



2026-04-05



*Vårdprogram:*

*Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI) hos barn*

*(tidigare: Funktionella mag-tarmsjukdomar)*

Författad av:  
Staffan Berglund (redaktör)  
Jens Bäckström  
Karin Edshage Hallberg  
Emma Ramsay Milford  
Ola Olén  
Anna Röckert Tjernberg  
Tea Soini  
Agneta Uusijärvi  
Karin Åkerberg

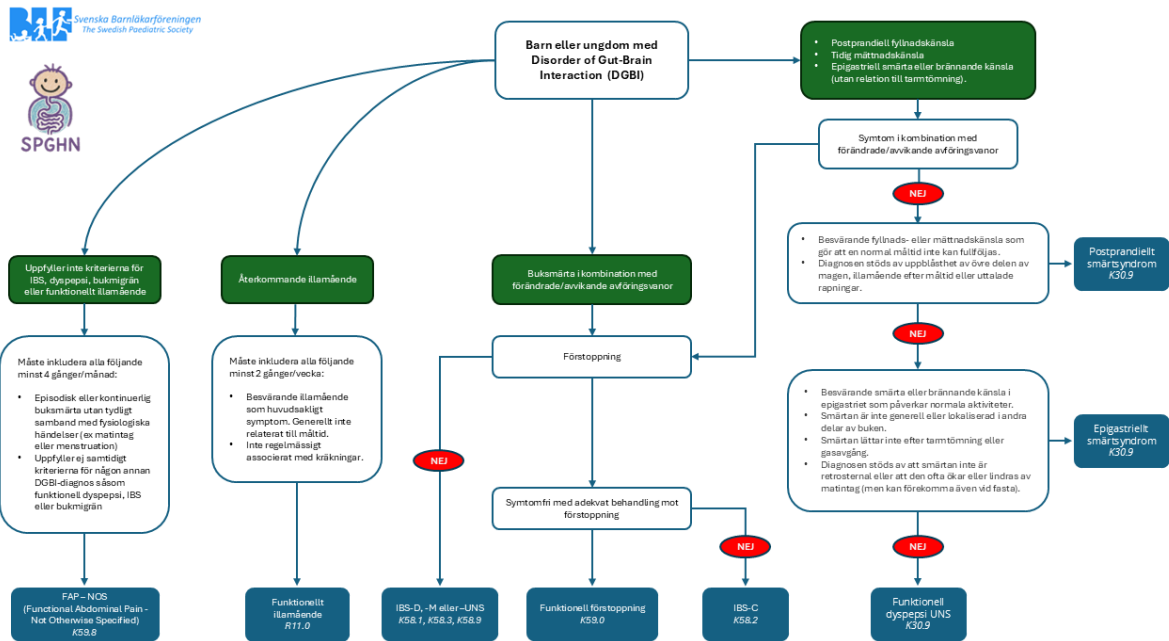
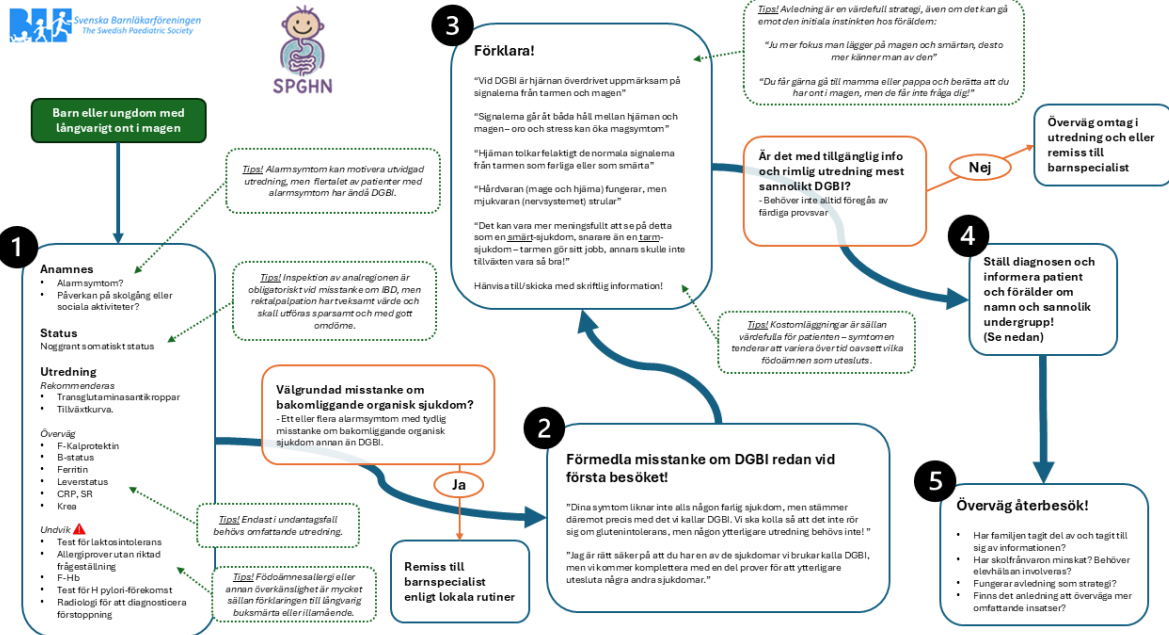
På uppdrag av: Svenska föreningen för  
Pediatrik Gastroenterologi, Hepatologi  
och Nutrition

## Innehåll

<b>SAMMANFATTANDE LATHUND FÖR HANDLÄGGNING</b> .....	4
<b>INLEDNING</b> .....	5
Arbetsgrupp .....	5
Målgrupp .....	5
Syfte .....	5
Patienter som avses .....	5
<b>BAKGRUND</b> .....	6
<b>DEFINITIONER</b> .....	6
Romekriterierna och DGBI .....	6
Pediatrika undergrupper av DGBI .....	7
Diagnoskriterier .....	8
Undergruppsspecifika diagnoskriterier .....	8
<b>ETIOLOGI, PATOGENES och PREVALENS</b> .....	9
Prevalens och prognos .....	10
<b>DIAGNOSTIK OCH UTREDNING</b> .....	11
Anamnes .....	11
Allmänt .....	11
Mag-tarmspecifikt .....	11
Larmsymtom .....	12
Status .....	13
Tillväxtkurva .....	13
Provtagning .....	13
Radiologi och endoskopi .....	13
Diagnostisk provbehandling med laxerande läkemedel .....	14
Värdet av protonpumpshämning (PPI) .....	14
<b>BEDÖMNING – VÅGA STÄLLA DIAGNOSEN I TID</b> .....	15
Hur hantera larmsymtom? .....	15
Måste kriterierna stämma perfekt? .....	15
Differentialdiagnoser .....	15
<b>BEHANDLING</b> .....	17
Stegvis behandling .....	17
Basbehandling .....	17
Diagnossamtal .....	18
Grundläggande information om sjukdomen .....	18
Erbjud uppföljning (telefon eller fysiskt) .....	19
Kostens roll i behandlingen av DGBI .....	19

Läkemedel vid basbehandling .....	19
Utvidgad behandling.....	20
Samverkan med barnets/ungdomens skola.....	20
Stödjande samtal.....	20
Kognitiv beteendeterapi (KBT) .....	21
Magtarmriktad hypnos.....	21
Läkemedelsbehandling i specifika fall – låg evidensgrad .....	21
Riktad individuell behandling .....	22
Teambaserad behandling.....	22
Läkemedelsbehandling i specifika fall – låg evidensgrad hos barn.....	23
Behandlingsalternativ som inte kan rekommenderas mot DGBI hos barn.....	24
Sammanfattande tabell över rekommenderade och ej rekommenderade behandlingar .....	24
Referenser .....	25

# SAMMANFATTANDE LATHUND FÖR HANDLÄGGNING



Utskriftsvänligt format kan laddas ner på: [www.gastro.barnlakarforeningen.se](http://www.gastro.barnlakarforeningen.se)

# INLEDNING

Detta vårdprogram har utarbetats på uppdrag av **Svenska Föreningen för Pediatrik Gastroenterologi, Hepatologi och Nutrition (SPGHN)**. Barn med Disorders of Gut-Brain Interaction DGBI (tidigare benämnt funktionella mag-tarmsjukdomar) utgör en av de största patientgrupperna inom pediatriken, och behovet av ett nationellt samlat vårdprogram har länge varit uttalat. Arbetsgruppen för vårdprogrammet utsågs av SPGHN:s styrelse under 2024, med målsättningen att säkerställa nationell representation och bred klinisk kompetens. Som underlag för arbetet har flera befintliga lokala vårdprogram använts, liksom regionala och internationella riktlinjer.

