

**BEHANDLING AV FUNKSJONELLE
MAGESMERTER HOS BARN**
*ET KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT VED
PEDIATRISK AVDELING, LILLEHAMMER SYKEHUS*

Merete Krohn Austin

Erlend Fossedal Olsen

Marie Sæthre Grøtting

Vibeke Vargum

Anna Jäderberg

Fredrik B. Brekke



Prosjektoppgave i faget KLoK, våren 2015

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning	4
1.1 Problemstilling	4
1.2 Kroniske magesmerter hos barn	5
1.3 Behandling av funksjonelle magesmerter hos barn	7
2. Kunnskapsgrunnlag	7
2.1 Generell veileder i pediatri	7
2.2 Pyramidesøk i McMaster Plus	8
2.3 Vurdering av kunnskapsgrunnlaget	10
3. Dagens praksis	12
3.1 utfordringer ved dagens praksis	12
3.2 Vurdering av støttesamtale og hypnose som tiltak	14
3.2.1 Støttesamtale som tiltak	15
3.2.2 Hypnoterapi som tiltak	16
3.3 Kvalitetsindikatorer	18
4. Prosess, ledelse og organisering	19
4.1 Ledelse og organisering	19
4.1.1 Planleggingsfasen	20
4.1.2 Utførelsesfasen	21
4.1.3 Kontrollfasen	22
4.1.4 Korrigeringsfasen	22
4.2 Ledelsesmessige utfordringer	22
5. Diskusjon	23
5.1 Konklusjon	25
6. Referanser	26

Sammendrag

Funksjonelle magesmerter er vanlig blant barn og unge. Data viser at rundt 10-15 % av alle barn i skolealder til enhver tid har kroniske funksjonelle magesmerter. Av disse er det bare rundt 10 % som etter endt utredning har fått påvist en organisk årsak til sine magesmerter. Problemet er således omfattende. Likevel finnes det ingen standardiserte retningslinjer for hvordan disse pasientene skal utredes og behandles. Denne oppgaven vil derfor foreslå en ny lokal retningslinje for behandling av barn med funksjonelle magesmerter.

Oppgaven er basert på et litteratursøk i McMaster Plus hvor vi fant en artikkel på UpToDate, samt en rekke enkeltstudier. Evidensgrunnlaget er tynt, men forslår to tiltak for barn med kroniske funksjonelle magesmerter med funksjonsfall: En god samtale med en kliniker med informasjon om tilstanden, samt hypnose/selvhypnose.

Med bakgrunn i evidensgrunnlaget som finnes, foreslår vi at alle barn som henvises til en barnepoliklinikk med problemstillingen kroniske funksjonelle magesmerter tilbys en grundig og god samtale med en kliniker i første omgang. For barn som ikke har effekt av dette foreslår vi at de kan henvises tilbake til poliklinikken av sin fastlege for å få opplæring i selvhypnose.

For å måle effekten av tiltaket foreslår vi bruk av en prosessindikator og en resultatindikator. Disse skal følges med tidsserier. Vi har som mål at alle som henvises i første omgang skal få en grundig og god samtale med en kliniker og alle som henvises tilbake med intraktable magesmerter skal få tilbud om opplæring i selvhypnose. Målet med tiltaket er at skolefraværet og andelen avlyste fritidsaktiviteter skal gå ned, ikke nødvendigvis fullstendig smertefrihet.

Prosjektet skal ledes av én lege ved barnepoliklinikken. Videre skal prosjektgruppen ha med to prosjektsykepleiere som har ansvar for registrering av prosess- og resultatindikator. Det organiseres etter prinsippene om PUKK-sirkelen og det tas som et minimum sikte på å gjennomføre PUKK-sirkelen 2-3 ganger. Seksjonsoverlegen ved barnepoliklinikken på Lillehammer sykehus er kontaktet og er positiv til tiltaket.

1. Innledning

Kronisk residiverende magesmerter, på engelsk "recurrent abdominal pain" (RAP), er en vanlig smertetilstand hos barn og unge. Den ble først definert av Apley og Naish i 1957 som minst tre episoder av magesmerter i løpet av tre måneder med pågående episoder det siste året. Episodene må være så alvorlige at de hindrer vanlig aktivitet (1-4). Studier fra 1970-tallet og utover har i hovedsak basert seg på definisjonen til Apley og Naish (3). Noen forfattere utelukker likevel ikke organisk årsak i definisjonen mens andre bruker RAP uavhengig av etiologi (4). Utredning av barn med RAP konkluderer uansett i de fleste tilfeller med funksjonelle/ikke-organiske magesmerter. Disse barna tilbys ofte ikke videre oppfølging og behandling, selv om barna, ut fra definisjonen til Apley og Naish, har magesmerter som hindrer dem vanlig aktivitet, hvilket kan føre til at de faller fra i skole og fritidsaktiviteter. Målet med denne oppgaven er således å identifisere behandlingsmuligheter for barn med RAP.

1.1 Problemstilling

I samtale med barnepsykiater Helene Helgeland fortalte hun at barn med RAP som regel ikke tilbys tilstrekkelig behandling dersom utredningen konkluderer med at magesmertene er funksjonelle/ikke skyldes påvisbar organpatologi. Avdelingsoverlege ved barneavdelingen på Lillehammer sykehus, Gro Flagstad kunne fortelle at de får henvist mange barn med magesmerter og at de fleste av dem har ikke-organiske magesmerter. Videre kunne hun fortelle at barna som diagnostiseres med ikke-organiske magesmerter ikke følges spesielt opp fra verken barneavdelingens eller barne- og ungdomspsykiatrisk avdelings (BUP) side. Disse barna faller således mellom to stoler idet barneavdelingen og fastlegen ikke har noe behandlingstilbud og tilstanden ikke anses alvorlig nok til at de henvises BUP. Dette fører ofte til økt skolefravær på generell basis i pasientpopulasjonen, og kan medføre frafall fra skole og fritidsaktiviteter hos enkelte pasienter. Prosedyren ved Lillehammer sykehus er ifølge Gro Flagstad at de som har et stort skolefravær henvises BUP, men at de øvrige pasientene ikke får et tilbud. Fraværet av en internasjonal eller nasjonal faglig retningslinje danner således grunnlaget for dette kvalitetsforbedringsprosjektet der fokus blir å utforme en lokal retningslinje basert på kvalitetsvurdert forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise og verdier i tråd med standarder for kunnskapsbaserte retningslinjer for pasienter med kroniske ikke-organiske magesmerter, samt implementere denne ved barneavdelingen på Lillehammer sykehus.

