprogram Smärtdominerade funktionella mag-tarmsjukdomar hos barn och ungdomar*. Stockholms läns landsting.

för vuxna.<sup>6,7,8</sup> Flera FMT-diagnoser kan förekomma samtidigt och då krävs särskilt övervägande kring differentialdiagnostik. Det finns även ett tydligt överlapp mellan FMT och symtom såsom trötthet, sömnstörningar, huvudvärk, ryggvärk eller hjärtklappning samt överlapp med andra syndrom som migrän, kroniskt smärtsyndrom, premenstruellt syndrom (PMS), dysmenorré och psykiska symtom som ångest och depression.<sup>9</sup> Barn med annan organisk magtarmsjukdom kan samtidigt ha FMT.

## Sjukdomsmekanism

Sjukdomsmekanismerna för de olika funktionella mag-tarmsjukdomarna är komplexa och ofullständigt kända. Klassificering efter symtomkriterier har bidragit till ökad kunskap om denna typ av tillstånd, som inte är ett enskilt psykologiskt eller mag-tarmrelaterat tillstånd. Vetenskapen har just börjat ana komplexiteten kring de fysiologiska och patofysiologiska mekanismer som sker i tarmen, hur dessa uppfattas av hjärna och smärtcentra, samt omvänt hur hjärnans funktion och eventuella dysfunktion påverkar mage och tarm, även kallat den biopsykosociala förklaringsmodellen<sup>10</sup> (se Bild 1). Denna modell kan förklara individuell symtomvariation, att psykisk ohälsa ökar risken för mag-tarmbesvär, omvänt att mag-tarmbesvär ökar risken för psykisk ohälsa, samt att perifert och centralt verkande nervmodulerande läkemedel har visat sig ha en mer självklar plats i behandling av FMT för vuxna och, i utvalda fall, ungdomar.<sup>11</sup>

I detta dokument används begreppet FMT. Med ny förståelse är begreppet funktionella mag-tarmsjukdomar delvis på väg bort för att ersättas av det föreslagna begreppet *Disorders of Gut-Brain Interaction* (DGBI, svenskt begrepp saknas), som bättre speglar den komplexa patofysiologin där

---

<sup>6</sup> Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, Roberts ISJ, Schechter NL. *Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler*. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443–1455.

<sup>7</sup> Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. *Functional Disorders: Children and Adolescents*. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15: S0016-5085(16).

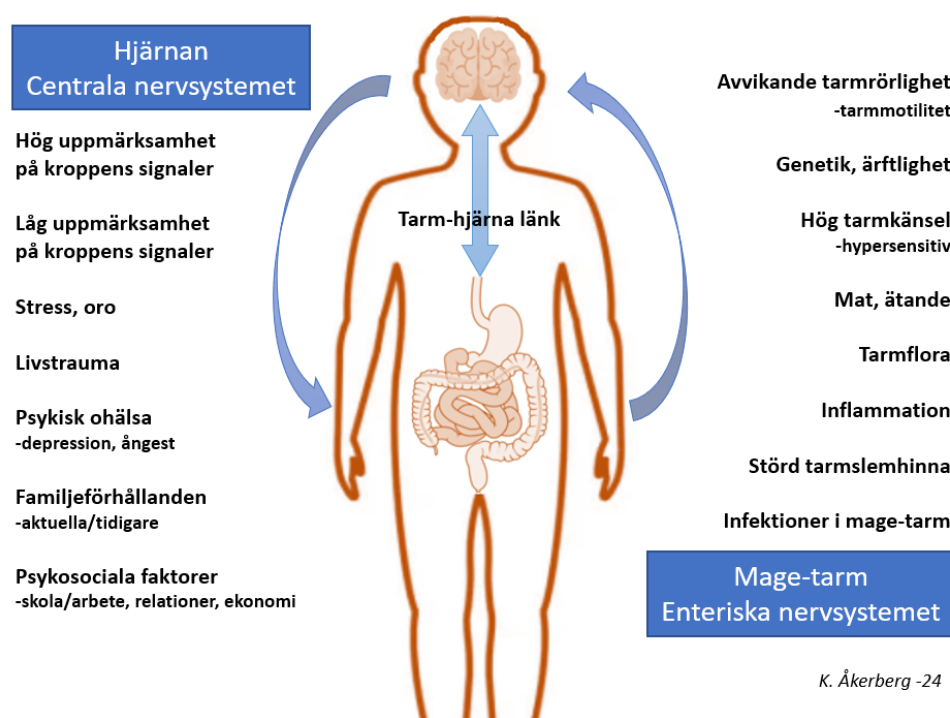
<sup>8</sup> Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. *The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers*. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017 Mar;20(1): 1–13.

<sup>9</sup> Sperber AD, Freud T, Aziz I, Palsson OS, Drossman DA, Dumitrascu DL, et al. *Greater Overlap of Rome IV Disorders of Gut-Brain Interactions Leads to Increased Disease Severity and Poorer Quality of Life*. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021.

<sup>10</sup> Black CJ, Drossman DA, Talley NJ, Ruddy J, Ford AC. *Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management*. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1664-1674.

<sup>11</sup> Drossman DA, Tack J, Ford AC, Szigethy E, Tornblom H, Van Oudenhove L. *Neuromodulators for Functional Gastrointestinal Disorders (Disorders of Gut-Brain Interaction): A Rome Foundation Working Team Report*. *Gastroenterology* 2018.

tarmens motorik, mikrobiell obalans, förändrad immunologisk funktion i tarmslemhinnan, tarmens signalering (hypersensitivitet) samt centrala nervsystemets tolkning och återkopplande påverkan på tarmens signalering och funktion verkar spela olika stor roll för de olika symtombilderna/-diagnoserna.<sup>12</sup>



**Bild 1.** I den biopsykosociala förklaringsmodellen utgör den neurologiska interaktionen längs tarm-hjärna axeln/länken en central mekanism och där en rad faktorer, både biologiska i tarmen, psykologiska och sociala kan påverka symtomuttrycket. Illustration av Karin Åkerberg, modifierad efter Black CJ, Drossman.<sup>10</sup>

## Rome IV kriterierna

De tillstånd som beaktas i detta dokument är funktionella tillstånd med buksmärta, samt funktionellt illamående och kräkningar hos barn och ungdomar. FMT under småbarnsåren berörs inte. Funktionella avförings-tillstånd är viktiga differentialdiagnoser att överväga innan de övriga diagnoserna kan ställas och kräver ofta samma förhållningssätt och multidisciplinära arbetssätt.

<sup>12</sup> Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. *Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent*. *Gastroenterology* 2016; 150:1456-1468.



*Samtliga diagnoser nedan förutsätter att de ingående symtomen, efter medicinsk bedömning och lämplig grad av utredning, inte kan förklaras av annat medicinskt tillstånd.*

## Funktionella tillstånd med buksmärtor

### Funktionell dyspepsi

För diagnos krävs minst ett av följande besvärande symtom, åtminstone fyra dagar per månad under åtminstone två månader före diagnos:

- Postprandiell (efter måltid) övermättnadskänsla.
- Tidig mättnadskänsla.
- Epigastriell (i mellangärdet) smärta eller brännande känsla som inte associeras med tarmtömning.

Inom funktionell dyspepsi finns två subtyper:

1. **Postprandiellt smärtsyndrom**, vilket innebär besvärande (så att det stör normal aktivitet) övermättnadskänsla eller tidig mättnadskänsla som förhindrar slutförande av normal måltid. Kännetecknen som stödjer detta inkluderar abdominell uppblåsthet, postprandiellt illamående eller rikliga rapningar.
2. **Epigastriellt smärtsyndrom**, som innebär besvärande (så att det stör normal aktivitet) smärta eller brännande känsla lokaliserad till epigastriet. Smärtan är inte generaliserad eller lokaliserad i andra delar av buken eller bröstregionen, och lättar inte vid tarmtömning eller flatulens (släpp av gaser). Stödjande kriterier kan inkludera:
  - a) Brännande typ av smärta men utan retrosternal (bakom bröstbenet) komponent.
  - b) Smärta induceras eller släpper vanligen vid intag av en måltid, men kan komma vid fasta.

### Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Diagnoskriterier utgör buksmärtor minst fyra dagar per månad, under minst två månader, som är associerad med ett eller fler av följande symtom:

- Koppling till tarmtömning.
- Förändring i avföringsfrekvens.
- Förändring i avföringskonsistens eller utseende.

Vid IBS med förstoppning försvinner inte smärtan trots att förstoppningen är adekvat behandlad.

Barn vars smärta försvinner vid behandling mot förstoppning, har troligen funktionell förstoppning, inte IBS.

### **Bukmigrän**

För diagnos krävs att samtliga av följande kriterier förelegat och ska ha inträffat vid minst två separata tillfällen under en längre period (minst sex månader) före diagnos:

- Paroxysmala (oförutsägbara) episoder med intensiv akut periumbilikal (kring naveln) smärta, medellinjessmärta eller diffus buksmärta som varar en timme eller mer.
- Episoderna kommer med veckor eller månaders mellanrum.
- Smärtan gör individen oförmögen att genomföra normal aktivitet.
- Varje individs symtom och symtommönster ska vara liknande vid alla episoder.
- Smärtan är associerad med två eller fler av följande:
  1. Utebliven aptit och minskat matintag
  2. Illamående
  3. Kräkningar
  4. Huvudvärk
  5. Ljuskänslighet
  6. Blekhet

### **Funktionell buksmärta**

Funktionell buksmärta - ej specificerad på annat vis - måste uppfylla följande kriterier minst fyra gånger per månad under minst två månaders tid före diagnos:

- Episodisk eller ihållande buksmärta som inte enbart uppkommer under fysiologiska händelser som till exempel matintag eller menstruation.
- Otillräckliga kriterier för funktionell dyspepsi, IBS eller bukmigrän.

## Funktionella tillstånd med illamående och kräkningar

### Funktionellt illamående

För diagnos krävs följande kriterier under minst 2 månader:

- Besvärande illamående som mest framträdande symtom minst 2 gånger per vecka.
- Inte tydligt kopplat till kräkningar.

### Funktionella kräkningar

För diagnos krävs följande kriterier under minst 2 månader:

- I genomsnitt en eller flera tillfällen med kräkningar per vecka.
- Kräkningarna är inte provocerade av personen eller uppfyller kriterier för ätstörning eller rumination (en omedveten eller vanemässig anspänning av bröstorg och bukmuskler för att framtvinga uppstötning).

### Cykliska kräkningar

För diagnos krävs två eller fler oförutsägbara episoder med intensivt ihållande illamående och paroxysmala kräkningar som varar timmar till dagar inom en 6-månadersperiod, samt:

- Episoderna är stereotypa (liknande symtombild) för varje enskild person.
- Episoderna skiljs åt med helt symtomfria intervall på några veckor till månader.

### Ruminationssyndrom

Återkommande omedveten eller vanemässig uppstötning av vätska eller föda, som antingen sväljs ner igen eller spottas ut. Åstadkoms genom anspänning av bröstorg och bukmuskler. Kallas ibland idisslingssyndrom. För diagnos krävs symtom minst två månader före diagnos.<sup>13</sup>

- Börjar i direkt anslutning till måltid.
- Förekommer aldrig i sömn.

---

<sup>13</sup> Sasegbon A, Hasan SS, Disney BR, et al. *Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis and practical management*. *Frontline Gastroenterology* 2022; 13:440-446.

## **Aerofagi**

För diagnos krävs samtliga av följande symtom i minst två månader:

- Överdrivet sväljande av luft (omedvetet eller vanemässigt).
- Tilltagande utspänd buk under dagen på grund av nedsväld luft.

## **Funktionella avföringstillstånd**

### **Funktionell förstoppning**

För diagnos krävs minst två av dessa symtom varje vecka under den senaste månaden, men otillräckliga symtom för IBS:

- 2 eller färre avföringar per vecka.
- Minst en episod av avföringsläckage (avföring i underkläder eller upprepade små ofullständiga tömningar hos blöjbarn).
- Medvetet tillbakahållande av avföring (kniper emot trots reflex).
- Hård avföring eller smärtsam/ansträngd tarmtömning.
- Stor avföringsmängd i ändtarmen (kan kännas i nedre delen av magen ovan blygdbenet eller vid ändtarmsundersökning).
- Stora avföringar som skulle kunna täppa igen toaletten (alternativt fyller en hel blöja).

### **Funktionell avföringsinkontinens utan retention**

För diagnos krävs minst en månads symtom hos barn med utvecklingsnivå äldre än 4 år:

- Tarmtömning på platser utanför den normala sociala kontexten.
- Inga tecken på avföringsretention (medvetet tillbakahållande av avföring, stor avföringsmängd i ändtarmen, återkommande stora tarmtömningar som skulle kunna täppa igen toaletten).

Vanligen normal avföringsfrekvens och normal kolonpassagetid, till skillnad från avföringsläckage till följd av funktionell förstoppning.

Efter lämplig utredning kan symtomen inte helt förklaras av annat medicinskt tillstånd.

Det är vanligt att barn kan uppfylla kriterierna för fler än en funktionell diagnos.

Barn med annan kronisk magtarmsjukdom kan också ha FMT.

# Utredning

## Anamnesupptagning

Utredningen fokuserar på att kartlägga både mag-tarmspecifika och psykologiska symtom, livsstilsfaktorer (till exempel stillasittande, fysisk aktivitet, kost- och dryckesvanor, sömnvanor liksom tobaks- och drog-erfarenheter) och att utesluta alarmsymtom, varför anamnesupptagning är ett av de viktigaste instrumenten vid utredning av alla FMT.

## Alarmsymtom

I anamnesen är det viktigt med observans på alarmsymtom (se Tabell 1). När sådana finns krävs ställningstagande till en mer riktad utredning för att utesluta annan somatisk åkomma.

**Tabell 1. Alarmsymtom**

<b>Alarmsymtom – röda flaggor</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gastrointestinal blödning</li><li>• Ihållande kräkningar</li><li>• Ont eller svårt att svälja</li><li>• Ofrivillig viktnedgång</li><li>• Frivillig men kraftig/snabb viktförlust</li><li>• Avplanad längd- och/eller viktkurva</li><li>• Nattlig värk/tarmtömning</li><li>• Rikliga långvariga diarréer (&gt; 2 veckor)</li><li>• Smärtlokalisering höger sida av buken</li><li>• Oklar feber eller artrit</li><li>• Försenad pubertet</li><li>• Perianala besvär</li><li>• Hereditet för inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), celiaki eller ulcussjukdom</li></ul>

## Förhållningssätt

I det psykosociala förhållningssättet vid anamnesupptagning ingår att göra en riskbedömning av sådana icke-somatiska faktorer som skulle kunna vara en indikator för att symtomen uppstått, eller som medför försvårande omständigheter i hanterandet av symtomen. Det kan handla om att ställa frågor om sociala sårbarhetsfaktorer och möjliga stressorer i omgivningen, som till exempel mobbing, olika former av omsorgssvikt i hemmiljö, otrygg ekonomisk situation för familjen eller andra typer av sociala problem, samt psykiska sårbarhetsfaktorer, som till exempel olika former av psykisk ohälsa, trauma, neuropsykiatrisk problematik eller intellektuell funktionsnedsättning. Frågor kan även ställas kring hur barnet och familjen i så fall hanterat och anpassat sig till dessa omständigheter.

Vårdpersonal kan behöva överväga samverkan med andra aktörer, inklusive socialtjänsten.