## Arbetsgrupp

**Staffan Berglund**, Överläkare, Norrlands Universitetssjukhus (redaktör)  
**Jens Bäckström**, Överläkare, Sundsvalls Sjukhus  
**Karin Hallberg**, Överläkare, Hisingen barnmottagning, Västra Götalandsregionen  
**Emma Ramsay Milford**, Psykolog, Göteborgs Universitet  
**Ola Olén**, Överläkare, Sachsska Barn- och Ungdomssjukhuset  
**Anna Röckert Tjernberg**, Överläkare, Länssjukhuset i Kalmar  
**Tea Soini**, Specialistläkare, Sachsska Barn- och Ungdomssjukhuset  
**Agneta Uusijärvi**, Överläkare, Astrid Lindgrens Barnsjukhus  
**Karin Åkerberg**, Överläkare, Helsingborgs Lasarett

## Målgrupp

Vårdprogrammet riktar sig till **samtliga vårdnivåer** som handlägger barn med långvariga och återkommande symtom från mage/tarm. Primär utredning, handläggning och basbehandling av denna stora patientgrupp är i stora delar densamma i skolhälsovård, primärvård och specialistvård för barn, varför de råd och riktlinjer som framförs kan tillämpas likartat. Vårdprogrammet belyser även hur utvidgad och riktad behandling som kan se ut när basbehandling är otillräckligt och funktionsnivån blir allvarligt nedsatt.

## Syfte

- Att skapa konsensus kring terminologi.
- Att förtydliga definitioner och primär behandling av DGBI.
- Att belysa hur behandling kan se ut när basal behandling har otillräcklig effekt.
- Att skapa förutsättningar för primärvård att handlägga patienter med långvariga magtarmsbesvär.
- Att framhålla att DGBI är en positiv diagnos och inte en uteslutningsdiagnos.
- Att förtydliga hur behandlingskrävande differentialdiagnoser kan urskiljas utan alltför långdragna och kostsamma utredningar och med bibehållen patientsäkerhet.
- Att skapa förutsättningar för likvärdig vård över hela landet för barn med DGBI.

## Patienter som avses

### Vårdprogrammet avser ge stöd vid handläggning av följande:

- Primär handläggning av barn 4–17 år som söker med långvarig (minst 2 månader) och återkommande (minst 4 gånger per månad) buksmärta eller illamående
- Fortsatt handläggning och behandling för barn där DGBI diagnosticerats

### Patienter som ej bör handläggas med utgångspunkt från detta dokument:

- Barn med endast förstoppning (se istället SPGHNs vårdprogram för förstoppning: [länk](#))
- Tidigare besvärsfritt barn med hastigt insjuknande i buksmärta eller illamående
- Barn med kräkningar som huvudsymtom (Se istället bland annat SPGHNs vårdprogram om cykliska kräkningar: [länk](#))
- Barn med misstänkt bukmigrän

## BAKGRUND

Besvär från mage och tarm är vanliga i alla åldrar och kan leda till stor oro och betydande begränsningar i vardagen. Svenska och internationella studier visar att **upp till en fjärdedel av alla barn rapporterar återkommande buksmärta**, trots att endast en liten andel kan förklaras av organisk sjukdom. Symtomen påverkar inte bara den fysiska hälsan utan även psykiskt välbefinnande, socialt liv och skolgång. Ofta påverkas även föräldrarnas arbetsliv. Vårdnadshavare ställs inför svåra avvägningar kring hur symtomen ska hanteras. Osäkerheten förstärks ytterligare när olika vårdgivare ger skilda råd och behandlingar.

Disorders of Gut–Brain Interaction (DGBI) är den vanligaste orsaken till långvarig buksmärta eller illamående hos barn. Trots den höga förekomsten är tillstånden ofta okända för både patienter och delar av sjukvården. Även efter omfattande utredningar fastställs diagnosen sällan med tydlighet. I stället lämnas symtomen oförklarade för patient och familj.

Avsaknad av en tydlig diagnos leder till bristande förståelse, otillräckligt stöd och utebliven behandling. Historiskt har dessa symptom dessutom ofta betraktats som psykosomatiska, vilket bidragit till stigmatisering och ytterligare lidande.

---

*Många patienter beskriver att "läkaren visste inte vad det var" och lever kvar i uppfattningen att besvären är ovanliga eller oförklarliga.*

---

## DEFINITIONER

### Romekriterierna och DGBI

**Rome Foundation** är ett oberoende internationellt konsortium med uppdrag att utveckla kunskap, definitioner och diagnostiska kriterier för funktionella mag-tarmsjukdomar. Sedan 2016, i samband med publiceringen av det fjärde samlingsdokumentet (Rome IV), används begreppet *Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI)* istället för den tidigare benämningen *Functional Gastrointestinal Disorders (FGID)*.

Under våren 2026 förväntas den femte versionen av kriterierna (Rome V) publiceras, där begreppet DGBI sannolikt kommer att befästas ytterligare.

### **Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI)**

DGBI är ett paraplybegrepp för en grupp sjukdomar med gemensamma patofysiologiska mekanismer. Sjukdomarna klassificeras utifrån mag-tarmsymtom och är relaterade till kombinationer av faktorer (se nedan under patofysiologi). Det saknas i nuläget en etablerad svensk översättning av begreppet DGBI, vilket kan försvåra kommunikationen både mellan vårdgivare och i mötet med barn och deras föräldrar. Författarnas bedömning är att begreppet bör etableras även i svensk medicinsk terminologi, då det bättre speglar aktuell förståelse av tillståndens patofysiologi än tidigare benämningar.

---

*Samlingsnamnet Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI) ersätter det tidigare namnet funktionella mag-tarmsjukdomar (FMT)*

---

*IBS utgör en undergrupp och bör ej användas som samlingsnamn för sjukdomarna*

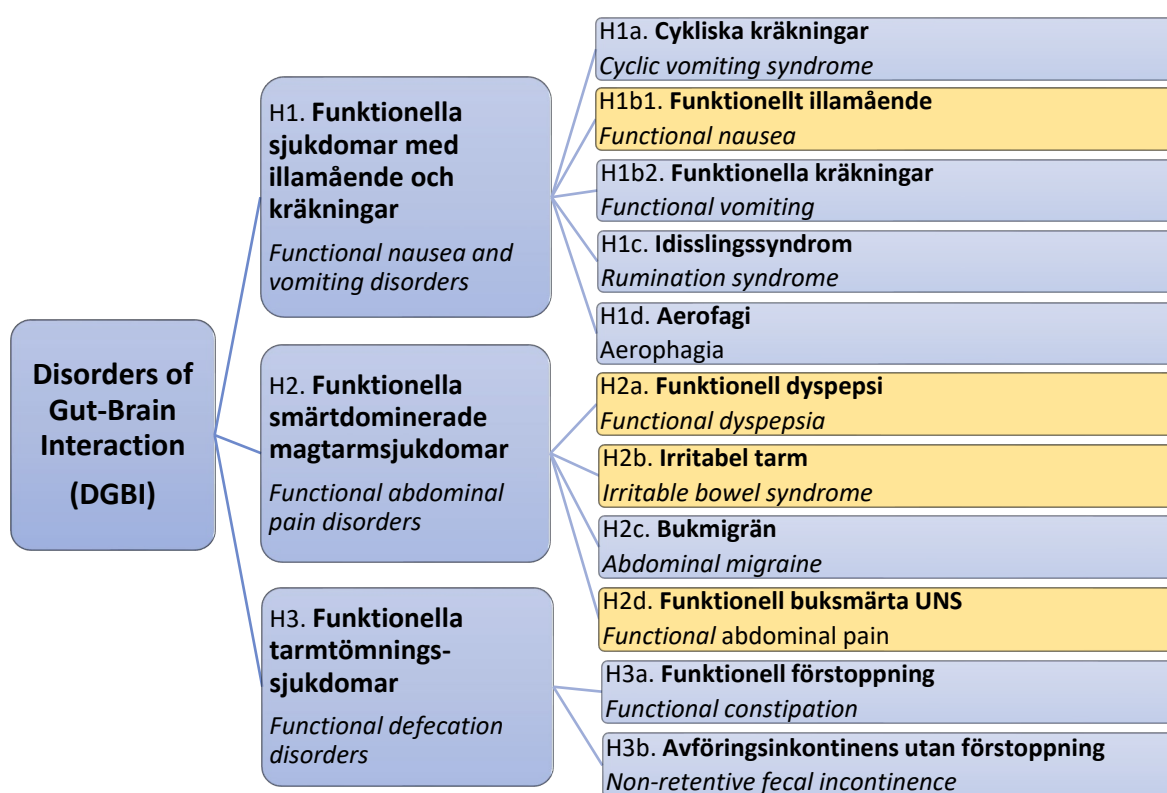
---

## Pediatriska undergrupper av DGBI

I Romekriterierna för barn definieras flera undergrupper av DGBI, strukturerade på tre nivåer. Undergrupper och diagnostiska kriterier skiljer sig mellan vuxna och barn, även om vissa diagnoser är gemensamma.

Romeklassifikationen är inte synkroniserad med de mer etablerade diagnoskoderna i ICD-10 och ICD-11, vilket kan försvåra klinisk tillämpning och dokumentation. Den vanligaste undergruppen, irritabel tarm (IBS), har därför i klinisk praxis ibland kommit att användas som samlingsdiagnos, på bekostnad av begreppen FMT eller DGBI. Detta bör undvikas, eftersom IBS endast utgör en av flera undergrupper inom DGBI.

Figuren nedan sammanfattar de pediatriska DGBI-diagnoserna enligt Romeklassifikationen, med engelska och svenska benämningar.