1.2 Kroniske magesmerter hos barn

Kroniske magesmerter (RAP) er en symptomdiagnose og har fått kritikk for å være for bred og generell. På basis av klinikk og laboratorieundersøkelser vil det bak symptomkomplekset skjule seg ulike diagnoser av både organisk og funksjonell karakter. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å bruke RAP som en beskrivelse enn som en diagnose (5). Blant skolebarn er det 10-15 % som til enhver tid har RAP (2). Tilstanden er mer vanlig hos jenter og har høyest prevalens blant barn i alderen 4-6 år og tidlig i tenårene for deretter å avta i forekomst (1, 3, 4). Mange oppsøker aldri lege for plagene og kun et fåtall av disse blir henvist spesialist (4). Av barn med RAP vil ca. 10 % ha en organisk årsak for sine magesmerter, men datagrunnlaget er basert på tverrsnittstudier av skolebarn og således usikkert. På en pediatrik poliklinikk kan opptil 25-50 % av pasientene som er henvist for RAP ha en organisk årsak til plagene (4).

Diagnosen funksjonelle magesmerter (FAP) settes på pasienter med positive symptomer på RAP, men med fravær av alarmsymptomer på organisk sykdom. Med alarmsymptomer menes; uforklart vekttap, dysfagi, gjentakende oppkast, kronisk alvorlig diare, blodig avføring, melena, uforklart feber, vedvarende smerter i øvre eller nedre høyre kvadrant, cøliaki og/eller inflammatorisk tarmsykdom i familien, symptomer fra urinveier og/eller underliv, ryggsmerte, og utslett eller andre hudforandringer (6-8). En systematisk oversikt fra 2008 over 18 prospektive kohort studier viste at ved fravær av alarmsymptomer hadde ikke videre diagnostikk effekt på prognosen av FAP (9). Diagnosen FAP kan således ifølge retningslinjer publisert på UpToDate (5) settes uten videre utredning på barn og unge med RAP som oppfyller følgende kriterier:

- Ingen alarmsymptomer
- Normal klinisk undersøkelse
- Avføringsprøve negativ for okkult blod

Funksjonelle magesmerter (FAP) kan ifølge ROMA III kriteriene klassifiseres i underkategorier (4). ROMA III kriteriene utkom i 2006 og er utarbeidet av Rome Committee gjennom en konsensusprosess basert på Delphimetoden. Det er utarbeidet spørreskjemaer som skal hjelpe klinikere i diagnostisering av de ulike lidelsene foreslått i klassifikasjonssystemet. På basis av svar fra pasienter og scoringsskjemaer utarbeides diagnosen. North American Society For Pediatric Gastroenterology, Hepatology And

Nutrition” anbefaler å bruke betegnelsen FAP for beskrivelse av kroniske magesmerter uten påviselig organisk årsak hos barn (7). Rome Committee bruker terminologien "functional gastrointestinal disorders (FGID)" og beskriver FAP som en underkategori av FGID. FAP er her en smertediagnose og en eksklusjonsdiagnose. FAPS ”functional abdominal pain syndrome” er i ifølge ROME kriteriene en underkategori av FAP. Begge diagnosene er spesifikke for barn og unge. ROME III kriteriene krever at plagene må ha vært i tilstede i minst 2 måneder (10). I studier er bruken av underkategorier av funksjonelle magesmerter inkonsistent og det skiller i liten grad mellom typen ikke-organiske magesmerter i en klinisk setting ifølge avdelingsoverlege Gro Flagstad. For dette kvalitetsforbedringsprosjektet har vi derfor valgt å ikke skille mellom de ulike typene av ikke-organiske magesmerter.

Patofysiologisk er det foreslått en hypotese om at FAP skyldes abnormaliteter i det enteriske nervesystemet (ENS), ”the gut brain.” ENS kommuniserer med sentralnervesystemet (CNS), og informasjon kan gå begge veier. En dysregulering i "hjerne-mage-kommunikasjonen" er postulert som en viktig faktor i patogenesen ved FAP (7). Det er noe evidens for at FAP kan være assosiert med visceral hyperalgesi, dvs. at pasientene har en redusert smerteterskel for endringer i intraluminalt trykk (11). Inflammasjonsprosesser i tarmslimhinner på grunn av infeksjoner, allergier, eller primære inflammatoriske prosesser har vært assosiert med utvikling av visceral hyperalgesi (7).

Etter at det humane genomet ble sekvensiert har flere studier forsøkt på finne en genetisk basis for irritabel tarmsyndrom (IBS), men foreløpig har man ikke klart å finne tydelige holdepunkter for dette. Det er vist en viss opphopning av irritabelt tarm syndrom i familier, men det er ikke klart om dette skyldes genetiske eller miljømessige faktorer i familien (12).

Levy og medarbeidere har vist at sosial læring i tidlig barndom kan bidra til økt legesøkning for FAP. Studien viste at barn av foreldre med lidelsen oppsøkte lege for gastrointestinale symptomer og generelle helseplager oftere enn kontrollgruppen (13). En RCT med 114 barn viste at barn med FAP var noe mindre bevisst sine egne følelser og hadde en tendens til å velge unngåelsesstrategier. Forskjellen mellom gruppene var imidlertid liten (14). Det har vært foreslått at sosial læring hos barn bidrar til utvikling av irritabel tarmsykdom ved at når foreldre gir leker eller spesielle privilegier til barn som klager på gastrointestinale smerter, så forsterkes klagene. Når foreldre utviser sykdomsatferd ved å unngå utrivelige oppgaver når de er syke, og ved å forvente ekstra oppmerksomhet, da modellerer de sykdomsatferd som barna

senere kopierer. Kasus-kontroll-studien fra Levy og medarbeidere viste at pasienter med inflammatorisk tarmsykdom er potensielt sterkere modeller for gastrointestinal sykdomsutfordring. Barn av foreldre med inflammatorisk tarmsykdom oppsøker legevakt 30 % mer enn friske kontroller (13).

1.3 Behandling av funksjonelle magesmerter hos barn

Litteraturen angir at målet med behandlingen bør være å fungere normalt i hverdagen, og ikke nødvendigvis fullstendig eliminering av smertene. Behandlingen er ofte utfordrende og kompleks på grunn av ufullstendig forståelse av patofysiologien, men bør individualiseres ut i fra barnets og foreldrenes ønsker, og barnets symptomer og eventuelle triggere. De aller fleste barna kan behandles i primærhelsetjenesten. Å skape en god terapeutisk allianse og gi en god konsultasjon er en viktig del av behandlingen. Denne gode konsultasjonen burde ta utgangspunkt i den biopsykososiale modellen og forklare denne til familien. Konsultasjonen må også inneholde en forventningsavklaring til behandlingen. Annen behandling som har dokumentert effekt er hypnose under veiledning av terapeut (lege eller psykolog) og selvhypnose. Begge deler er distraksjonsteknikker der barnet lærer seg å lede oppmerksomheten bort fra smertene.