Redan vid det inledande besöket behöver en misstanke om diagnosen funktionella buk- och tarmbesvär förmedlas till patient och anhöriga på ett sätt som förmedlar att FMT är en positiv diagnos som kan ställas efter en begränsad symtombaserad utredning, och inte en uteslutningsdiagnos som ställs efter en extensiv utredning.

Att beakta är också den stora placeboeffekten, där kvaliteten på konsultationen har stor påverkan på sjukdomsförloppet. Det är därför av största vikt att den profession som möter patient och anhöriga har ett förhållningssätt som tar hänsyn till och kan validera patientens och anhörigas beskrivning av symtomen och deras påverkan på vardagen. Detta innefattar att undersöka vad det finns för oro för symtomen, vilka förväntningar som finns på vårdkontakten och på de undersökningar som kan vara aktuella, eller vad familjen tar upp som önskvärda undersökningar, och att hantera denna information med ett förtroendefullt bekräftande av att ha uppfattat vad patienten och/eller anhöriga delgett.

Det är värdefullt om möjligheten finns för patient och anhöriga att träffa samma läkare vid mer än ett tillfälle för en mer utförlig psykosocial utredning enligt ovan samt för att återge eventuella utredningsresultat. Att boka in ett uppföljande samtal ger möjlighet att på ett mer grundligt sätt beskriva vad FMT är och att säkerställa att förklaringsmodellen är begriplig för familjen.

Utredningen fokuserar på att kartlägga både mag-tarmsspecifika och psykologiska symtom.

Precis som i alla kontakter inom hälso- och sjukvården, behöver uppmärksamhet finnas för sådant som kan föranleda anmälningsskyldighet till socialnämnden (14 kap. 1 c § SoL).

## Status

- Bukpalpation, både ytligt och på djupet. Finns resistenser? Förstorad lever/mjälte? Fekalier? Lokaliserad ömhet? Ömhet i huden?
- Vid symtom från ändtarmen/ändtarmsmynningen (smärta, sår, utslag etc) bör perianal inspektion genomföras (identifiera eventuella fistlar, fissurer, hemorrojder), och på medicinsk indikation eventuellt även försiktig palpation per rectum för att identifiera fekalom (om det inte kan palperas vid bukpalpation) eller anal stenosis.
- Hud.
- Mun och svalg. Sår?
- Vikt, längd, tillväxtkurva. Plötsligt brott i kurvan för antingen längd eller vikt? Utebliven pubertetsspurt? Be att få en tillväxtkurva från BVC och/eller skola.

Vilka farhågor, föreställningar och förväntningar finns kring problemet? Prata både enskilt med barnet/ungdomen och tillsammans med anhöriga innan eventuell provtagning bestäms.

## Provtagningar och undersökningar

Det finns en internationell konsensus i att hålla den laborativa utredningen begränsad vid avsaknad av alarmsymtom.<sup>14</sup>

En basutredning planeras och genomförs så samlat som möjligt (helst inte ett prov eller undersökning i taget), detta för att kunna återkoppla resultatet samlat vid återbesök, se nedan.

Den basutredning som rekommenderas för barn vars anamnes stämmer med funktionella mag-tarmsjukdomar är:

- Transglutaminasantikroppar.

<sup>14</sup> Thapar N, Benninga MA, Crowell MD, Di Lorenzi C, Mack I, Nurko S, Saps M, Shulman RJ, Szajewska H, van Tilburg MAL, Enck, P. *Paediatric functional abdominal pain disorders*. Nat Rev Dis Primers. 2020 Nov 5;6(1):89.doi:10.1038/s41572-020-00222-5.

Efter differentialdiagnostiska överväganden kan symtombaserad riktad provtagning bli aktuell, till exempel:

- Blodstatus.
- Urinsticka.
- F-Hb.
- Elektrolyter, kreatinin.
- ASAT, ALAT, GT, albumin, PK-INR.
- Thyreoideaprover.
- Pankreasamylas.
- Feceskalprotektin.
- Fecesprov för påvisning av patogena tarmbakterier (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, EHEC med flera) samt fecesprov för Clostridioides difficile odling och toxinpåvisning.
- Fecesprov parasiter.

Röntgen och endoskopiska undersökningar har i frånvaro av alarmsymtom inte visat sig vara indicerat i den initiala utredningen, men kan övervägas vid avvikande symtombild.

Analys av Helicobacter pylori-antigen är inte aktuellt, då enbart påvisad förekomst inte är anledning till behandling såvida barnet inte har endoskopiskt påvisat ventrikelsår eller gastrit.<sup>15</sup>

## Vårdkedja och vårdsamverkan

På samtliga ställen där barn och ungdomar med FMT söker vård, till exempel primärvård, akutmottagning, elevhälsa, ungdomsmottagning, Första linjen, barn- och ungdomspsykiatrisk eller barn- och ungdomsmedicinsk mottagning samt specialistmottagning för smärta, behöver det finnas kunskap om FMT.

Då familjer kan ha kontakter med olika vårdgivare är det av vikt att kunna finna samverkansinsatser i samråd med familjen. Även lagstadgat SIP-möte kan behöva beaktas, se:

[Patientinformation - Samordnad individuell plan \(SIP\).pdf - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

---

<sup>15</sup> [Vårdprogram för gastroesofageal refluxsjukdom hos barn och ungdomar \(barnlakarforeningen.se\)](#)



Vid remittering för fortsatt utredning och behandling till vårdcentral eller till barn- och ungdomsläkare (vid svåra långvariga besvär), ska remissen innehålla:

- Patientens symtom.
- Problemets varaktighet och hur det påverkar funktionsnivån i vardagen.
- Eventuella utredningar som redan gjorts.
- Tillväxtdata.
- Status.

## Primärvård

Primärvården har ansvar för primär utredning och behandling, liksom att kunna erbjuda basalt psykosocialt stöd. För primärvården finns följande AKO Skåne-riktlinjer utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd:

- [Funktionell buksmärta hos barn - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)
- [Funktionell diarré hos barn - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)
- [Funktionella kräkningar hos barn - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)
- [Förstoppning hos barn - AKO Skåne-riktlinje för primärvården - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

## Akutsjukvård

När ett barn eller ungdom söker vård på en akutmottagning för långdragna besvär från mag-tarmkanalen med påverkan på det dagliga livet - och initial utredning inte föranleder akut omhändertagande - ska ställningstagande till den fortsatta utredningen inte göras akut. Vid misstanke om FMT behöver frågorna kring symtom och råd till familjen utgå från samma förklaringsmodell som familjen sedan möter i kontakten med primärvården eller den barn- och ungdomsmedicinska mottagningen.

### Till barn- och ungdomsmedicinsk mottagning remitteras patient vid:

- Tecken till bakomliggande organisk orsak
- Buksmärta som avsevärt påverkar dagliga aktiviteter och sömn
- Uttalad skolfrånvaro
- Misstänkt bukmigrän
- Utebliven effekt vid behandling

## Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning

Hit remitteras barn och ungdomar med svår funktionell mag-tarmsjukdom som långvarigt påverkar normala funktioner både socialt, fysiskt och psykiskt. Barn och ungdomar med stor skolfrånvaro och liten social arena är prioriterade. Stöd i diagnostik och utredning utifrån alarmsymtom görs här av barn- och ungdomsläkare. På de flesta barn- och ungdomsmedicinska mottagningar finns möjlighet att samla ett bredare team av flera professioner kring barnet och den unge. När diagnos och behandling stabiliserats, funktionsnivå optimerats samt inför 18-årsdagen remitteras individen åter till primärvård för fortsatt medicinsk vårdansvar.