Figur 1. Pediatriska undergrupper av DGBI enligt ROME IV med förslag till svensk översättning. Diagnoser färgmarkerade i gul omfattas av detta vårdprogram.

## Diagnoskriterier

DGBI-diagnoserna definieras utifrån sina typiska symtom och att dessa **efter adekvat medicinsk bedömning inte kan förklaras av annat medicinskt tillstånd**. För alla nedanstående diagnoser gäller att de har pågått under **minst 2 månaders tid**. I följande tabell presenteras specifika kriterier för de diagnoser vårdprogrammet avhandlar.

### Undergruppsspecifika diagnoskriterier

Undergrupp	Diagnoskriterier enligt ROME IV	ICD10-kod
<b>Funktionell dyspepsi</b>	<p>Måste inkludera <math>\geq 1</math> av följande minst 4 gånger/månad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fyllnadskänsla efter måltid</li> <li>• Tidig mättnadskänsla</li> <li>• Smärta eller brännande känsla i epigastriet som inte associeras till tarmtömning</li> </ul> <p>Subtyper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Postprandiellt smärtsyndrom</i>: besvärande fyllnads- eller mättnadskänsla som gör att en normal måltid inte kan fullföljas. Uppblåsthet av övre delen av magen, illamående efter måltid eller uttalade rapningar stödjer diagnosen.</li> <li>○ <i>Epigastriskt smärtsyndrom</i>: besvärande smärta eller brännande känsla i epigastriet som påverkar normal aktivitet. Smärtan är inte generell eller lokaliserad i andra delar av buken. Smärtan lättar inte efter tarmtömning eller gasavgång. Diagnosen stöds av att smärtan är brännande men inte retrosternal eller att den vanligen ökar eller lindras av matintag, men kan förekomma även vid fasta.</li> </ul>	K30.9
<b>Irritabel tarm (IBS)</b>	<p>Måste inkludera alla följande minst 4 gånger/månad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buksmärta associerad med tarmtömning och/eller förändrad avföringsfrekvens och/eller avföringskonsistens.</li> <li>• Hos barn med förstoppning försvinner inte smärtan trots välbehandlad förstoppning (i de fall där smärtan försvinner vid adekvat förstoppningsbehandling är diagnosen istället funktionell förstoppning)</li> </ul> <p>Subtyper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Huvudsakligen diarré: IBS-D</li> <li>○ Huvudsakligen förstoppning: IBS-C</li> <li>○ Växlande konsistens: IBS-M</li> <li>○ Ospecificerad IBS</li> </ul>	K58.1 K58.2 K58.3 K58.9
<b>Funktionell buksmärta UNS</b>	<p>Måste inkludera alla följande minst 4 gånger/månad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodisk eller kontinuerlig buksmärta utan tydligt samband med fysiologiska händelser (ex matintag eller menstruation)</li> <li>• Uppfyller ej samtidigt kriterierna för någon annan DGBI-diagnos såsom funktionell dyspepsi, IBS eller bukmigrän</li> </ul>	K59.8
<b>Funktionellt illamående</b>	<p>Måste inkludera båda följande minst 2 ggr/vecka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besvärande illamående som huvudsakligt symptom. Generellt inte relaterat till måltid.</li> <li>• Inte regelmässigt associerat med kräkningar.</li> </ul>	R11.0

Tabell 1. Undergrupper av DGBI med symtom inkluderande buksmärta och eller illamående.

## ETIOLOGI, PATOGENES och PREVALENS

Sjukdomsmekanismerna vid Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI) är komplexa och ännu inte fullt klarlagda. Den symtombaserade klassificeringen har ökat förståelsen för dessa tillstånd, som varken kan betraktas som enbart psykologiska eller som isolerade mag-tarmsjukdomar. I stället handlar det om ett dubbelriktat samspel mellan tarm och hjärna, där perifera processer i mag-tarmkanalen integreras med hjärnans bearbetning av sensoriska signaler och smärta, och där centrala mekanismer samtidigt påverkar tarmens funktion.

Den patofysiologiska förståelsen av DGBI bygger på den biopsykosociala modellen, se bild. Denna modell förklarar den stora individuella variationen i symtom, den täta kopplingen mellan mag-tarmsymtom och psykisk ohälsa samt det faktum att sambandet också är omvänt. Modellen ger även en förklaring till varför psykologiska behandlingar och nervmodulerande läkemedel har fått en allt tydligare roll vid behandling av mer uttalade och långdragna DGBI-tillstånd.

En central komponent i denna modell är tarm-hjärn-axeln (länken), ett neurohormonellt kommunikationssystem som förbinder det centrala nervsystemet med mag-tarmkanalen.

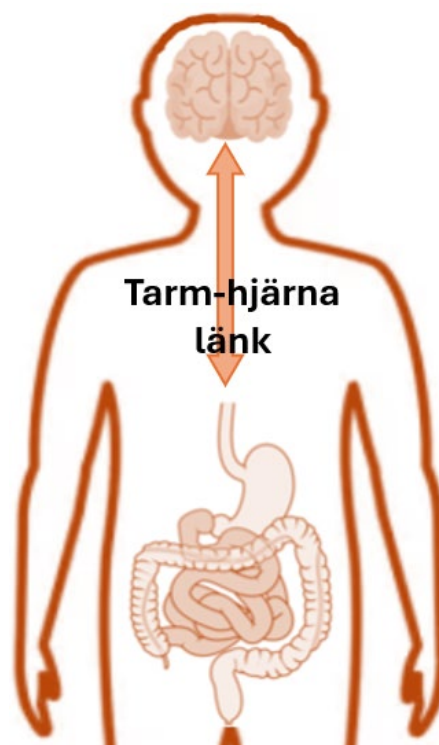
Via denna axel kan psykologiska och centrala faktorer påverka tarmens motorik, sekretion och sensorik, samtidigt som signaler från tarmen påverkar hjärnans tolkning och reglering av symtom.

Enligt Rome IV definieras DGBI som symtom kopplade till olika kombinationer av:

- Störd gastrointestinal motilitet
- Visceral hypersensitivitet
- Förändrad mukosal och immunologisk funktion
- Rubbningar i tarmmikrobiotan
- Förändrad centralnervös bearbetning av signaler från mag-tarmkanalen.

Vilka symtom som dominerar varierar mellan olika diagnoser, mellan individer och sannolikt även över tid hos samma patient. Orsakerna till de olika symtomen är oklara men kända riskfaktorer för DGBI är kvinnligt kön, genomgången infektiös gastroenterit, psykisk ohälsa samt tidiga livshändelser såsom stress eller trauma. Även föräldrarelaterade faktorer, till exempel psykisk ohälsa eller egen DGBI, kan bidra till ökad risk hos barnet.

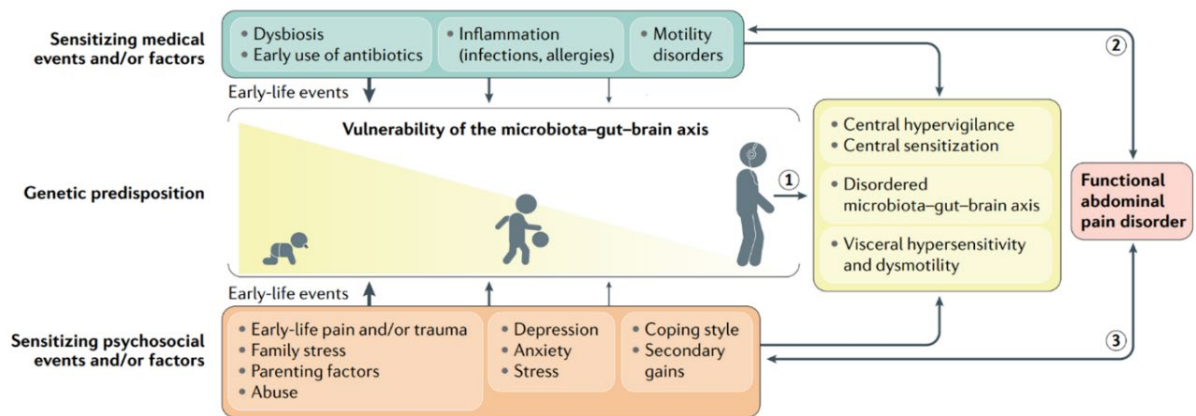
Denna förståelse låg till grund för att begreppet "funktionella mag-tarmsjukdomar" ersattes av "Disorders of Gut-Brain Interaction" i Rome IV-kriterierna. Det är dock viktigt att notera att majoriteten av den patofysiologiska kunskapen bygger på studier av vuxna, och att betydelsen av dessa mekanismer hos barn och ungdomar med DGBI ännu inte är fullt klarlagd.