2. Kunnskapsgrunnlag

I det følgende gis en oversikt over hva kunnskapsgrunnlaget for behandling av funksjonelle magesmerter er og hvilke strategier som har blitt brukt for å finne det.

2.1 Generell veileder i pediatri

Kvalitetsutvalget i Norsk barnelegeforening, en underforening av Den Norske Legeforening, har gitt ut en generell veileder i pediatri. Den er oppdatert fra 1.7.2011 og omtaler kun funksjonelle magesmerter kort:

Hos et flertall av pasientene finner en ikke organisk årsak til plagene. Ved funksjonelle magesmerter bør fokus rettes mot normalisering av hverdagsfunksjonene som oppmøte på skolen og gjenopptakelse av aktiviteter i hverdagen. Hovedmålet bør være normalisering av hverdagen fremfor fullstendig eliminering av magesmertene. I noen tilfeller vil det også være behov for henvisning til BUP.

Veilederen omtaler dog ikke behandling av FAP hos barn, og fungerer således som et begrenset verktøy overfor både klinikere og i et kvalitetsforbedringsprosjekt. Den er heller ikke oppdatert siden juli 2011 og kan derfor ikke forventes å gi et fullstendig bilde av kunnskapsgrunnlaget for behandling av disse pasientene.

2.2 Pyramidesøk i McMaster Plus

Som grunnlag for et pyramidesøk, satte vi opp et PICO-spørsmål:

Populasjon: Barn (dvs. < 18 år) med funksjonelle magesmerter

Intervensjon: Behandling

Kontroll: Ingen behandling

Utkomme: Mindre magesmerter, mindre skolefravær

Vi ønsket å finne studier om behandling av funksjonelle magesmerter hos barn og brukte derfor søkeordene "functional abdominal pain" og "children". På toppen av kunnskapspyramiden var det to retningslinjer fra hhv. BMJ Best Practice (Assessment of abdominal pain in children (15)) og UpToDate (Functional abdominal pain in children and adolescents: Management, (8)). Retningslinjene fra BMJ Best Practice omhandlet vurderingen av barn med magesmerter, med vekt på akutte magesmerter og ble derfor ikke lagt til grunn for kunnskapsgrunnlaget i dette kvalitetsforbedringsprosjektet. Søket identifiserte også følgende systematiske oversikter:

- Korterink m.fl. Pharmacologic treatment in pediatric functional abdominal pain disorders: a systematic review (16).
- Rutten m.fl. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review (17).
- Kaminski m.fl. Antidepressants for the treatment of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children and adolescents (18).
- Huertas-Ceballos m.fl. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood (19).
- Huertas-Ceballos m.fl. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood (20).
- Chitkara m.fl. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review (3).

- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronical Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children (7).
- Weydert m.fl. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain (21).

UpToDate har gjort en systematisk litteraturgjennomgang av behandlingen av kroniske funksjonelle magesmerter som er oppdatert fra februar 2015. De anbefaler at målet med behandling er at barnet skal returnere til normal funksjon, fremfor å oppnå eliminasjon av smertene. Med tanke på behandling gjøres dette best innenfor rammene av den biopsykososiale modellen med en god relasjon mellom pasient og behandler. Oppfølgingen burde ta sikte på å:

- vedlikeholde den terapeutiske alliansen med behandler
- gi bekreftelse og forklaring på symptomer
- overvåke respons på behandling
- overvåke evt. utbrudd av alarmsymptomer

UpToDate foreslår psykososiale intervensjoner som avslapning, distraksjon, hypnose og kognitive atferdsterapi som behandling, men evidensgrunnlaget er svakt (Grade 2B). Det anbefales ikke diettrestriksjon generelt, men i enkelttilfeller kan forsøk med seponering av bestemte matvarer som laktose og sorbitol være indisert (Grade 2C). Hyppige måltider og unngåelse av mat- og drikkevarer som forverrer symptomene anbefales fremfor farmakologisk behandling (Grade 2C). Antimotilitetsmedisiner anbefales ikke rutinemessig brukt (Grade 2C).

Pga. det svake evidensgrunnlaget som ligger bak anbefalingene fra UpToDate, har vi gått igjennom de systematiske oversiktene som ligger til grunn for kunnskapsoppsummeringen i Up-to-date. Den systematiske oversiktsartikkelen av Korterink m.fl. (16) identifiserte seks enkeltstudier med totalt 275 inkluderte barn som vurderte antispasme medikasjon, antidepressiva, antirefluks, antihistaminer og laksativer. Kvaliteten på enkeltstudiene ble vurdert som meget lav med manglende blinding i fire av studiene og vurdering av potensielle feilkilder var mangelfulle i fem av studiene. Korterink m.fl. avsto også fra å gjøre en metaanalyse pga. heterogenisiteten i populasjon, design og utkommevariabler i de seks studiene. Selve oversiktsartikkelen har nøye beskrevet søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier og inklusjonsprosessen i et flytdiagram. Studien har også vurdert kvaliteten på de inkluderte studiene og risikoen for feilkilder.

Rutten m.fl. (17) identifiserte i sin systematiske oversiktsartikkel tre randomiserte kontrollerte studier som vurderte hypnoterapi/hypnose mot ingen terapi. Pasientene var således ikke blindet som er vurdert som en betydelig feilkilde. Andre feilkilder var tilstrekkelig vurdert i enkeltstudiene og frafallet fra studiene var lavt. Pga. noe ulikt design og ulike utkommevariabler i de tre studiene ble dataene ikke lagt sammen. Oversiktsartikkelen har beskrevet søkestrategi og inklusjonsprosess på en adekvat måte. Den har videre kritisk vurdert risikoen for feilkilder i de ulike studiene.

Av de øvrige systematiske oversiktsartiklene fant Kaminski m.fl. (18) kun to studier som vurderte antidepressiva. Begge var randomiserte kontrollerte studier med lav risiko for feilkilder, men med meget få pasienter (90 inkluderte i den største). Oversiktsartikkelen har beskrevet søkestrategi og inklusjonsprosess, men er fra 2011 og de to inkluderte studiene er også vurdert i oversiktsartikkelen av Korterink m.fl. (16). De to oversiktsartiklene av Huertas-Ceballos m.fl. (19, 20) er trukket tilbake pga. at protokoller for nye systematiske oversikter er registrert i Cochrane Library. Resultater fra disse er dog ikke publisert ennå. Den systematiske oversikten av Weydert m.fl. (21) fant ti enkeltstudier på behandling av funksjonelle magesmerter hos barn, men oversiktsartikkelen ble publisert i 2003 og nyere studier er således ikke inkludert. Det begrenser således klart anvendbarheten til oversiktsartikkelen og den har ikke blitt tatt med videre da nyere systematiske oversikter foreligger.