## Högspecialiserad smärtmottagning

Barn- och ungdomsmottagning Smärta i Lund (även kallad BUSE)<sup>16</sup> har ett regionalt uppdrag för behandling av barn och ungdomar med långvarig (>3 månader) smärta, stor påverkan på funktion socialt, fysiskt och psykiskt, och där smärtan inte är behandlingsbar på andra sätt. Hit kan patienter remitteras för magsmärta. Egen vårdbegäran är också möjlig, men patienten behöver alltid ha en patientansvarig läkare (PAL) inom primärvården eller barn- och ungdomsmedicinsk sjukvård på hemorten för uppföljning.

Här erbjuds en teambehandling baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT) och ”acceptance and commitment therapy” (ACT) som ofta pågår under cirka 3 månader i syfte att öka funktion och livskvalitet i närvaro av smärta. Patienter som remitteras hit ska vara medicinskt färdigutredda då det inte görs några medicinska utredningar på enheten. Efter avslutad behandling hänvisas patienten åter till inremitterande eller patientansvarig läkare på hemorten. Som professionell är man alltid välkommen att vända sig till BUSE för rådgivning och diskussion. Enheten arrangerar även utbildningar och föreläsningar för professionen i ämnet långvarig smärta.

---

<sup>16</sup> [Barn- och ungdomsmottagning smärta Lund - Skånes universitetssjukhus Sus \(skane.se\)](https://www.skane.se/om-skane/om-oss/om-oss-i-landstaden/om-oss-i-landstaden)  
[Elektronisk utgåva].

## Första linjen/Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

I vårdsamverkan ingår att remittera till BUP om det finns skäl att anta att patienten har behov av ytterligare bedömning eller utredning avseende till exempel depression, ångest eller neuropsykologiska svårigheter. Vid lätt till måttlig psykisk ohälsa kan behandlingskontakt på Första linjen (del av BUP) bli aktuell, se:

[Första linjen - Psykiatri Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/forsta-linjen-psykiatri)

Hit kan barnet eller familjen vända sig själva eller få kontakt efter remiss. Efter sedvanlig kartläggning kan patient med familj bland annat erbjudas följande:

- Psykoedukation. Steg 1 material om till exempel social ångest, panikångest etc kan skickas hem via 1177. Även material om levnadsvanor som belyser vikten av sömn, kost och motion kan förmedlas till familjen.<sup>17,18</sup>
- Samtal om strategier som verktyg; exempelvis andning, avledning, avslappning, mindfulness.
- Digitala områdesövergripande gruppinsatser till föräldrar som "Hantera oro" och "Känslostarka barn".
- Till barnet/ungdomen kan det vara aktuellt att erbjuda ett internetbaserat ångest-behandlingsprogram, till exempel "BIP Ont i magen" se,

[Resultat från BIP-projekten \(bup.se\)](https://www.bup.se/resultat-fran-bip-projekten)

Ibland kan det finnas skäl för behandlaren att inhämta ytterligare psykosocial anamnes samt pedagogisk anamnes för att få en tydligare bild av omgivningsfaktorer och patientens individuella förutsättningar.

Om mag-tarmbesvären är det mest framträdande och patienten inte har haft någon medicinsk kontakt bör läkare konsulteras. Första linjen remitterar i första hand till primärvård. Familjen kan också rådask att ta kontakt med elevhälsan för råd och hänvisning till vidare utredning eller om det finns anledning att tro att magsymtomen uppstått till följd av något i barnets skolmiljö.

---

<sup>17</sup> Wallbing, U. *Fysioterapi med inriktning på psykosomatik - en tillitsskapande process*. Alvén, G. (red). (2019). Barn och psykosomatik - förståelse och bemötande. Lund: Studentlitteratur. 237 - 250.

<sup>18</sup> 1177 hantera ångest, Levnadsvanor.

Om insatserna inte är tillräckliga utan besvären kvarstår eller förvärras, kan patienten remitteras till BUP. I vissa fall behöver orosanmälan göras enligt 14 kap. 1 c § SoL.

## Elevhälsan

Skollagen (SFS 2010:800 och SFS 2022:1315) föreskriver att det ska finnas elevhälsa för eleverna i förskoleklass upp till gymnasieskola. De samlade kompetenserna inom elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans uppdrag ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och det är elevernas utveckling mot utbildningens mål som ska stödjas. Elevhälsan ska vid behov samverka med hälso- och sjukvård liksom socialtjänst, till exempel via SIP-möten.

Elevhälsans medicinska insatser (EMI) består av skolsköterska och skolläkare. De har inget utredande eller behandlande medicinskt uppdrag när det kommer till FMT, men kan ha en viktig funktion i att vara länken mellan skola och sjukvården. Skolsköterskan medverkar regelbundet i elevhälsoteamet (EHT) och kan bidra med sin kompetens kring anpassningar och med information om elevens funktion och eventuella behov av anpassning i skolvardagen utifrån FMT och de konsekvenser det kan innebära, såsom hög skolfrånvaro. Allt sker i samråd med elev och vårdnadshavare. Skolläkaren bistår bland annat med medicinsk rådgivning till skolsköterskan och vid enskilda elevkonsultationer. Skolläkaren och skolsköterskan kan, efter samtycke från föräldrar, vid behov ha dialog med behandlande läkare som en del i samarbetet med regionen.

Elevhälsan har även i uppdrag att stötta elever med psykosociala eller pedagogiska svårigheter. För barn med FMT är skolan många gånger en extra kämpig plats att vara på, då det kan finnas förväntningar på prestation på ett annat sätt jämfört med när barnen är hemma och barnen har kanske inte tillgång till samma strategier för att minska symtom som de har i hemmet. Det betyder inte att det är det bästa för barnet att stanna hemma, men anpassningar kan behöva göras kring skolsituationen för att successivt trappa upp barnens skolnärvaro och underlätta för dem att vara där, men också hjälpa barnen att i lagom takt ta igen det som missats när de varit borta. Att få till en fungerande skolgång för barn och unga med FMT är viktigt och här har elevhälsan mycket att bidra med.

Elevhälsan fyller även en viktig roll i att uppmärksamma och stötta barn och unga i de fall då symtomen från magen kommer som en respons på

exempelvis social utsatthet (så som känslor av utanförskap, mobbing och kränkningar) eller svårigheter att nå upp till de pedagogiska krav som ställs i skolan.

## Socialtjänst

Socialtjänsten i varje kommun ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden. I arbetet med barn som far illa är socialtjänsten skyldiga att samverka med bland annat hälso- och sjukvården, skolan och polisen. Socialtjänstens barn- och familjeenheter genomför utredningar avseende barns behov och föräldrars förmåga att tillgodose dem. En utredning kan påvisa behov av insatser kopplat till de skydds- och riskfaktorer som framkommit i kontakt med barnet och familjen. Alla som är anställda på myndigheter och verksamheter som berör barn och unga är skyldiga enligt lag (14 kap. 1 c § SoL) att anmäla om de i sitt arbete misstänker att ett barn far illa. Familjer och barn kan själva söka stöd och hjälp, ibland kan skol- eller hälso- och sjukvårdspersonal behöva stötta familjer och barn i att söka detta stöd. Anmälningsskyldigheten kan emellertid inte bortses ifrån till förmån för att det finns en möjlighet att själv ansöka om stöd och hjälp som familj.

## Behandling

### Förklaringsmodell

När en utredning visat FMT-diagnos är grunden till fortsatt effektiv behandling en god patient-vårdgivarrelation där kvalitet och kontinuitet är avgörande för behandlingsresultatet. Det är av vikt att patienten och föräldrarna uppfattar att vårdgivaren förstår besvären och oron som lett patienten till att söka vård.<sup>19</sup>

Basal behandling innebär att:

- Tydliggöra diagnos och bekräfta avsaknad av alarmerande anamnes, informera om status och eventuellt utredningsresultat.
- Förklara bakomliggande mekanismer (se biopsykosociala förklaringsmodellen, Bild 1 på sidan 5 och den enklare förklaringsmodellen, Bild 2 nedan).