---

*DGBI betraktades tidigare som psykosomatiska tillstånd och föll under begreppet "psykiskt". DGBI-begreppet betonar att etiologin är mer multifaktoriell.*

---



Figur 2. Sammanfattande illustration av den biopsykosociala förklaringsmodellen som beskriver hur genetisk predisposition tillsammans med sensitiserande biologiska/medicinska samt psykosociala faktorer driver fram en sårbarhet i kommunikationen mellan tarmflora, tarm och centrala nervsystemet. Thapar. Paediatric functional abdominal pain disorders. Nat Rev Dis Primers, 2020

## Prevalens och prognos

DGBI är vanliga hos barn världen över, men rapporterad prevalens varierar mellan studier. Skillnaderna beror bland annat på vilka diagnostiska kriterier som används, om det är barn eller föräldrar som rapporterar symtom, studiedesign samt kulturella faktorer. Införandet av Rome IV-kriterierna har till exempel lett till en minskning av andelen barn som uppfyller kriterier för IBS med cirka 50 procent jämfört med Rome III.

Studier som använt Rome IV-kriterier visar att cirka 10 procent av alla barn har någon av de smärtdominerade formerna av DGBI.

Av barn med återkommande buksmärta fortsätter 15–50 procent att ha symtom i vuxen ålder. Symtombilden kan dock förändras över tid, både vad gäller typ och svårighetsgrad. En mer ogynnsam prognos ses framför allt hos flickor, samt hos barn och ungdomar med psykisk eller somatisk samsjuklighet.

## DIAGNOSTIK OCH UTREDNING

Ett barn eller en ungdom som söker tillsammans med sin förälder för långvariga buksmärtor eller illamående har i de flesta fall en DGBI-diagnos. Trots det genomgår barn och ungdomar med DGBI ofta mer utredning än nödvändigt. Enligt Rome IV-kriterierna är DGBI en positiv diagnos, **inte** en uteslutningsdiagnos. Omfattande utredningar är därför sällan motiverade. Man ska med rimliga medel utesluta annan sjukdom. I de allra flesta fall räcker anamnes, status och en mycket basal provtagning.

Det är en fördel att avsätta gott om tid vid det första besöket. Ett strukturerat och tryggt initialt möte är i sig ett viktigt första steg i behandlingen och underlättar den fortsatta handläggningen.

Vårdgivaren ska vid anamnestagande och status vara uppmärksam på röda flaggor och relevanta differentialdiagnoser, men bör inledningsvis avstå från detaljerade, riktade frågor. Det viktigaste är att först vända sig direkt till patienten. Det är barnet eller ungdomens symtom och upplevelse som behöver ringas in. Föräldern bör tidigt få en tydlig förklaring om att hen kommer att få komplettera anamnesen, lyfta sina reflektioner och frågor senare under besöket.

*“Du är viktigast idag. Jag vill veta allt om hur din mage mår, du ska få berätta själv först och sen efter det får din förälder hjälpa till om det är något vi missar prata om.*

*Hur mår din mage idag? Minns du när du senast hade ont/besvär? Berätta!”*

Hos yngre barn behöver man ofta använda fler slutna frågor, till exempel ja- och nej-frågor. Tänk på att barnet är i “nuet” eller det som varit alldeles nyligen. Föräldern kan stanna kvar i rummet och lyssna eller vänta utanför, beroende på barnets behov och mognad.

---

*Man ska med rimliga medel utesluta annan sjukdom. I de allra flesta fall räcker anamnes, status och en mycket basal provtagning.*

---

### Anamnes

En noggrann anamnes är grundbulten i diagnostiken. Ta gärna symtomformuläret i bilaga 1 till stöd. Den kan patienten gärna fylla i inför besöket.

#### Allmänt

- “Tanke, oro, önskan” – fråga både barn och föräldrar vad de eventuellt tror/är oroliga för att det magonda beror på, och vad de har för förväntningar på läkarbesöket. Det förenklar fortsatt samtal om man redan från början vet att det enda familjen önskar är en gastroskopi.
- “Vad har du/ni fått höra och veta hittills?”
- Psykosocial situation – HEEADSSS (Home, Education and employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, Safety)
- Hereditet hos förstegradssläktingar (särskilt IBD, celiaki, ulcus, dyspepsi, IBS)
- Tidigare och nuvarande sjukdomar inklusive allergier.

#### Mag-tarmspecifikt

- Lokalisation?
- Duration och frekvens av besvären?
- Avföringsvanor (frekvens och konsistens) och smärtans eventuella koppling till avföring och om den lättar efter avföring? Går patienten på toa i skolan/förskolan? Fecesinkontinens? Anala smärtor?
- Illamående, kräkningar och sura uppstötningar?

- Tidig mättnadskänsla? När det inte går att äta mer, var och varför tar det stopp?
- Uppblåsthet?
- Hur påverkar besvären skolgång, aktiviteter och livssituation?
- Lindrande, utlösande och förvärrande faktorer?
- Tydligt avgränsade stereotypa smärtepisoder tillsammans med blekhet, illamående/kräkningar eller huvudvärk?
- Kosthållning? Antal måltider? Långt mellan måltiderna? Varierad eller ensidig kost?
- Något i kosten som påverkar besvären (positivt eller negativt)?

### Larmsymtom

Larmsymtom ("red flags") har traditionellt använts som ett screeningverktyg för att identifiera möjliga differentialdiagnoser. Det finns dock begränsat vetenskapligt stöd för deras sensitivitet och specificitet. Till exempel utesluts celiaki mer tillförlitligt med provtagning av transglutaminas än genom anamnestiska uppgifter. Frågor om larmsymtom är framför allt användbara för att uppmärksamma möjlig inflammatorisk tarmsjukdom eller annan ovanlig sjukdom med påverkan på tillväxt och pubertetsutveckling. Dessa tillstånd har dock oftast en mer tydlig klinisk bild och presenterar sig sällan enbart som långvarig buksmärta.

Symtom	Exempel på differentialdiagnoser att överväga
Blod i avföringen	<a href="#">IBD</a> , hemorrojd, fissur, polyp, Meckels divertikel, allergisk kolit
Ihållande (> 3 veckor) eller blodiga kräkningar	Förstoppning, <a href="#">GERD</a> , <a href="#">ulcus</a> , tarmhinder, <a href="#">cykliska kräkningar</a>
Sväljningssvårigheter, smärta vid sväljning	<a href="#">Eosinofil esofagit</a> , GERD
Ofrivillig viktnedgång eller avplanande tillväxt	IBD, <a href="#">celiaki</a> , pankreatit
Försenad pubertet	IBD, celiaki
Rikliga, ihållande diarréer	IBD, celiaki
Nattlig tarmtömning	IBD
Smärta med tydlig sidolokalisation	Mb Crohn, kronisk app, hydronefros
Oförklarlig feber eller ledvärk/ledsvullnad	IBD
Ovanliga munsår	Mb Crohn, Orofacial granulomatos
Perianala besvär (fistel, böld, fissur, stora skinnflikar)	IBD, förstoppning
<a href="#">Svår dysmenorré</a>	<a href="#">Endometriös</a>
Hereditet	IBD, celiaki

Tabell 2. Larmsymtom för screening av differentialdiagnos enligt Rome-IV. Syftar framför allt till att hitta anamnestiska tecken på inflammatorisk tarmsjukdom. Evidens för sensitivitet och specificitet kring annan bakomliggande sjukdom är låg.

### Kostens betydelse under utredningen

Många patienter och föräldrar funderar tidigt på om magbesvären beror på kosten, särskilt när symtomen uppträder i samband med måltid, som vid dyspepsi där smärtan ofta kommer under eller kort efter att barnet har ätit. För individer med IBS uppträder ofta buksmärter och behov av att uppsöka toalett i nära anslutning till måltid. Dessa smärter tolkas ofta som en reaktion på ett visst livsmedel.

Det är därför vanligt att familjer på eget initiativ har uteslutit ett eller flera livsmedel. I praktiken varierar dock symtomen ofta över tid, oberoende av vilka livsmedel som utesluts.

---

*Födoämnesallergi är en ovanlig orsak till mag-tarmsymtom och bör endast misstänkas när det finns ett tydligt och reproducerbart samband mellan ett specifikt födoämne och barnets symtom.*

---

Vid misstanke om födoämnesallergi är elimination följt av kontrollerad provokation den mest ändamålsenliga utredningsmetoden. Blodprov för IgE-antikroppar ger i dessa sammanhang sällan värdefull information. Om viktiga livsmedelsgrupper, såsom spannmål eller mejeriprodukter, utesluts under utredningen måste effekten följas noggrant och näringsintaget säkerställas.

## Status

Statusundersökningen kan i de flesta fall hållas kort och inriktas mot anamnestiska fynd, särskilt eventuella larmsymtom. Utöver ett noggrant bukstatus kan undersökningen därför ofta begränsas till ett minimum.

### Rektalundersökning:

Inspektion av analregionen bör vid lämpligt tillfälle genomföras om det föreligger misstanke om inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Rektalpalpation har däremot ett begränsat diagnostiskt värde och bör utföras restriktivt, endast när det finns tydlig indikation, med patientens samtycke och med gott kliniskt omdöme.

## Tillväxtkurva

Vikt- och längdutveckling är viktig att bedöma innan man gör sin samlade bedömning. Avplanande tillväxt kan till viss del tala emot att DGBI är huvuddiagnos och föranleder därför utvidgad utredning samt gärna en dietistkontakt.