2.3 Vurdering av kunnskapsgrunlaget

Generelt sett er kunnskapsgrunlaget svakt for behandling av funksjonelle magesmerter hos barn. Det er gjort en del enkeltstudier, men antallet inkluderte pasienter har vært lavt. Studiene som har gått på medikamentell behandling (16, 18, 21) betydelige feilkilder og er for små til at medikamenter kan anbefales. Potensielle bivirkninger av medikamenter er ikke gjort tilstrekkelig rede for i enkeltstudiene og det mangler vurderinger av forventet nytte balansert i forhold til bivirkninger.

Dokumentasjon for hypnose/hypnoterapi er av middels kvalitet, men viser at hypnose kan ha effekt. Den systematiske oversiktsartikkelen fra Rutten m.fl. (17) som tar for seg 3 randomiserte kontrollerte studier (22-24), har vist effekt av hypnoterapi. I to av studiene fikk barna hypnoterapi med terapeut (22, 24). Det var en signifikant reduksjon av intensiteten og frekvensen av magesmertene, samt økt livskvalitet, hos disse barna sammenliknet med

kontrollgruppene. Studien av Vlieger m.fl. (24) inkluderte 53 barn og tok også for seg langtidseffekten etter 1 år. De fant at det var effekt av behandling (reduksjon av smerte) hos 85 % i gruppen som fikk hypnoterapi med terapeut, og hos 25 % i kontrollgruppen (24). Kontrollgruppen fikk standard medisinsk behandling og støtteterapi. I studien av van Tilburg m.fl. (23) ble 34 barn fra 6 til 15 år randomisert til enten standard medisinsk behandling eller til selvhypnose (guided imagery). Selvhypnose-gruppen hørte på en CD hjemme minst fem ganger i uka i åtte uker. Av barna som fikk behandling med selvhypnose responderte 63 % på behandlingen, mot 27 % i gruppen som fikk standard medisinsk behandling. Da barna i sistnevnte gruppe også fikk behandling med selvhypnose, responderte 62 % av disse også på behandlingen. Effekten ved kontroll seks måneder senere var tilsvarende, noe som viser at effekten av behandlingen er langvarig. Det var ikke signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt egen opplevelse av magesmertene, bruk av medisiner, eller når det gjaldt skolefravær. Derimot var det signifikant bedre livskvalitet, reduksjon i antall legebesøk, og reduksjon i magesmerter rapportert fra barnas foreldre, i gruppen som ble behandlet med selvhypnose. Mange av foreldrene var skeptiske til selvhypnose i begynnelsen, men barna likte behandlingen svært godt, og mange av barna hadde hørt på CD'en mer enn én gang pr dag.

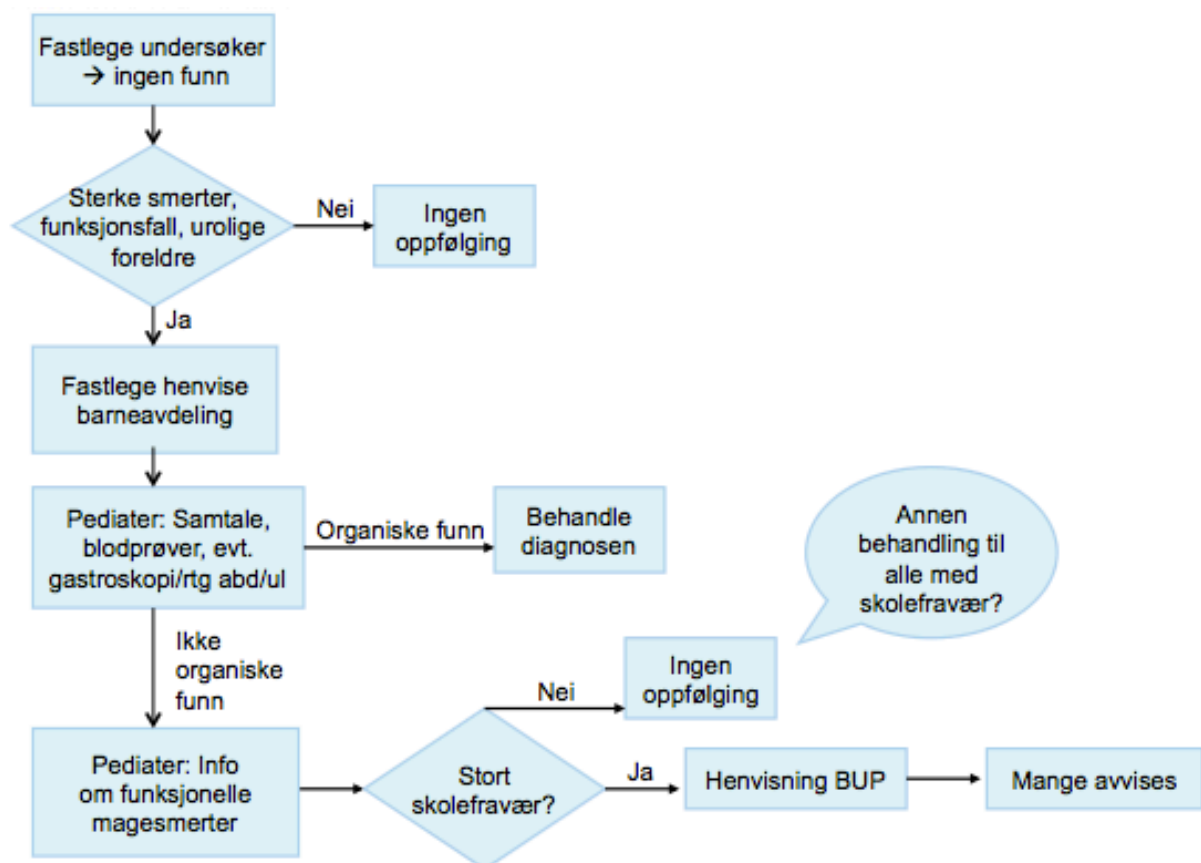
En liten pilotstudie der barn med magesmerter ble behandlet med hypnoterapi med terapeut, fant signifikant reduksjon i antall dager med magesmerter, men ingen reduksjon i smerteintensitet (25). Det samme viste en nylig publisert studie med 38 inkluderte barn (26). Barna ble randomisert til enten venteliste (ingen behandling) eller hypnoterapi. Hypnoterapien bestod av 4 gruppetimer med terapeut, og deretter behandling med selvhypnose ved hjelp av en CD de fikk med seg hjem. Barna i behandlingsgruppen viste en signifikant bedring i magesmertene og smerterelatert funksjonstap sammenliknet med barna i kontrollgruppen. 55 % av barna i behandlingsgruppen viste klinisk remisjon, mot 5,6 % i kontrollgruppen.