---

<sup>19</sup> Uusijärvi, Agneta. Olén, Ola. *Behandling av funktionella buksmärtor hos barn och ungdomar*. Information från Läkemedelsverket 2017;28(3):9–12.

- Lugna och ge hopp om lindring och ökat fungerande i vardagen (bot kan inte utlovas).
- Ge basala kostråd om normalt intag av vätska, regelbundna måltider som bör intas långsamt och tuggas väl, samt om att vid diarré och mycket gaser undvika *högt* intag av frukt och laxerande sötningsmedel.
- Om förstoppning eller gastroesofagal refluxsjukdom (GERD) starkt misstänks som differentialdiagnos, överväga att provbehandla kortvarigt med läkemedel.
- Följa upp eller göra en överenskommelse om ny kontakt vid utebliven effekt.

För de flesta patienter räcker det att diagnosen FMT ges tillsammans med en förklaringsmodell som beskriver samverkan mellan hjärna och tarmsystem för att symtomen ska hanteras av patient och anhöriga utan fortsatt kontakt med vården.

En avgörande grundpelare i behandlingen är förståelsen för att besvären är ofarliga och att tillståndet ofta har en god prognos. Understryk att smärtan eller obehaget är på riktigt. Undvik formuleringen att smärtan ”sitter i huvudet” då många tolkar detta som att smärtan är inbillad. Ett användbart begrepp som ger en bra beskrivning är ”Disorder of Gut-Brain Interaction” (DGBI). Kunskap om att hjärnan och tarmens nervsystem kommer från samma celler under fosterlivet kan ge perspektiv. Förklara att det är både faktiska mekanismer i magen (både fullt normala och ibland dysfunktionella) tillsammans med hjärnans förmåga att förstärka obehag och smärta som ger besvären. Det är individuellt vilken del som ger mest lidande. Förklara att tillsammans kan ni, patient och vårdgivare, ta reda på vilken del som väger över mest för att lägga upp planen för behandlingen.

En pedagogisk förklaringsmodell kring vad som händer i hjärnan när vi har illamående eller ont i magen och hur vi kan påverka detta delvis själva har tagits fram av Internetmedicin<sup>20</sup> och kan med fördel användas i patientmötet (se Bild 2 nedan).

---

<sup>20</sup> [Förklaringsmodell och tips och råd till barn och ungdomar med funktionell buksmärta, dyspepsi och IBS och till deras föräldrar.pdf \(internetmedicin.se\)](https://www.internetmedicin.se/forklaringsmodell-och-tips-och-rad-till-barn-och-ungdomar-med-funktionell-buksmarsta-dyspepsi-och-ibs-och-till-deras-foraldrar.pdf).



**Bild 2.** Förklaringsmodell över samband mellan den stressade hjärnan och magtarmsbesvär. Illustration: Magnus Marklund efter modell av Maria Lalouni. Källa: Internetmedicin. [Förklaringsmodell och tips och råd till barn och ungdomar med funktionell buksmärta, dyspepsi och IBS och till deras föräldrar.pdf](https://www.internetmedicin.se/forklaringsmodell-och-tips-och-rad-till-barn-och-ungdomar-med-funktionell-buksamrta-dyspepsi-och-ibs-och-till-deras-foraldrar.pdf) ([internetmedicin.se](https://www.internetmedicin.se)).

*Förslag på muntlig eller skriftlig förklaring med ett "du-budskap" riktad till barnet utifrån bilden. Här beskriver vi hjärnan som ett organ vi kan påverka och hjärnan likställs inte med individen:*

Smärta och obehag upplevs i hjärnan även om det kommer från magen. Hjärnan gör dig medveten om att du har ont. Hjärnan är expert på att lyssna på obehag och skarp smärta från kroppen för att vi ska reagera och göra något åt situationen om vi trampar på något vasst eller bränner oss på eld. Vi har också ett slags "filter" som hjälper till att bromsa och sortera bort onödiga signaler från magen till hjärnan. Vid funktionella magsmärter eller illamående (som är ofarligt men jobbigt) så kan filtret vara för glest och släpper igenom onödigt många signaler från mage och tarmar till hjärnan. Hjärnan tolkar många signaler som extra viktiga. Det gör att vanliga händelser i magen (gaser, tarmrörelser) kan göra väldigt ont. Det spelar stor roll hur du reagerar på signalerna från magen. Om du direkt gör något som du tror kan hjälpa, som att rusa in på toan vid magknip, genast lägga dig och vila eller går hem från skolan, lär sig hjärnan att signaler från magen verkar vara viktigt att signalera extra mycket om, eftersom det leder till ett särskilt beteende. Hjärnan lär sig då att bli ännu mer uppmärksam på signaler från

magen och smärtan kommer fortsätta vara tydlig för dig så du inte kan tänka på annat. Om du i stället försöker gå lugnt, vänta en stund eller försöker göra något roligt lär sig hjärnan, efter några gånger, att signalerna från magen inte är något farligt, utan bara onödig information. Filtret mellan mage och hjärna blir tätare och signaler får svårare att ta sig fram till hjärnan nästa gång. Av naturliga skäl kan det vara så att du undviker situationer och mat som du märkt gör dina besvär värre. Det kan bli till en slags ovana, som kan leda till att hjärnan inte lär sig att du faktiskt kan klara av många saker trots att du känner av magen. Prova att göra tvärtom! Försök stå ut, stanna kvar och kanske till och med söka upp situationer och mat som ger dig besvär, då lär sig hjärnan att besvären inte är farliga och att du kan klara av det! Med tiden kommer dina besvär att minska. När du har stora besvär från magen behöver **en förälder eller annan vuxen** hjälpa dig genom att påminna om att smärtan inte beror på något farligt. De behöver genuint se din situation och bekräfta dig i att du har det jobbigt, men det är också viktigt att inte fastna i det läget. Du kan behöva hjälp att skifta fokus för att kunna tänka på något annat, kanske roligare eller viktigare som kräver din fulla uppmärksamhet.

## Teamarbete

För de patienter där basal behandling har otillräcklig effekt och en fortsatt behandlingskontakt blir aktuell, är det avgörande att behandlingen sker med stöd av ett tvärprofessionellt team där samtliga har kunskap om och intresse för FMT och därmed kan ha samma förhållningssätt och utgå från samma förklaringsmodell.

Läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, dietist och fysioterapeut i primärvård eller barn- och ungdomssjukvård är kompetenser till nytta i teamarbetet för barn och ungdomar med funktionella mag- och tarmbesvär. Även ett mindre team kan göra stor nytta.

Om en patient remitteras till kurator, psykolog, fysioterapeut eller dietist i teamet måste den läkare som remitterat kvarstå som patientansvarig, för återkoppling av den behandling som ges, och för de frågor som kan uppstå i kontakten med patient och anhöriga under behandlingens gång.



## Läkare

Patientansvarig läkare ansvarar för att hålla ihop vårdprocessen, planerar eventuella utrednings- och behandlingsinsatser tillsammans med teamet, tar ställning till behov av läkemedelsbehandling samt följer upp.

## Sjuksköterska

Sjuksköterskan har en tät uppföljning av patientens mående, håller i kontakter med skolan och andra teammedlemmar, stämmer av behandlingsinsatserns effekter och signalerar till patientansvarig läkare om förändrade behov.

## Dietist

Alla som möter barn och ungdomar med FMT kan uppmuntra till följande enkla kostråd, som visats ha god effekt:<sup>21</sup>

- Regelbundet och normalt vätskeintag.
- Regelbunden måltidsordning.
- Att äta långsamt och tugga maten väl.