## Provtagning

Rekommenderas	Överväg	Undvik
<ul style="list-style-type: none"><li>Transglutaminas-antikroppar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Blodstatus</li><li>CRP, SR</li><li>Ferritin</li><li>Leverprover</li><li>Kreatinin</li><li>F-kalprotektin</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Genetiskt prov för laktasgenotyp</li><li>Helicobacter pylori antigen i feces (Aldrig indicerat. Vid välgrundad misstanke om ulcus tas biopsi vid gastroskopi)</li><li>F-Hb (aldrig indicerat)</li><li>Allergiprover utan riktad frågeställning</li></ul>

Tabell 3. Råd kring provtagning vid långvarig buksmärta.

## Radiologi och endoskopi

---

*Diagnosen DGBI kan utan tvekan ställas utan radiologiska eller endoskopiska undersökningar.*

---

Radiologi är sällan nödvändigt och ska inte heller användas för att diagnostisera förstoppning. Undersökningar som buköversikt, ultraljud eller annan radiologisk eller nuklearmedicinsk metod bör endast övervägas när anamnes och status väcker misstanke om **annan** diagnos än DGBI, till exempel intermitterant hydronefros, malrotation eller tumörsjukdom vid utredning av svåra attackvis påkommande smärtor, återkommande kräkning eller vid bukresistens.

Endoskopisk undersökning är, liksom radiologi, mycket sällan indicerad vid misstänkt DGBI. Endoskopi kan övervägas vid klinisk misstanke om annan sjukdom, till exempel inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), eosinofil esofagit (EoE) eller ulcussjukdom. Inte heller endoskopi är ett krav för att ställa diagnosen DGBI.

I enstaka fall kan radiologi eller endoskopi underlätta för patient och familj att acceptera diagnosen. Detta bör ses som ett undantag och kan övervägas vid särskilda omständigheter, till exempel vid långvarig och uttalad skolfrånvaro.

### Diagnostisk provbehandling med laxerande läkemedel

Barn med buksmärtor behandlas ofta ex juvantibus med laxantia. En sådan provbehandling kan vara ett stöd i differentialdiagnostiken mellan funktionell förstoppning och IBS med förstoppningsinslag (IBS-C). Vid funktionell förstoppning försvinner buksmärtan helt när en adekvat förstoppningsbehandling etablerats. Hos patienter med IBS-C normaliseras avföringen med behandlingen, men buksmärtan kvarstår trots detta.

---

*Skillnaden mellan IBS-C och funktionell förstoppning är att patienten fortsätter ha buksmärtor trots att förstoppningen behandlas*

---

### Värdet av protonpumpshämning (PPI)

Många barn, liksom vuxna, med långvariga buksmärtor testar behandling med protonpumpshämmare (PPI), antingen på eget initiativ eller efter förskrivning. En upplevd symtomlindring bör teoretiskt tala emot en DGBI-diagnos och ge stöd för en syrelaterad sjukdom såsom gastroesofageal refluxsjukdom (GERD). Samtidigt är placeboeffekten sannolikt betydande och PPI-behandling kan inte betraktas som ett tillförlitligt sätt att skilja funktionell dyspepsi från GERD. Provbehandling med PPI är därför inte rekommenderat hos patient som i övrigt uppfyller diagnoskriterier för funktionell dyspepsi utan larmsymtom.

## BEDÖMNING – VÅGA STÄLLA DIAGNOSEN I TID

Anamnes och status i kombination med en mycket basal utredning är i de flesta fall tillräckligt för att ställa diagnos vid DGBI. Även om vissa provsvar, till exempel transglutaminas, ännu inte föreligger vid besöket bör läkaren tydligt kommunicera vilken diagnos den samlade kliniska bedömningen talar för, till exempel funktionell dyspepsi, IBS, funktionell buksmärta eller en kombination av dessa diagnoser. Erfarenhetsmässigt vinner man mer på att introducera den mest sannolika diagnosen redan vid första besöket än att avvakta med diagnostisk återkoppling. Det är samtidigt viktigt att förklara att kompletterande provtagning görs för att utesluta andra tillstånd.

Lång symtomduration utan påverkan på tillväxt och utan tydliga larmsymtom talar starkt emot allvarlig organisk sjukdom och utesluter i många fall relevanta differentialdiagnoser utan behov av ytterligare utredning.

---

*Om det mesta tyder på DGBI – var tydlig med det redan vid första besöket. Det är av värde att precisera vilken eller vilka av de olika undergrupperna du misstänker. Ta gärna hjälp av flödesschema ovan.*

---

### Hur hantera larmsymtom?

Larmsymtom är relativt vanliga även vid DGBI, men bör alltid föranleda ett noggrant kliniskt övervägande. I vissa fall kan ytterligare utredning vara motiverad, till exempel i form av utvidgad provtagning, radiologiska undersökningar eller endoskopi. Flera larmsymtom har låg specificitet och kan förekomma även vid funktionella tillstånd och trots förekomst av larmsymtom landar utredningen ofta i diagnosen DGBI. Var tydlig med patienten varför du väljer att utvidga utredningen.

*”De symtom du beskriver stämmer bäst med det vi kallar DGBI. Men eftersom tillväxten är påverkad vill jag komplettera med några extra prover samt remittera dig till en dietist.”*

### Måste kriterierna stämma perfekt?

Nej. Rome IV-kriterierna behöver inte vara uppfyllda i varje detalj för att en DGBI-diagnos ska kunna ställas. Kriterierna fungerar som ett stöd för den kliniska bedömningen, men ersätter inte läkarens samlade värdering. Det finns kliniskt handlingsutrymme att ställa diagnosen även när kriterierna endast uppfylls ungefärligt. Exempel kan vara att symtomfrekvensen inte exakt når  $\geq 4$  gånger per månad, att enstaka larmsymtom förekommer eller att buksmärta inte alltid lindras efter tarmtömning.

Förutsättningen är att den samlade kliniska bilden talar för DGBI och att annan relevant sjukdom har övervägts. Det är samtidigt ofta en fördel om patient, anhöriga och behandlande läkare kan uppnå samsyn kring diagnosen. Detta kan ibland kräva upprepade besök och i enstaka fall kompletterande utredning.

### Differentialdiagnoser

Även om DGBI oftast är den mest sannolika diagnosen vid långvariga mag-tarmsymtom, bör relevanta differentialdiagnoser alltid övervägas. Detta är inte bara en del av den diagnostiska processen utan har också en viktig funktion i behandlingen.

Att som läkare tydligt förklara vilka differentialdiagnoser som har uteslutits, och hur detta har gjorts med relativt enkla undersökningar, kan bidra till ökad förståelse och trygghet hos patient och anhöriga.

---

*Screening för celiaki ingår i den allmänna provtagningen, övriga differentialdiagnoser har ofta en mer uppenbar presentation och ska som princip bara övervägas vid larmsymtom.*

---

Diagnos	Prevalens	Typiska symtom/ riskfaktorer	Förslag till handläggning
Inflammatorisk tarmsjukdom	< 0.1%	Blod i avföring Diarré Viktnedgång Förhöjt kalprotektin	Provtagning kalprotektin. Lätt förhöjda värden förekommer dock ofta. Remiss till barn gastroenterolog endast vid välgrundad misstanke.
Celiaki	1-3%	Ospecifika symtom Förhöjt Transglutaminas	Frikostig provtagning. Om positivt remiss till barnmottagning.
Komjölksallergi		Annan atopisk sjukdom Eksem	Elimination/provokation, dietistkontakt. Provtagning rek ej då det sällan är IgE-medierad allergi.
Gastrit/Ulcus	Oklart	Blodig kräkning Akut insjuknande NSAID-användning	Behöver inte uteslutas innan DGBI-diagnos. Vid typiska symtom överväg remiss för gastroskopi.
Helicobacter pylori	10%	HP-kolonisation utan samtidigt ulcus ger som regel inga symtom hos barn och är därför ingen differentialdiagnos.	Icke-invasiv provtagning (t.ex. fecesprov) är i praktiken aldrig indicerad (det kan övervägas i vissa speciella situationer). Finns välgrundad misstanke om ulcus görs gastroskopi. Eradikering blir då aktuell om makroskopiskt ulcus eller erosion kan påvisas. <a href="#">Se länk.</a>
Eosinofil esofagit	<0.1%	Sväljningssvårigheter, matobstruktion och icke-sväljningsrelaterad bröstsmärta	Remiss för gastroskopi.
<a href="#">Endometriosis</a>	Oklart hos barn	Svår dysmenorré	Remiss/hänvisning till gynekolog eller ungdomsmottagning enligt lokala rutiner
Tarminfektion	Oklart	Rikliga diarréer. Oftast kortares anamnes. Utlandsresa.	
Malignitet	<0.1%	B-symtom inklusive anemi, viktnedgång, sjukdomskänsla, feber, resistens i buken.	Vidgad utredning utanför detta vårdprogram. OBS! Malignitet i GI-kanalen förekommer inte hos barn (undantag familjär kolonpolypos, lymfom).

Tabell 4. Differentialdiagnoser vid utredning av långvarig buksmärta eller illamående hos barn.