I en pågående studie av Rutten m.fl. (27) har de randomisert 260 barn med FAP eller IBS til enten hypnoterapi med terapeut, eller til hjemmebasert selvhypnose med CD. Studien er pågående for øyeblikket, og resultatene foreligger ikke enda. Denne studien vil kunne gi svar på om selvhypnose er like effektivt som hypnose med terapeut.

3. Dagens praksis

Det foreligger i dag ingen retningslinjer for hvordan funksjonelle magesmerter hos barn skal behandles. Ved pediatrik avdeling på Lillehammer sykehus utredes barna med samtale og klinisk undersøkelse av pediater samt blodprøver. Noen utredes også med røntgen abdomen eller gastroskopi, sjeldnere ultralyd. Etter endt utredning viser det seg at de fleste barna har ikke-organiske smerter. Barna og foreldrene får en samtale med pediater etter avsluttet utredning. Siden det per i dag ikke finnes behandlingsrutiner for funksjonelle magesmerter, tilbys de ingen videre oppfølging ved barneavdelingen. Dersom det foreligger stort skolefravær henvises barnet til BUP, men dette gjelder et fåtall av barna og det er usikkert i hvilken grad pediaterne systematisk klarer å fange opp funksjonsfallet disse barna har.

Figur 1: Flytskjema som visualiserer behandlingsforløpet for pasienter med kroniske magesmerter ved pediatrik avdeling ved Lillehammer sykehus i dag



3.1 Utfordringer ved dagens praksis

Med dagens praksis får ikke barn med funksjonelle magesmerter et godt behandlingstilbud, selv om mange blir bra av seg selv eller etter en god konsultasjon hos fastlegen.

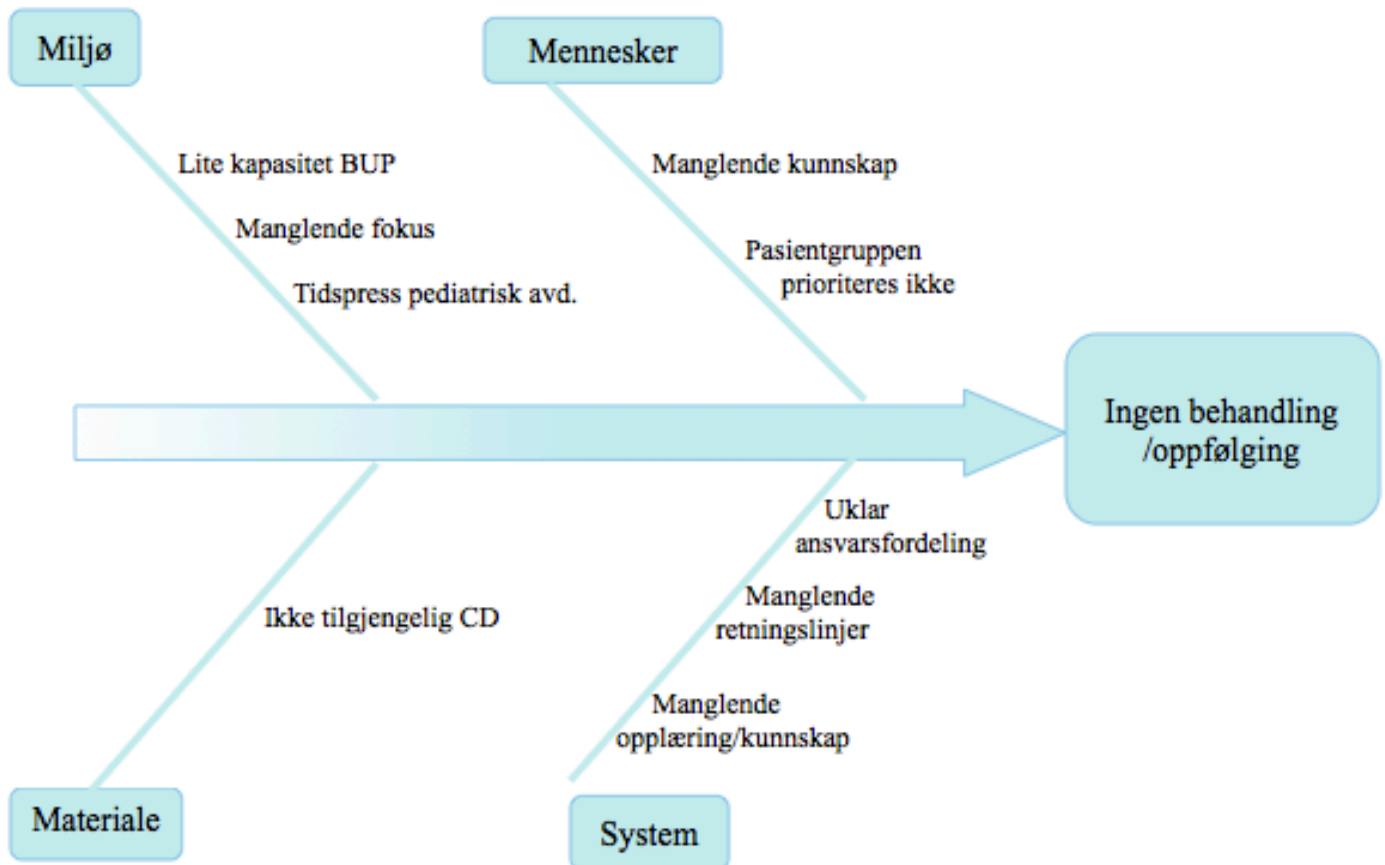
Hovedutfordringen er likevel å fange opp det lille mindretallet som har, eller er i faresonen for å utvikle, kroniske smerter og et funksjonsfall. Lidelsen rammer mange og kan potensielt gi langvarige og alvorlige psykosomatiske plager. Det er derfor viktig å forbedre håndteringen av denne pasientgruppen. Det finnes flere mulige årsaker til at barna ikke får behandling.