Fungerar inte detta kan det bli aktuellt att koppla in en dietist för individuell bedömning och utredning av om det finns symtomutlösande påverkbara faktorer i kosten. Det är vanligt att barn och ungdomar med funktionella mag- och tarmbesvär redan provat olika koststrategier, och denna patientgrupp utesluter i högre grad livsmedel som upplevs som triggande i jämförelse med barn eller ungdomar utan FMT.<sup>22</sup> Stöd kan därmed behövas av en dietist för att återintroducera bortvald mat, för att inte begränsa kosten och därmed sänka livskvaliteten utan välgrundade skäl.

Målet med kostbehandling är primärt symtomlindring samt att bidra till ökad kunskap om kostens eventuella inverkan på symtomen. Noggrann kostanamnes tas, ibland med hjälp av mat- och symtomdagbok. Bedömning kring eventuella symtomutlösande faktorer i kosten görs. Om inget tydligt samband ses upprepas enkla kostråd enligt ovan.

---

<sup>21</sup> Friesen C, Colombo JM, Deacy A, Schurman J. V. *An update on the assessment and management of pediatric abdominal pain*. *Pediatric health med ther*. 2021;12: 373-93.

<sup>22</sup> Fodor I, Man SC, Dumitrascu DL. *Low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols diet in children*. *World J Clin Cases*. 2019 Sep 26;7(18):2666-74.

Behandlingen är individuell och enbart dietisten avgör om kostbehandling är aktuell. Dietist följer upp och återkopplar till inremitterande läkare och delger planering till övriga inblandade i teamet.

### **Specifik kostbehandling**

I nuläget finns inga etablerade evidensbaserade riktlinjer för att behandla FMT hos barn och ungdomar, men de riktlinjer som finns för vuxna kan i de flesta fall användas till ungdomar.

- Ge rekommendationer utifrån NICE-guidelines.<sup>23</sup>
- I andra hand rekommenderas försök med probiotika eller tillskott av pepparmyntsolja (Colpermin®).<sup>24</sup>
- Vid funktionell diarré rekommenderar ROME-kommittén att utesluta laktos, fruktos och sorbitol, samt att återintroducera dessa igen med stöd av en dietist.<sup>25, 26, 27</sup>

### **Laktosfri kost**

I nuläget finns inte evidens för att laktosfri kost har positiv effekt på barn med buksmärtor och ska därför inte rutinmässigt rekommenderas.<sup>28</sup>

### **Glutenfri kost**

I nuläget finns inte evidens för glutenfri kost vid FMT, men möjligen bidrar elimination av livsmedel innehållandes gluten till ett lägre FODMAP intag,<sup>29</sup> se nedan.

---

<sup>23</sup> National institute for health and care excellence. *Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management*. Storbritannien: 2008 [uppdaterad 2017]. [Elektronisk utgåva].

<sup>24</sup> Weerts ZZRM, Masclee AAM, Witteman BJM, Clemens CHM, Winkens B, Brouwers JRBJ, Frijlink HW, Muris JWM, De Wit NJ, Essers BAB, Tack J, Snijkers JTW, Bours AMH, de Ruiter-van der Ploeg AS, Jonkers DMAE, Keszthelyi D. *Efficacy and Safety of Peppermint Oil in a Randomized, Double-Blind Trial of Patients With Irritable Bowel Syndrome*. *Gastroenterology*. 2020 Jan.

<sup>25</sup> Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, Roberts ISJ, Schechter NL. *Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler*. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1443–1455.

<sup>26</sup> Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. *Functional Disorders: Children and Adolescents*. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15: S0016-5085(16).

<sup>27</sup> Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. *The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers*. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017 Mar;20(1): 1-13.

<sup>28</sup> Turco R, Salvatore S, Miele E, Romano C, Marseglia GL, Staiano A. *Does a low FODMAPs diet reduce symptoms of functional abdominal pain disorders? A systematic review in adult and paediatric population, on behalf of Italian Society of Pediatrics*. *Ital J Pediatr*. 2018 May;15;44(1):53.

<sup>29</sup> Friesen C, Colombo JM, Deacy A, Schurman J. V. *An update on the assessment and management of pediatric abdominal pain*. *Pediatric health med ther*. 2021;12: 373-93.

## FODMAP-låg kost

FODMAP står för Fermenterbara, Oligo- Di- och Monosackarider och Sockeralkoholer. Dessa är fermenterbara (jäsningsbara) kolhydrater som föreslås öka tarmdistensionen. FODMAP-låg kost hos vuxna med IBS har visat vissa positiva effekter på symtom.<sup>30</sup> I nuläget finns begränsad evidens för användande av FODMAP-låg kost hos barn med IBS och andra FMT.<sup>31</sup> Eventuella behandlingsförsök med FODMAP-låg kost ska genomföras med stöd från dietist, efter att bedömning av motivation till kostförändring, risker för nutritionsbrister som kan påverka tillväxt och utveckling samt riskfaktorer för utvecklande av ätstörning gjorts. Det bör upprättas en strukturerad plan för elimination och utvärdering. Om ingen effekt upplevs avbryts behandlingen efter cirka 4 veckor. Vid viss effekt återintroduceras grupper av FODMAP successivt för att ge vägledning i vilka komponenter av kosten som skulle kunna bidra till mest besvär och därigenom lättare guida patienten framöver.

## Fysioterapeut

Barn och ungdomar har mycket att vinna på att vara fysiskt aktiva, och barn med smärtrelaterade besvär har precis som alla andra behov av de hälsovinster som fysisk aktivitet ger.<sup>32</sup> En del barn och ungdomar behöver stöd för att komma i gång och hitta en aktivitet som passar och tilltalar dem. Fysioterapeuten kan hjälpa till att göra en plan och sätta upp mål tillsammans med barnet eller ungdomen. Fysisk aktivitet kan öka positiva tankar och känslor, vilket i sin tur kan öka självkänslan och på sikt verka för minskad stressupplevelse.<sup>33</sup>

Fysioterapeuten kan utifrån sin bedömning av bland annat kroppshållning, muskelstyrka, kondition, förekomst av smärta och förmåga till avspänning, hjälpa till att ge stöd där det behövs. Barnet/ungdomen får i kontakten med

---

<sup>30</sup> Black CJ, Staudacher HM, Ford AC. *Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network metaanalysis*. Gut. 2022.

<sup>31</sup> Thomassen RA, Luque V, Assa A, Borrelli O, Broekaert I, Dolinsek J, Martin-de-Carpi J, Mas E, Miele E, Norsa L, Ribes-Koninckx C, Saccomani MD, Thomson M, Tzivinikos C, Verduci E, Bronsky J, Haiden N, Köglmeier J, de Koning B, Benninga MA. *An ESPGHAN Position Paper on the Use of Low-FODMAP Diet in Pediatric Gastroenterology*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2022 Sep.

<sup>32</sup> Berg U, Ekblom Ö, Onerup A. *Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för barn och ungdomar*. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Dohrn IM, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M, redaktörer. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021. ISBN: 978-91-985098-2-3.

<sup>33</sup> Berg, U. *Fysisk aktivitet – betydelse för psykisk och kroppslig hälsa hos barn*. Alvé, G. (red). (2019). Barn och psykosomatik - förståelse och bemötande. Lund: Studentlitteratur. 227–336.

fysioterapeuten tillfälle att uttrycka den egna upplevelsen av kroppen, till exempel vid ansträngning eller inför utsatta situationer.

Guidade rörelser och övningar för ökad kroppskänedom och träning i avslappnings- och andningstekniker används ofta i behandlingen, då många med smärta blir rörelserädda och det är viktigt att bryta detta. Fysisk aktivitet/rörelse bör uppmuntras, då en försiktigt successivt ökad aktivitet kan ge grund till mindre smärtupplevelser. Regelbunden egen träning med hjälp av avspänningsövningar och andningsövningar<sup>34</sup> i vardagen kan också rekommenderas.