# BEHANDLING

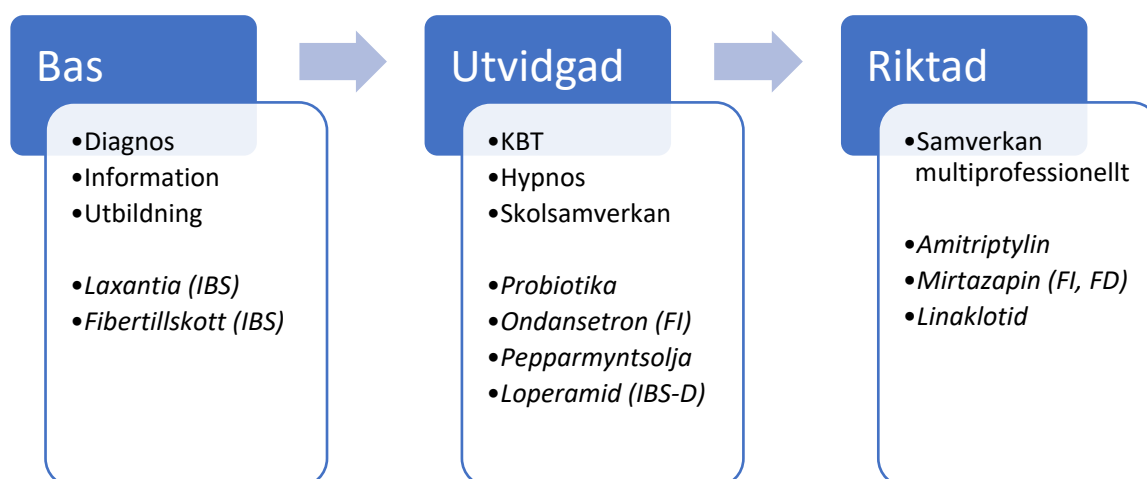
## Stegvis behandling

Behandling av DGBI sker stegvis och anpassas efter symtomens svårighetsgrad och graden av funktionspåverkan. En inledande behandling kan ges på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och kräver inte alltid läkarkontakt.

Den behandling som i detta dokument benämns **basbehandling** omfattar insatser som bör initieras redan vid det första besöket. Dessa kan i vissa fall påbörjas parallellt med att relevanta provsvar inväntas. Mer resurskrävande insatser, som delar av **utvidgad behandling**, förutsätter lokal organisation och involverar ofta flera yrkeskategorier.

Det praktiska upplägget av behandlingen ska anpassas efter regionala förutsättningar och tillgängliga behandlingsformer. I många regioner erbjuds utvidgade insatser huvudsakligen via barnklinik, medan andra har organiserat delar av behandlingen inom primärvården.

Stegvisa insatser inleds med patientinformation och föräldrastöd, med fokus på att öka barnets funktion och delaktighet i vardagen. Beroende på problematikens komplexitet och dess påverkan på barnets liv kan insatser på olika nivåer behövas över tid.



Figur 3. Princip för behandling i tre olika steg inklusive läkemedel som kan övervägas. För somliga läkemedel finns bara indikation vid vissa subtyper (IBS=Irritabel tarm, FI=Funktionellt illamående, FD=Funktionell dyspepsi).

## Basbehandling

Basbehandlingens första steg är att ställa en tydlig diagnos. Målet är att ge barnet och föräldern en tydlig förståelse för sjukdomen men också att normalisera tillståndet. De ska få veta att diagnosen är vanlig och vad den innebär, inklusive dess medicinska namn.

---

*Basbehandlingen ska påbörjas redan vid första besöket och kan ges på alla vårdnivåer. Den bör inte skjutas upp i väntan på enstaka undersökningsvar.*

---

Patientinformation bör alltid lämnas ut, antingen i pappersform eller som en digital länk. Det ger familjen möjlighet att läsa vidare, diskutera innehållet hemma och återkomma med frågor vid nästa kontakt.

*”Jag är rätt säker på att du har en av de sjukdomar vi brukar kalla DGBI, men vi kommer komplettera med en del prover för att ytterligare utesluta några andra sjukdomar.”*

*”Dina symtom liknar inte alls någon farlig sjukdom, men stämmer däremot precis med det vi kallar DGBI. Vi ska kolla så att det inte rör sig om glutenintolerans, men någon ytterligare utredning behövs inte!”*

### *Diagnossamtal*

Vid diagnosbeskedet behöver patientansvarig läkare gå igenom resultatet av utredningen tillsammans med barnet och föräldrarna. Diagnosen ska förmedlas tydligt och begripligt, tillsammans med en enkel förklaringsmodell som beskriver både vad som sker i magtarmkanalen och hur samspelet mellan hjärna och tarm påverkar symtomen.

Det är viktigt att betona att tillståndet är godartat och att symtomen är vanliga besvär är hos barn och ungdomar. Eventuella larmsymtom bör kommenteras och sakligt diskuteras avseende eventuell kompletterande utredning. Lika viktigt är att tydligt visa att vården tar barnets och familjens upplevelser på allvar. Smärtan eller obehaget är verkligt, även om det inte finns någon bakomliggande allvarlig sjukdom.

Denna inledande dialog är avgörande för att barnet och föräldrarna ska kunna förstå och ta till sig behandlingsstrategierna. En förtroendefull läkarkontakt och en tydlig allians med patienten är centrala för ett gott behandlingsresultat.

---

*En tydlig och noggrann återkoppling av utredningen inklusive ett diagnosbesked är en viktig del av behandlingen!*

---

### *Grundläggande information om sjukdomen*

Alla yrkesgrupper som möter barn med DGBI och deras familjer ska kunna ge en tydlig och begriplig förklaring av vad diagnosen innebär. En gemensam förståelse för tillståndet är en viktig del av omhändertagandet.

Grunden för behandlingen är ett helhetsperspektiv enligt den biopsykosociala modellen. Det innebär att psykosociala faktorer, såsom stress, oro och eventuell ångest, behöver uppmärksammas, liksom betydelsen av goda levnadsvanor. Sömn, kost och fysisk aktivitet är centrala delar och bör alltid ingå i samtalet. Barnet bör få stöd i att utveckla fungerande strategier för att hantera symtomen. Det kan till exempel handla om avledning, andningsövningar, avslappning eller mindfulness.

Ett flertal lokala initiativ pågår för att erbjuda digital patientundervisning om DGBI, så kallad magskola.

Berätta gärna att forskning har visat att avledning är mycket mer gynnsamt jämfört med uppmärksamhet även om det kan gå emot den initiala instinkten hos föräldern. Vid god föräldraläkarkontakt kan läkaren uppmana föräldern att helt sluta fråga barnet om magsymtom.

Exempel på formuleringar:

*“Tarmen innehåller miljoner nervtrådar, som ständigt kommunicerar med hjärnan, även när vi inte är medvetna om det”*

*“Vid DGBI är hjärnan överdrivet uppmärksam på signalerna från tarmen och magen”*

*“Glest filter mellan magen och hjärnan”*

*“Hjärnan tolkar felaktigt de normala signalerna från tarmen som farliga eller som smärta”*

*“Signalerna går åt båda håll mellan hjärnan och magen – oro och stress kan öka magsymtom”*

*“Ju mer fokus man lägger på magen och smärtan, desto mer känner man av den”*

*“Som ett billarm som är för känsligt”*

*“Hårdvaran (mage och hjärna) fungerar, men mjukvaran (nervsystemet) strular”*

*“Det kan vara mer meningsfullt att se på detta som en smärt-sjukdom, snarare än en tarm-sjukdom – tarmen gör sitt jobb, annars skulle inte tillväxten vara så bra!”*

### *Erbjud uppföljning (telefon eller fysiskt)*

Förmedla en livlina/fortsatt kontakt. När en utredning visat DGBI-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.

### *Kostens roll i behandlingen av DGBI*

Kostbehandling rekommenderas generellt inte vid pediatrik DGBI, eftersom tillstånden varken orsakas av födoämnesallergi eller intolerans. Ett alltför starkt fokus på att identifiera triggnande livsmedel eller att pröva olika dieter riskerar i stället att förstärka symtomen genom ökad uppmärksamhet på mag-tarmkanalens signaler.

I detta sammanhang är *hur* man äter ofta viktigare än *vad* man äter. Råd om regelbundna måltider och en varierad kost enligt Livsmedelsverkets rekommendationer är i de flesta fall tillräckliga.

Enstaka individer, framför allt med IBS, kan uppleva viss symtomlindring efter mindre kostjusteringar. Däremot har kostomläggningar ingen dokumenterad effekt när symtombilden domineras av dyspepsi, funktionell buksmärta UNS eller illamående. Mer omfattande kostrestriktioner bör alltid ske i samråd med barndietist för att säkerställa ett adekvat näringsintag och undvika onödiga begränsningar.

### *Läkemedel vid basbehandling*

Generellt bör inga läkemedel rekommenderas inom ramen för basbehandling, eftersom effekten oftast är begränsad och övriga insatser i regel är tillräckliga. **Laxantia** och **fibertillskott** kan övervägas

vid IBS (se faktaruta). Protonpumpshämmare är däremot inte indicerat vid någon DGBI-diagnos trots att det är vanligt förekommande (se ovan).