- At det ikke er definert hvem som har ansvaret for oppfølgingen er en plausibel grunn. Fastlege, pediatere og psykiatere er alle aktuelle her. Det vil nok være mest hensiktsmessig at barneavdelingen har dette ansvaret, siden det er barnelegene som utreder og setter den endelige diagnosen.
- Det er lite oppmerksomhet rundt diagnosen. Funksjonelle magesmerter er ikke alvorlig i somatisk forstand og dette kan være en av drivkreftene til manglende fokus. Andre faktorer som at lidelsen ligger mellom fagfeltene psykiatri og somatikk samt at mange har mangelfull kunnskap om tilstanden kan også bidra. Manglende kunnskap kan gi usikkerhet og lite interesse for feltet, som igjen kan påvirke konsultasjonen negativt. Lite interesse/oppmerksomhet kan igjen føre til nedprioritering av pasientgruppen og dermed manglende behandling.
- Lite kjennskap til behandlingsalternativer. Det finnes flere dokumenterte behandlingsalternativer for funksjonelle magesmerter, men disse er ofte lite kjent ved pediatrike avdelinger. Noen har dog kjennskap til at hypnoterapi kan være aktuelt, men dette blir lite brukt. Dette kan bl.a. skyldes fordommer både blant leger og pasienter/foreldre. Det er derfor ønskelig å øke kunnskapen om behandling av tilstanden blant leger og sykepleiere ved avdelingene.
- Lite behandlingsskapitet. Et av de aktuelle behandlingsalternativene er hypnoterapi, men det er liten kapasitet og få personer som tilbyr dette. Noe blir utført ved BUP, men her tas det kun inn pasienter med stort funksjonsfall og samsykelige tilstander som angst og depresjon. De fleste av barna får dermed ikke tilbud om behandling her. Liten kapasitet gjør også at legene ved avdelingen sjelden henviser barna til dette. En utfordring er derfor å øke tilgangen på hypnoterapi.
- Opplevelse av stort tidspress i den kliniske hverdagen. Mange leger opplever stort tidspress i arbeidsdagen. Barneavdelingene rundt om i landet har også stor pågang og dermed begrensede ressurser til å håndtere en så stor pasientgruppe. Det kan derfor oppleves uhåndterbart og tiltak må derfor være lite tidskrevende.

Til tross for at barn med funksjonelle magesmerter utgjør en stor gruppe pasienter, finnes det ingen retningslinjer for behandlingen. Det er svært viktig å få dette på plass for å klargjøre

hvem som har ansvaret, påse at gruppen ikke nedprioriteres og øke kunnskapen om hvilke behandlingsmuligheter man har.

Figur 2: Fiskebeinsdiagram som illustrerer utfordringer ved dagens praksis ved håndtering av barn med funksjonelle magesmerter:

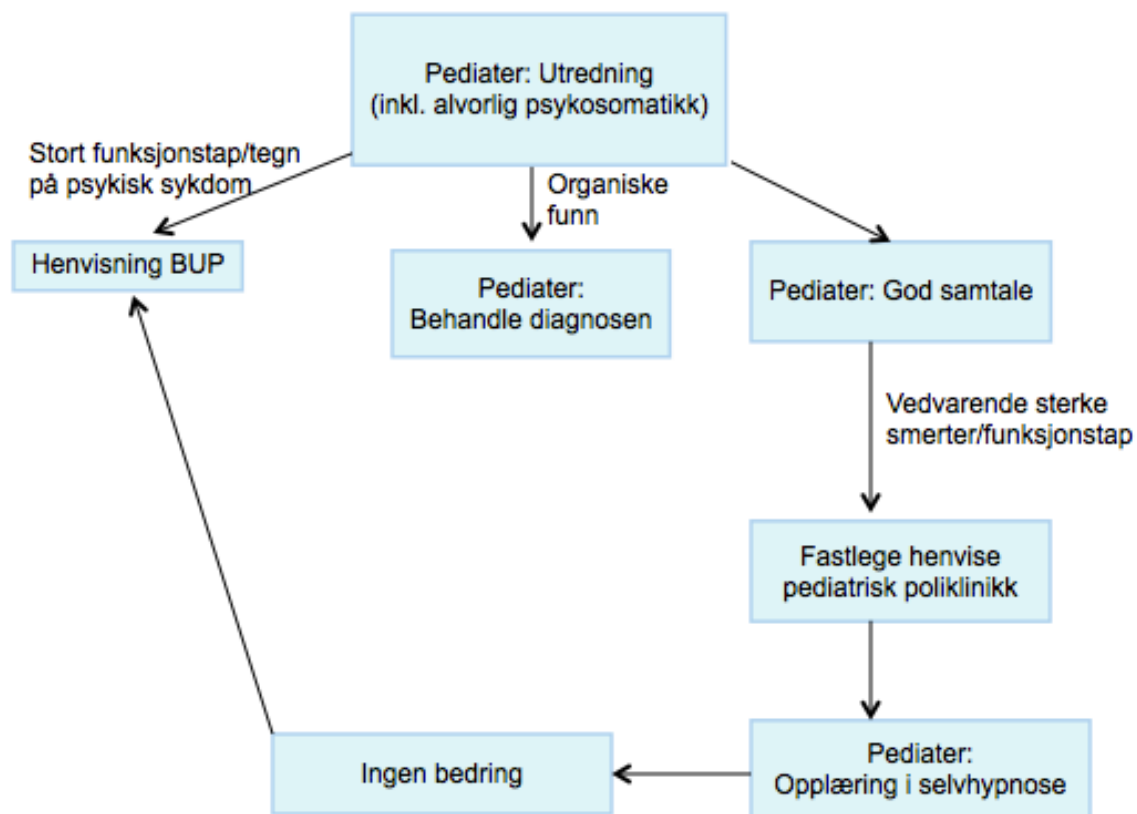


3.2 Retningslinjens innhold

Vårt tiltak består i å innføre en lokal retningslinje ved barneavdelingen på Lillehammer Sykehus. I vår retningslinje vil pasientene utredes som tidligere, men samtalen med pediater etter fullført utredning skal følge en mal for innholdet slik at den oppfyller kriterier for en god terapeutisk samtale. Videre skal pasientene som ikke opplever effekt av dette kunne henvises tilbake til poliklinikken for opplæring i selvhypnose. Tidsintervallet fra samtalen til barnet eventuelt henvises tilbake avhenger av alvorlighetsgrad av smerter og funksjonsfall og bør i alle tilfeller skje innen tre måneder. Pasienten vil da få en konsultasjon for opplæring i selvhypnose av pediater, samt få med seg en CD for å utføre selvhypnose hjemme. Pediatere vil da få hovedansvaret for behandlingen av pasientgruppen, men det er samtidig viktig at fastlegene følger opp og henviser barna tilbake ved behov. Det er også vesentlig med et godt

samarbeid med den lokale BUP-avdelingen, slik at de tar imot pasienter som henvises dit grunnet stort funksjonstap som tidligere. Det er allerede i dag et utstrakt samarbeid med BUP, og det er fornuftig at disse tverrfaglige møtene gir rom for å drøfte tiltak overfor pasienter med funksjonelle magesmerter. Følgende flytskjema visualiserer retningslinjen:

Figur 3. Flytskjema for retningslinjen



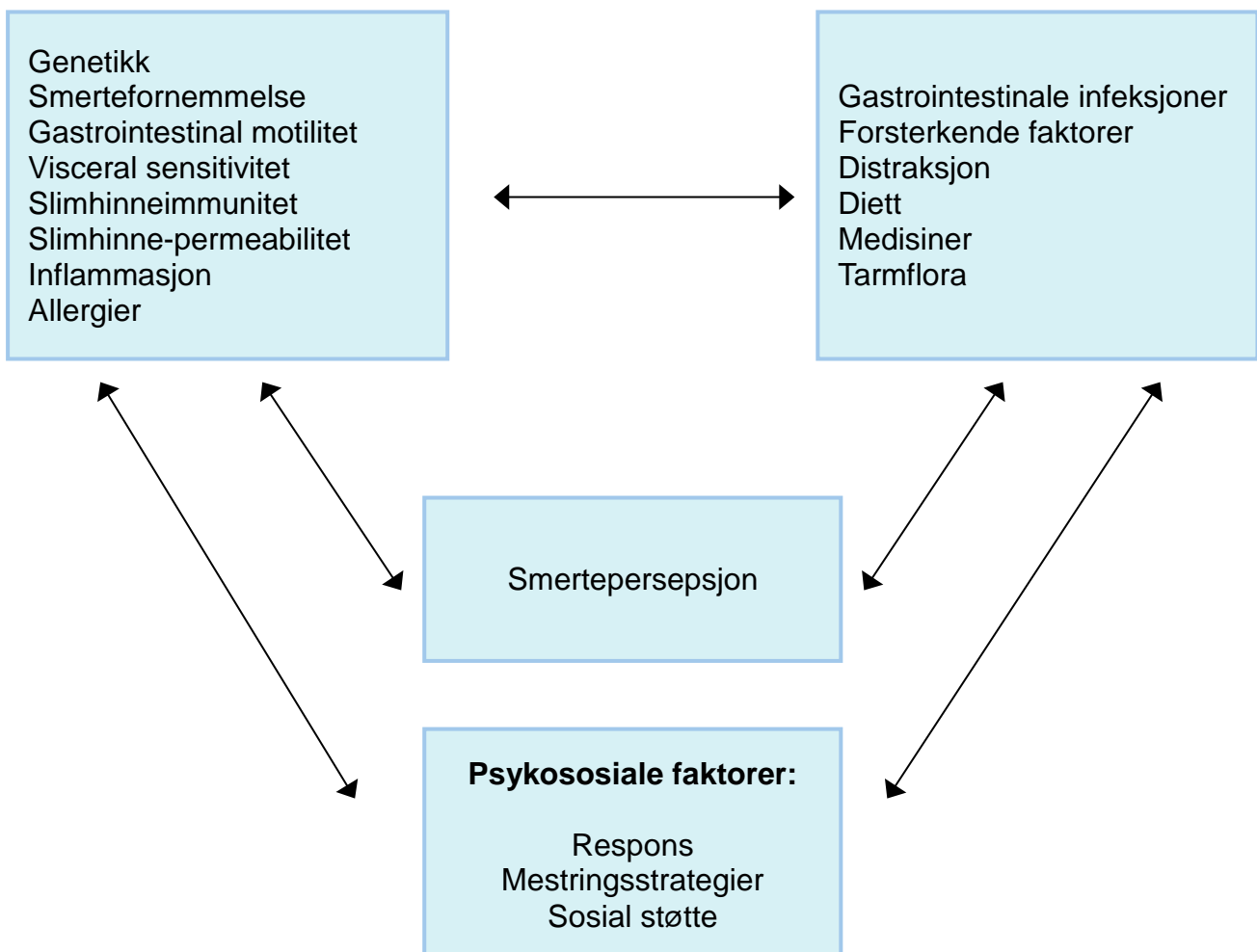
3.2.1 Støttesamtale som tiltak

Et godt terapeutisk forhold mellom legen på den ene siden, og pasienten og familien på den andre siden er en viktig del av behandlingen av funksjonelle magesmerter. Pasienten og familien må få forståelse for at plagene og tilhørende bekymringer blir tatt på alvor. En empatisk innstilling og aktiv lytting hos legen må legge grunnlag for en grundig anamnese. Mange vil være redd for organisk sykdom, det er derfor viktig å understreke at fraværet av alvorlige symptomer taler sterkt mot alvorlig sykdom. En grundig klinisk undersøkelse vil bidra til at pasienten og familien føler seg tatt på alvor. Pasienten og familien vil ofte ha vært plaget i lengre tid, og de kan ha prøvd ulike håndkjøpspreparater som har vist seg virkningsløse. Man bør spørre foreldrene om de har noen tanker om årsaker til lidelsen slik at disse oppfatninger og forventninger kan håndteres.

Det er evidens for at en god terapeutisk samtale reduserer smerter og symptomer hos personer med irritable tarmsykdom (28). En slik strukturert samtale burde ta utgangspunkt i den biopsykososiale modellen og ”den gode samtalen” skal inneholde:

- Annerkjennelse av pasientens plager.
- En forklaring av den biopsykososiale modellen.
- Vise at pasientens plager kan forstås som en del av den biopsykososiale modellen.
- Adressering av pasientens og foreldres bekymringer.

Figur 4. Sammenheng mellom biologiske, psykiske og sosiale faktorer som påvirker funksjonelle magesmerter hos barn (den biopsykososiale modellen)



3.2.2 Hypnoterapi som tiltak

Hypnose (gresk for søvn) defineres oftest som en endret form for bevissthet, med sterk konsentrasjon, fokusert oppmerksomhet og skjerpet hukommelse – dermed økt suggestibilitet

og mottakelighet for den terapeutiske intervensjonen. Pasienten er bevisst både med hensyn til hva som skjer i den konkrete verden rundt seg, og til hva som skjer i selve hypnosesituasjonen. Hypnotiserbarheten er ikke avhengig av kjønn eller intelligens, og har et maksimum i alderen 7 – 14 år, og egner seg derfor svært godt for barn (29). Hypnoterapi for barn og unge ble introdusert i Norge i 1957 av professor og barnelege Karen Olness. Det ble introdusert til bruk blant annet for smertelindring, sprøyteskrekke og enurese. Målet var ikke total smertelindring eller å overvinne sprøyteskrekken, men å gi pasienten en økt opplevelse av kontroll og mestring. En forutsetning for behandlingen er at pasienten er motivert for det (30).