På webbplatsen ”Snorkel”<sup>35</sup> finns information om strategier vid olika former av psykisk ohälsa hos barn och unga. I en tillhörande app “Snorkelövningar” finns många olika övningar för avslappning, andning och mindfulness som är anpassade till barn och unga. Insatser för ökad kroppsmedvetenhet, spänningsreglering och andningstekniker kan liksom fysisk aktivitet främja barnets eller ungdomens kroppstillit och förmåga att uppleva kroppen som en tryggare bas. Detta ger i sin tur förutsättningar att kunna utforska det som känns i kroppen och magen, och hur kroppsupplevelser kan hänga ihop med känslor.<sup>36</sup>

## Kurator och psykolog

Kurator och psykolog är olika professioner som kompletterar varandra väl när det gäller att få ett tydligt helhetsgrepp kring barnets och familjens psykosociala tillvaro. I de team som inte har tillgång till båda professionerna finns vissa insatser som både psykolog och kurator har utbildning att genomföra, medan andra insatser är professions specifika och endast bör utföras av den med adekvat utbildning.

Initialt i kontakten med psykolog eller kurator görs en fördjupad psykosocial kartläggning tillsammans med familjen, och i vissa fall även individuellt med barnet eller ungdomen. Beroende på om det är psykolog eller kurator som träffar familjen kommer vissa delar kunna utforskas i större eller mindre utsträckning och man behöver då ta ställning till ifall

---

<sup>34</sup> Avslappnings- och andningsövningar [Stresshantering och sömn - 1177.se](https://www.stresshanteringochsömn.se)

<sup>35</sup> [Snorkel \(snorkel.se\)](https://www.snorkel.se)

<sup>36</sup> Berg, U. *Fysisk aktivitet – betydelse för psykisk och kroppslig hälsa hos barn*. Alvé, G. (red). (2019). *Barn och psykosomatik - förståelse och bemötande*. Lund: Studentlitteratur. 227–336.

information också behöver inhämtas från annan instans med tillgång till den profession som saknas.

### **I den psykosociala kartläggningen ingår att:**

- Kartlägga patientens familjeförhållanden (boendesituation, ekonomi, familjebakgrund, socialt nätverk och eventuella påfrestningar i förhållande till dessa) samt andra sociala relationer och deras påverkan på barnet.
- Utforska om det finns sociala faktorer som till exempel missbruk, omsorgssvikt eller våld i nära relationer som påverkar barnet eller ungdomen. Kartlägga eventuella riskfyllda levnadsvanor.
- Undersöka symtomens påverkan på dagliga aktiviteter och livskvalitet.
- Kartlägga vad som kan vara utlösande och vidmakthållande faktorer för symtomen, samt strategier för hur symtomen hanteras både av barnet och familjen i nuläget.
- Fördjupa kunskapen om barnets skolsituation (om det finns konstaterade inlärningssvårigheter, hur skolmiljön är, skolfrånvaro, hur övergångsfaserna mellan förskola/skola/högstadium/-gymnasium/vuxenliv varit).
- Bedöma psykologiska sårbarhetsfaktorer, så som till exempel individens utveckling och kognitiva förmåga, eventuell neuropsykiatrisk problematik, tidigare trauma, tidigare eller nuvarande erfarenheter av somatiska symtom eller sjukdom samt psykopatologi som kan bidra till symtomen eller hanterandet av symtomen, som till exempel anorexi, ångest, depression, följsamhetsproblematik vid behandling av somatisk sjukdom, annan smärta som huvudvärk, liksom generell sårbarhet med svårigheter att stänga ute yttre påverkansfaktorer. Det är viktigt att ta i beaktande att psykologiska sårbarhetsfaktorer kan finnas både hos barnet och ungdomen men även hos vårdnadshavare och omvårdnadspersoner.
- Vara observant på eventuella övriga stressorer som inte framkommer vid enbart ett samtal.

Sättet att hantera den psykosociala kartläggningen är i sig en möjlighet att reflektera tillsammans med barnet eller ungdomen och dess närstående kring möjliga sårbarheter men även resurser, vilket kan bidra till positiva förändringar. En gedigen kartläggning kan också leda till ett gemensamt ställningstagande kring vilka insatser som patienten och familjen kan vara hjälpta av från teamet eller andra aktörer i samhället. Många barn och

ungdomar med FMT uppvisar inte enbart fysiska symtom utan även psykiska och kan behöva behandling även för dessa.

Det är inte ovanligt att känna oro, både inför sina symtom och sin smärta, men också inför att utsätta sig för situationer där symtomen kan komma att bli ett problem. Många gånger kan det vara svårt att definiera om det är oron eller mag-tarmsymtomen som är grundproblemet. FMT kan leda till ökad oro och ångest, men oro och ångest kan också bidra till ökade FMT-symtom.

Neuropsykologiska och kognitiva svårigheter, som exempelvis vid ADHD, autism och intellektuell funktionsnedsättning, bör uppmärksammas, då dessa tillstånd kan försvåra kroppslig reglering och hantering av överväldigande sensoriska signaler från bland annat magen och tarmen.

I team med tillgång till båda professionerna kan psykolog och kurator med fördel samverka och dela upp arbetet mellan sig, så att den ena erbjuder individfokuserad behandling och den andra föräldra-/familjefokuserat stöd.

## Interventioner

Dessa insatser är oftast effektiva och kan ges av olika professioner på olika vårdnivåer i vårdkedjan beroende på bakgrund och svårighetsgrad.

### Psykoedukation

Psykoedukation om bland annat FMT, ångest/oro och goda levnadsvanor (betydelsen av sömn, kost och motion) är grunden för ett gott omhändertagande av barn med FMT och deras familjer. Att kunna ge en tydlig förklaring av vad FMT är bör alla professioner som träffar dessa barn och familjer kunna erbjuda. Stöd bör ges för att hitta hjälpsamma strategier att hantera symtom, så som till exempel andningsövningar, avledning, avslappning och mindfulness.

### Samverkan med barnets/ungdomens skola

Skolfrånvaro är en vanlig konsekvens av FMT och med godkännande av patienten och vårdnadshavare initieras en dialog med skolan för kunskapsöverföring om diagnosen FMT i syfte att möjliggöra en samsyn kring problematiken och skapa förståelse för FMT.

## Föräldrastödjande samtal

Det är inte ovanligt att föräldrar har en osäkerhet kring hur de ska hantera situationen, eller har frågor och funderingar som kan vara bra att hantera utan barnets/den unges närvaro. Föräldrarnas inställning och bemötande av barnet och barnets symtom spelar stor roll för hur begränsad barnet blir och hur besvärande barnet upplever sina symtom.

## Familjefokuserat samtal

Samtal med familjen (patienten och närstående som påverkas av situationen) kan vara värdefullt för att ge möjlighet att gemensamt reflektera kring hur familjen i dagsläget förhåller sig till eller påverkas av patientens problematik. Undersök vad respektive familjemedlem har för uppfattning eller förståelse av patientens svårigheter och eventuella olikheter i inställning eller hanterande som påverkar barnet eller ungdomen. Hur kan förklaringsmodellen för symtomen användas och bidra till en ökad trygghet för patient och närstående?

## Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT har visat sig ha god effekt i studier som gjorts på barn och vuxna och kan erbjudas av någon med utbildning i detta. Ofta har mag-tarmsymtomen gjort att barnen och familjerna hamnat i en negativ spiral av beteende och tankar som inte bara sänker livskvaliteten, utan också tenderar att vidmakthålla och ibland även öka mag-tarmsymtomen. Det kan handla om att till exempel anpassa vardagen efter symtomen på ett sätt som blir begränsande, att ge symtomen ökad uppmärksamhet på ett sätt som resulterar i ökad oro, eller att lägga mycket energi på att hitta olika (ofta icke-fungerande) strategier för att kontrollera magsymtomen. KBT-behandlingen fokuserar på att hitta olika sätt som kan bryta dessa negativa spiraler och hjälpa barn och familjer till en vardag där livskvaliteten inte hela tiden villkoras av mängden mag-tarmsymtom. KBT-behandling som riktas direkt till barn och ungdomar med FMT betonar exponering som en viktig komponent. Exponering handlar om att successivt och under kontrollerade former utsätta sig för det som skrämmer eller skapar oro. För patienter med FMT rör det sig om rädsla inför symtomen, eller situationer där symtomen riskerar att uppstå eller skapa problem. Patienten är själv delaktig i att bestämma tempo och mål för behandlingen. Denna typ av behandling kan erbjudas både i traditionell form med barnet och familjen i rummet, men även som internetbaserad behandling (så kallad IKBT).

## Klinisk hypnos eller hypnoterapi

Detta är en välbeprövad och evidensbaserad metod med god effekt vid IBS och funktionell buksmärta hos barn och vuxna.<sup>37, 38, 39</sup> Det finns också tydliga indikationer på effekt vid funktionellt illamående, funktionell dyspepsi, andra smärttillstånd och stresshantering mer generellt.<sup>40</sup> Barnet eller ungdomen guidas till djup avslappning, meditation och visualisering i bilder och situationer med fokus på övningar riktade mot mage och tarm eller utifrån det som framkommer under samtalet. Patienten styr och kontrollerar det som händer under behandlingen. Syftet är att öppna upp för nytt tänkande, kännande och att hitta vägar att möta hinder. Behandlingsmålet är symtomfrihet, vilket uppnås i hög grad. För att kunna ge behandling med klinisk hypnos krävs särskild utbildning samt legitimationsgrundande yrke inom hälso- och sjukvården.<sup>41</sup> Behandlingen har visats genomförbar i form av individuella besök, grupp- eller internetbaserat.<sup>42, 43</sup>

---

<sup>37</sup> Vlieger, A.M; et al. *Hypnotherapy for Children With Functional Abdominal Pain or irritable Bowel Syndrom: A Randomized controlled Trial*. *Gastroenterology*, 2007-11-01, Volume 133, 5, 1430-1436. [Elektronisk utgåva].

<sup>38</sup> Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. *Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis*. *Gut*. 2020 Aug;69(8):1441-1451. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321191. Epub 2020 Apr 10. PMID: 32276950.

<sup>39</sup> Vlieger AM, Assa A, Borrelli O, Broekaert I, Deganello Saccomani M, Dolinsek J, Carpi de JM, Mas E, Miele E, Thomson M, Tzivnikos C, Benninga MA; *Gastroenterology Committee of ESPGHAN*. *Hypnotherapy in Pediatric Gastroenterology*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023.

<sup>40</sup> Vlieger AM, Assa A, Borrelli O, Broekaert I, Deganello Saccomani M, Dolinsek J, Carpi de JM, Mas E, Miele E, Thomson M, Tzivnikos C, Benninga MA; *Gastroenterology Committee of ESPGHAN*. *Hypnotherapy in Pediatric Gastroenterology*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2023.

<sup>41</sup> Lövdahl J, Ringström G, Agerforz P, Törnblom H, Simrén M. *Nurse-Administered, Gut-Directed Hypnotherapy in IBS: Efficacy and Factors Predicting a Positive Response*. *Am J Clin Hypn*. 2015 Jul.

<sup>42</sup> Lövdahl J, Törnblom H, Ringström G, Palsson OS, Simrén M. *Randomised clinical trial: individual versus group hypnotherapy for irritable bowel syndrome*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022.

<sup>43</sup> Hasan SS, Pearson JS, Morris J, et al. *SKYPE HYPNOTHERAPY for IRRITABLE BOWEL SYNDROME: Effectiveness and comparison with face-to-face treatment*. *Int J Clin Exp Hypn*. 2019.



Målsättningen med de interventioner som erbjuds är att mag-tarm-symtomen inte ska bestämma över barnets/ungdomens och familjens liv, samt att hitta ett förhållningssätt där livssituationen inte anpassas efter symtom.

Barn och ungdomar bör alltid erbjudas enskilda samtal med respektive personalkategori.

## Läkemedelsbehandling sällan indicerad

Vid uttalade funktionsnedsättande besvär där basalt omhändertagande och tvärprofessionella insatser enligt ovan inte bedöms ge önskad lindring, kan läkemedelsbehandling bedömas vara aktuell att överväga. Läkemedel utgör alltid ett komplement till övriga tvärprofessionella insatser och bör utvärderas avseende effekt på symtom, funktionsnivå och biverkningar. Ineffektiv behandling avslutas.

Läs mer om läkemedelsbehandling på:

[Barn och läkemedelsbehandling - Skånelistan med Bakgrundsmaterial - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

# Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Nils Lundin	Överläkare Barn- och ungdomsmedicin	<a href="mailto:Nils.Lundin@skane.se">Nils.Lundin@skane.se</a>
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Pia.Lundbom@skane.se">Pia.Lundbom@skane.se</a>
Sakkunniggrupp		LAG FMT Referensgrupp LPO mag-tarmsjukdomar LPO barns och ungdomars hälsa	
Kontaktperson Koncernkontoret	Maria Fridh	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Maria.Fridh@skane.se">Maria.Fridh@skane.se</a>
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	<a href="mailto:Elisabeth.Daulin@skane.se">Elisabeth.Daulin@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2024-05-27	2027-05-27	Nils Lundin
Revidering			
Revidering			
Revidering			
Revidering			

## Arbetsgrupp LAG FMT

**Henrik Andersson**, överläkare, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordost, Kristianstad

**Luiza Constantin**, ST-läkare, VO Barn- och ungdomspsykiatri, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Malin Darth**, dietist, VO Barn och ungdom, Skånes universitetssjukvård, Malmö

**Mattias Eknefelt**, specialistläkare, Barnläkargruppen Sparta, Lund

**Hanna Järnehage**, psykolog, VO Barn och ungdom, Skånes universitetssjukvård, Malmö

**Nils Lundin**, överläkare, VO barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Gustav Norin**, Hälso- och sjukvårdskurator, VO Barn och ungdom, Skånes universitetssjukvård, Malmö

**Maciej Potyrala**, överläkare, VO Barn och ungdom, Skånes universitetssjukvård, Malmö

**Helena Rydberg**, fysioterapeut, knuten till VO barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Amanda Rydell**, dietist, VO barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Hedvig von Schantz**, Specialistläkare, VO neurokirurgi och smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukvård, Lund

**Ingela Ståhlberg-Almroth**, kurator, Skånes sjukhus nordost, Kristianstad

**Lovisa Uppman**, psykolog, VO barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Maria Wallerfrost**, kurator, Första linjen Helsingborg/Landskrona

**Karin Åkerberg**, överläkare, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

## Referensgrupp under hela eller delar av arbetet

**Karin Andersson**, överläkare, VO Barn och ungdom, Barn- och ungdomsmedicinmottagningen Eslöv

**Frida Annefors**, Dietist, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordost, Kristianstad

**Sunna Aradottir**, överläkare, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Landskrona

**Gustav Fröslin**, dietist, VO Barn och ungdom, Skånes universitetssjukvård, Malmö

**Beatrice Nyström**, psykolog, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Gun Persson**, överläkare, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Helen Rosenqvist**, överläkare, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Jessica Thulin**, dietist, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Helsingborg

**Ahmad Saleh**, specialistläkare, VO Barn och ungdom, Skånes sjukhus nordväst, Landskrona

**Matilda Åstrand**, psykolog, VO neurokirurgi och smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukvård, Lund

**Filip Östberg**, Överläkare, Barn och ungdom, Skånes universitetssjukvård, Ystad