#### *Laxantia:*

Vid IBS och trög avföring kan Laxantia ha en symtomlindrande effekt. Det är dock viktigt att informera om att det inte kommer ta bort den återkommande smärtan (se ovan angående skillnad mellan IBS och funktionell förstoppning).

#### *Fibertillskott:*

Behandlingen syftar till att öka intaget av **lösliga fibrer**. Dessa har en prebiotisk effekt och kan påverka tarmfloran samt stimulera tarmens motilitet. Lösliga fibrer binder vätska och bildar en gel-liknande substans, vilket ökar den fekala volymen och kan bidra till en mer regelbunden tarmfunktion. Effekten kan vara gynnsam både vid diarré och vid förstoppning.

Studier på barn visar viss variation beroende på fibertyp, men sammantaget talar evidensen för en positiv effekt av fibrer, särskilt hos patienter med IBS. Effekten varierar mellan individer.

Det är viktigt att inte utvärdera behandlingen för tidigt. Doseringen kan behöva justeras över tid, både uppåt och nedåt, utifrån symtom och tolerans.

**Exempel:** guargummi (Inolaxol®), psyllium (Vi-Siblin®, fiberhusk från dagligvaruhandel, psylliumkapslar från apotek eller hälsokostbutiker).

---

*Laxantia och fibertillskott är de enda läkemedel som ska övervägas vid basbehandling och då endast vid IBS*

---

## Utvidgad behandling

Vid kvarstående besvär med betydande funktionspåverkan, till exempel skolfrånvaro, trots upprepad basbehandling där båda vårdnadshavare har varit delaktiga, kan mer riktade behandlingsinsatser bli aktuella. Tillgången till utvidgad behandling varierar lokalt. Nedan följer en sammanfattning av de åtgärder som i nuläget rekommenderas.

### *Samverkan med barnets/ungdomens skola*

Skolfrånvaro är vanligt förekommande vid DGBI. Med samtycke från barnet eller ungdomen och vårdnadshavare bör därför kontakt tas med skolan. Syftet är att förmedla kunskap om diagnosen och skapa en gemensam förståelse för barnets situation. Målet med samverkan är att uppnå samsyn kring problematiken och att möjliggöra anpassningar av skolmiljön som främjar närvaro och delaktighet.

Ett informationsbrev till elevhälsan, med beskrivning av diagnosen och dess konsekvenser, kan användas som underlag för dialogen (se bilaga).

### *Stödjande samtal*

Det är vanligt att föräldrar känner osäkerhet kring hur de ska hantera situationen. Många har frågor som kan vara lättare att ta upp utan barnets eller den unges närvaro. Föräldrarnas bemötande och inställning till både barnet och symtomen har stor betydelse. Det påverkar hur begränsad barnet blir i vardagen och hur besvärliga symtomen upplevs. Samtal med familjen kan därför vara värdefulla. Det gäller både patienten och närstående som påverkas av situationen. Samtalen kan skapa utrymme för gemensam reflektion kring hur familjen förhåller sig till och påverkas av barnets

svårigheter. Det är viktigt att ta reda på hur varje familjemedlem uppfattar och förstår barnets problem. Skillnader i synsätt eller sätt att hantera situationen kan påverka barnet eller ungdomen negativt eller positivt.

Genom att använda en tydlig förklaringsmodell för symtomen kan man öka tryggheten och förståelsen hos både patienten och de närstående.

### ***Kognitiv beteendeterapi (KBT)***

KBT är en målinriktad terapiform som hjälper patienter att förstå sambandet mellan tankar, känslor och beteenden. Olika typer av KBT har visat god effekt hos både barn och vuxna. För att bedriva KBT-behandling krävs basal psykioterapiutbildning, gärna med inriktning mot mage-tarm. Vissa regioner erbjuder en variant av internetföremad KBT (i-KBT) för barn och unga med DGBI. Man accepterar även remisser från andra regioner men med tillhörande kostnad.

Vid DGBI har symtomen ofta lett till en negativ spiral av oro, undvikande och begränsande beteenden som i sin tur vidmakthåller besvären. **Exponeringsbaserad KBT** fokuserar på att bryta dessa mönster och stärka barnets och familjens livskvalitet. Behandling går ut på att patienten gradvis och kontrollerat möter situationer eller symtom som väcker oro. Behandlingen anpassas individuellt med gemensamt satta mål.

---

*KBT handlar om att minska undvikandebeteende och rädsla för symtom – det är du och inte din mage som ska bestämma över ditt liv.*

---

### ***Magtarmriktad hypnos***

Hypnos är en väletablerad och evidensbaserad behandlingsmetod med god effekt vid IBS och funktionell buksmärta UNS hos både barn och vuxna. Metaanalyser har identifierat hypnos som en av de mest effektiva behandlingsmodellerna vid dessa tillstånd. Studier har även visat lovande resultat vid funktionellt illamående, funktionell dyspepsi, andra smärttillstånd samt vid stressrelaterade besvär.

Hypnos kan beskrivas som guidade dagdrömmar där individen förs in i ett avslappnat och fokuserat tillstånd som är mottagligt för terapeutiska suggestioner. Behandlingen syftar till att uppnå sensoriska och emotionella förändringar som kan bidra till symtomlindring.

Klinisk hypnos får endast utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med särskild utbildning inom området. Behandlingen kan ges individuellt, i grupp eller i internetbaserad form med standardiserade övningar och ljudfiler. Metoden har använts med goda resultat hos vuxna med IBS i Sverige. För barn erbjuds hypnos i nuläget endast vid ett fåtal kliniker.

### ***Läkemedelsbehandling i specifika fall – låg evidensgrad***

Det vetenskapliga stödet för läkemedelsbehandling vid DGBI hos barn och ungdomar är begränsat. Antalet randomiserade läkemedelsstudier i pediatrik population är lågt, och även när data finns från vuxenstudier är överförbarheten osäker. En uttalad placeboeffekt har dessutom i många studier gjort det svårt att påvisa en specifik läkemedelseffekt.

Trots detta kan läkemedelsbehandling i selekterade och mer uttalade fall övervägas som symtomlindrande åtgärd, alltid som komplement till icke-farmakologisk behandling. Placeboeffekten

kan då användas konstruktivt genom att ge en tydlig, trygg och förväntningsskapande behandlingsrekommendation, med realistiska mål och tidsbegränsad uppföljning.

### Probiotika

Förändringar i tarmens mikrobiom, till exempel efter antibiotikabehandling, kan bidra till debut av IBS. Probiotika och synbiotika har studerats i flera placebokontrollerade studier, men den samlade effekten är liten och resultaten svårtolkade. Det beror främst på skillnader i bakteriestammar, doser och behandlingstid.

Den mest gynnsamma effekten har visats för *Lactobacillus rhamnosus* GG, men endast hos patienter med IBS. Evidensen är alltså begränsad. Probiotika bedöms som säkert, många preparat är relativt billiga och en viss placeboeffekt kan förväntas.

I studier pågår behandling vanligen i 4–8 veckor.

### Pepparmyntsolja

Pepparmyntsolja har flera biologiska effekter, bland annat antimikrobiella, antiinflammatoriska och spasmolytiska. Det är oklart vilka mekanismer som ligger bakom en eventuell klinisk effekt vid DGBI.

Studier på barn är få och av låg evidensgrad. Hos vuxna har man visat en måttlig symtomlindrande effekt, vilket sannolikt kan generaliseras till äldre barn och ungdomar. Inga biverkningar har rapporterats i studierna.

**Exempel:** Colpermin® (Godkänt från 8 års ålder)

### Loperamid

Loperamid är en opioidreceptoragonist som kan övervägas som kortvarig symtomlindring vid behov hos barn över 12 år med uttalade diarrébesvär som påverkar vardagsfunktionen.

**Exempel:** Imodium®

### Ondansetron

Ondansetron är en 5HT<sub>3</sub>-receptorantagonist som kan användas som kortvarig symtomlindring vid behov hos barn med illamående.

**Exempel:** Zofran®

## Riktad individuell behandling

### *Teambaserad behandling*

För en mindre grupp patienter har basala och utvidgade behandlingsinsatser inte tillräcklig effekt. Om fortsatt behandling behövs är det då avgörande att insatserna sker inom den specialiserade vården och i nära samverkan i ett tvärprofessionellt team.

Alla i teamet behöver ha god kunskap om DGBI och arbeta utifrån ett gemensamt synsätt. En enhetlig förklaringsmodell i mötet med barnet och familjen är central för att behandlingen ska bli sammanhållen och effektiv. I teamet ingår vanligtvis läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog, dietist och fysioterapeut. När flera aktörer är involverade bör en samordnad individuell plan (SIP) upprättas i samråd med skola och socialtjänst, för att säkerställa ett samlat och långsiktigt stöd.

Var dessa insatser ges kan variera lokalt, till exempel inom barnklinik, kontaktcentrum, smärtteam eller BUP. Även mindre team kan göra stor nytta, förutsatt att det finns ett gemensamt förhållningssätt och fungerande samverkan.

En samlad behandlingsinsats är särskilt viktig när DGBI har lett till undvikandebeteenden som kraftigt begränsar vardagen, samt vid psykiatrisk samsjuklighet – oavsett om den är en bidragande orsak till, eller en följd av, DGBI.

### *Läkemedelsbehandling i specifika fall – låg evidensgrad hos barn*

Vid uttalade och funktionsnedsättande besvär, där basalt omhändertagande och tvärprofessionella insatser enligt ovan inte ger tillräcklig lindring, kan neuromodulerande läkemedel i vissa fall övervägas. Läkemedelsbehandling ska alltid ses som ett komplement till övriga insatser.

Behandlingen bör följas upp strukturerat med avseende på symtomlindring, funktionsnivå och eventuella biverkningar. Om effekt uteblir ska behandlingen avslutas.

#### Tricykliska antidepressiva

Amitriptylin påverkar smärtrelaterade känslomässiga och kognitiva hjärnkretsar och kan även modulera smärtsignaler i ryggmärgen.

Evidensen hos barn och ungdomar är begränsad. Det finns endast tre randomiserade kontrollerade studier i åldersspannet 6–18 år. Däremot har flera högkvalitativa studier på vuxna visat god effekt vid IBS. Dessa resultat kan i viss mån generaliseras till äldre barn och ungdomar.

Psykofarmakologisk behandling ska användas med försiktighet under barndomen och bör endast förskrivas av vårdgivare med erfarenhet inom området.

EKG rekommenderas före behandlingsstart på grund av risk för QTc-förlängning.

**Exempel:** Saroten®, Amitriptylin

#### Mirtazapin

Mirtazapin har i studier på vuxna samt i en retrospektiv studie hos barn och ungdomar visats positiv effekt hos patienter med funktionellt illamående och de med postprandiellt smärtsyndrom (funktionell dyspepsi).

Läkemedlet kan vara särskilt lämpligt för barn med samtidig ångest, sömnsvårigheter eller viktnedgång. Ökad aptit är en vanlig biverkning.

#### Linaklotid

Linaklotid är en guanylatcyklas-C-agonist som verkar som perifer nervmodulerare. Studier på vuxna med IBS-C har visat god effekt mot buksmärta, uppblåsthet och förstoppning.

I en randomiserad studie har både effekt och säkerhet även visats hos barn i åldern 7–17 år. Läkemedlet är godkänt av FDA för behandling av förstoppning i denna åldersgrupp.

I Sverige är användning hos barn fortfarande off-label. Behandlingen bör därför begränsas till utvalda fall och ske i samråd med barn gastroenterolog.

**Exempel:** Constella®

### Behandlingsalternativ som inte kan rekommenderas mot DGBI hos barn

Det finns i dag otillräcklig vetenskaplig evidens för, eller emot, att rekommendera flera behandlingsmetoder vid DGBI hos barn och ungdomar.

Till skillnad från vuxenvården saknas generella behandlingsrekommendationer för barn. Inom vuxenvården rekommenderas vissa läkemedel utifrån etablerad evidens, men motsvarande kunskapsunderlag finns inte för barn och ungdomar. Detta beror främst på brist på studier, eller på att befintliga studier är för få eller metodologiskt otillräckliga för att ge säkra behandlingsråd för denna åldersgrupp.

I enskilda fall kan behandlingar som ingår i vuxenriktlinjer ändå övervägas. Detta gäller särskilt äldre tonåringar som fysiologiskt i hög grad kan liknas vid vuxna.

### Sammanfattande tabell över rekommenderade och ej rekommenderade behandlingar

Behandling	Evidens för användning hos barn	Evidens mot användning hos barn	Otillräcklig evidens hos barn	Kan användas hos vuxna**	Referens (för rek hos barn)
Kognitiv beteendeterapi	X			X	1, 2
Hypnos	X			X	1,3
Fibertillskott-preparat	X			X	1
Probiotika	X			X	1
Pepparmyntsolja	X			X	1,4
Amitriptylin	X			X	1,5
Mirtazapin	X			X	6
Linaklotid	X			X	7
Loperamid *Best-practice statement	(X)		X	X	1,8
Kolestyramin *Best practice statement			X	X	1,8
Ondansetron *Best practice statement	(X)		X	X	9
Akupunktur			X		1
Osteopati			X		1
Yogaterapi			X		1
Buspiron			X		1
SNRI: duloxetin, venlafaxin			X	X	-
Gluten- och fruktanbegränsad diet			X	X	1
Prukaloamid			X	X	10
SSRI: Fluoxetin, citalopram, Escitalopram			X	X	1
SSRI används hos barn i behandlingen av samsjuklighet (depression och ångest) men evidensläget för att dessa läkemedel har direkt effekt på magtarmsymtomen vid DGBI hos barn är låg.					
Protonpumphämmare se kapitel "diagnostik"		X		X	11
Strikt low FODMAP diet		X		X	1,12
Antibiotika		X			1,13

Rekommendationerna baseras huvudsakligen på en metaanalys av de studier som sammanfattas i ESPGHAN/NASPGHAN-riktlinjerna från 2025 (1), vilka omfattar diagnoserna IBS och FAP-NOS.

\*Enligt *best practice statement* är evidensen otillräcklig för användning hos barn med DGBI. De internationella riktlinjerna anger dock att preparaten kan användas hos barn baserat på klinisk erfarenhet.

\*\*För vuxna baseras rekommendationerna på Svensk Gastroenterologisk Förenings nationella riktlinjer för funktionell magtarmsjukdom och funktionell dyspepsi.

## Referenser

1. Groen J, Gordon M, Chogle A, Benninga M, Borlack R, Borrelli O, Darbari A, Dolinsek J, Khlevner J, Di Lorenzo C, Person H, Sanghavi R, Snyder J, Thapar N, Vlieger A, Sinopoulou V, Tabbers M, Saps M. **ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4-18 years.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025 Aug;81(2):442-471. PMID: 40444524.
2. Chen JY, Chen SN, Lee CH, Huang YJ. **A systematic review and meta-analysis of randomized control trials: efficacy of cognitive behavioral therapies for the management of functional and recurrent abdominal pain disorders in children and adolescents.** *Cogn Behav Ther.* 2023 Sep;52(5):438-459. PMID: 37102319.
3. 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 Jan 1;76(1):9-13. PMID: 36103277.
4. Ingrosso MR, Ianiro G, Nee J, Lembo AJ, Moayyedi P, Black CJ, Ford AC. **Systematic review and meta-analysis: efficacy of peppermint oil in irritable bowel syndrome.** *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 Sep;56(6):932-941. PMID: 35942669.
5. Seetharaman J, Poddar U, Yachha SK, Srivastava A, Sen Sarma M. **Efficacy of amitriptyline in pediatric functional abdominal pain disorders: A randomized placebo-controlled trial.** *J Gastroenterol Hepatol.* 2022 Apr;37(4):685-691. PMID: 34935191.
6. Iglesias-Escabi IM, Kleesattel D, McDaniel LS, Reuther E, LeBlanc C, Hyman PE, Santucci NR. **Effect of Mirtazapine on Nausea in Children with Functional Nausea and Functional Dyspepsia Postprandial Distress Syndrome.** *Paediatr Drugs.* 2022 Mar;24(2):155-161. PMID: 35188625.
7. Di Lorenzo C, Khlevner J, Rodriguez-Araujo G, Xie W, Huh SY, Ando M, Hyams JS, Nurko S, Benninga MA, Simon M, Hewson ME, Saps M. **Efficacy and safety of linaclotide in treating functional constipation in paediatric patients: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre, phase 3 trial.** *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2024 Mar;9(3):238-250. PMID: 38211604.
8. Rexwinkel R, Vlieger AM, Saps M, Tabbers MM, Benninga MA. **A therapeutic guide on pediatric irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified.** *Eur J Pediatr.* 2022 Jul;181(7):2603-2617. PMID: 35460383.
9. Russell AC, Stone AL, Walker LS. **Functional Nausea in Children: A Review of the Literature and Need for Diagnostic Criteria.** *Children (Basel).* 2016 Mar 10;3(1):5.
10. Mugie SM, Korczowski B, Bodi P, Green A, Kerstens R, Ausma J, Ruth M, Levine A, Benninga MA. **Prucalopride is no more effective than placebo for children with functional constipation.** *Gastroenterology.* 2014 Dec;147(6):1285-95.e1. PMID: 25239590.
11. Pasman EA, Ong B, Witmer CP, Nylund CM. **Proton Pump Inhibitors in Children: the Good, the Bad, and the Ugly.** *Curr Allergy Asthma Rep.* 2020 Jun 10;20(8):39. PMID: 32524278.
12. Boradyn KM, Przybyłowicz KE, Jarocka-Cyrta E. **Low FODMAP Diet Is Not Effective in Children with Functional Abdominal Pain: A Randomized Controlled Trial.** *Ann Nutr Metab.* 2020;76(5):334-344. PMID: 33075788.
13. Collins BS, Lin HC. **Double-blind, placebo-controlled antibiotic treatment study of small intestinal bacterial overgrowth in children with chronic abdominal pain.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011 Apr;52(4):382-6. PMID: 21240023.