I praksis tenker vi at barnet skal få en samtale med en spesielt opplært lege om hva hypnoterapi er, og hvordan det kan utføres hjemme. Det er viktig å avkrefte myter rundt hypnose både overfor barnet selv og dets foreldre. Barnet får med seg en CD hjem, og blir instruert i å høre på denne så ofte han/hun vil, men minst fem ganger per uke i en åtteukers periode. En klinisk hypnoterapeutisk sesjon vil generelt bestå av seks faser: Introduksjon, induksjon, fordypning, suggesjon (forsøk på å endre smertepersepsjon/det terapeutiske hovedbudskapet), «vekking» og tilbakemelding/debriefing (30). Det må lages en CD på norsk, gjerne to varianter, en for de minste barna og en for de litt større. Dette fordi språk, innhold og tidsbruk må være adekvat i forhold til barnets utviklingsnivå.

Selve innholdet på CD'en planlegges å være som i studien av van Tilburg m.fl. (23). Som relaksasjon skal barnet tenke seg at det svever på en rosa sky. Videre skal barnet se for seg et objekt som smelter inn i hånden som smør og gjør hånden varm og skinnende. Barnet blir instruert i å legge hånden på magen, og tenke seg at lys og varme sprer seg over magen og lager en beskyttende barriere på innsiden slik at ingenting kan irritere magen. I neste sesjon skal barnet tenke seg at det sitter i en gyngende båt og slapper av. Barnet skal tenke seg at det drikker sin favoritt drikk, og at for hver slurk av drikken, skylles ubehaget mer og mer bort. Barnet skal tenke at det føler seg lykkeligere og sunnere for hver eneste slurk av drikken. CD'en kan også inneholde flere tilsvarende øvelser, men dette planlegges ikke i denne omgangen. Etter åtte uker kan barnet fortsette å høre på CD'en hvis ønskelig, men gjerne trappe ned, eller gjøre tankeøvelsene på egen hånd uten å høre på CD'en hvis barnet ønsker det. Barnet kan høre på CD'en mer enn 5 ganger i uka dersom magesmertene er økende. Man bør gjerne gjøre en avtale med skolen om at barnet kan forlate klasserommet ved behov, enten for å gå på toalettet eller for å gjøre selvhypnose-øvelse hos helsesøster (31).

Fordelene ved hypnoterapi er mange. Hypnoterapi krever mindre tid, ressursbruk og har mindre risiko for bivirkninger enn andre intervensjoner. Hypnoterapi har også positive ringvirkninger i form av økt egostyrke, mestring og kontroll, og kan brukes til andre utfordringer i hverdagen (29).

3.3 Kvalitetsindikatorer

For å vurdere om de nye retningslinjene for behandling av barn med funksjonelle magesmerter er tatt i bruk og for å måle effekt for pasientene, har vi valgt å bruke to ulike kvalitetsindikatorer, én prosessindikator og én resultatindikator.

Som en prosessindikator ønsker vi å måle hvor mange barn med diagnosen funksjonelle magesmerter som faktisk får behandlingen som er beskrevet i den nye retningslinjen som vi foreslår. Vi tenker det er hensiktsmessig å registrere antall barn som får diagnosen funksjonelle magesmerter etter den nye retningslinjen er iverksatt, hvor mange som henvises tilbake pga. vedvarende magesmerter og hvor mange av dem igjen som får opplæring i selvhypnose. Dette vil kunne fungere som en indikator på om den nye behandlingsalgoritmen for funksjonelle magesmerter hvor plagene vedvarer utover tre måneder etter at diagnosen er stilt følges. Andelen barn som får tilbud om selvhypnose planlegges fulgt med tidsserier. Prosjektsykepleier vil annenhver uke gå igjennom journalene og registrere det totale antallet barn som er nyregistrert med diagnosen funksjonelle magesmerter, antallet som henvises tilbake i løpet av tre måneder pga. vedvarende magesmerter og/eller funksjonstap og antallet barn som får tilbud om selvhypnose. Siden alle barna som diagnostiseres med funksjonelle magesmerter allerede i dag får en avsluttende samtale med lege i forbindelse med utredning, vil måling av antall barn som får en god avslutningssamtale ikke gi ekstra informasjon mtp. om retningslinjen følges. Vi ønsker dog å måle effekten av den gode samtalen ved å bruke en resultatindikator.

Målet med behandling av funksjonelle magesmerter er å opprettholde eller gjenopprette pasientens daglige funksjonsnivå. Som resultatindikator har vi valgt å registrere funksjonssvikt ved å registrere antall dager barnet er borte fra skolen og antall avlyste planlagte fritidsaktiviteter den siste uken før konsultasjonene på barneavdelingen. Årsaken til fraværet vil ikke bli spesifisert. Dette fordi barn med denne diagnosen ofte har flere plager, som andre kroppslige plager, angst og depresjon. Selvhypnose kan ha effekt også mot slike

tilstander og det kan ofte være vanskelig for foreldre/barnet å begrunne årsaken til skolefraværet/den avlyste fritidsaktiviteten. For det andre er det lite ønskelig å forsterke fokuset på selve magesmertene, noe vi mener kan skje hvis behandler spør inngående om fraværet/avlysningen skyldtes magesmerter, eller spør inngående om antall episoder med magesmerter og/eller smerteintensitet. For det tredje er det en betydelig rekapitulasjonsfeilkilde (recall bias) ettersom barnet ofte ikke vil huske hva som var årsaken til fraværet/avlyst aktivitet. På bakgrunn av dette mener vi derfor fravær/avlysning fra skole/aktivitet, uansett grunn, vil være den mest reliable målemetoden.

Registrering av skolefravær/avlyste fritidsaktiviteter gjøres ved hver enkelt konsultasjon. Ved første konsultasjon hos pediater stilles spørsmålet om mengden skolefravær og antall avlyste aktiviteter siste måned. Dette registreres i journal. Ved siste konsultasjon (etter endt utredning) stilles samme spørsmål og svaret registreres i journal. Prosjektsykepleier vil så ringe hjem til pasienten annenhver uke i totalt tre måneder og registrere mengde skolefravær og antall avlyste fritidsaktiviteter de forutgående ukene, samt innhente opplysninger fra første og andre konsultasjon og føre det inn på eget skjema (vedlegg 1). For pasienter som henvises tilbake for opplæring i selvhypnose vil samme prosedyre følges i tre måneder etter at opplæringen ble gitt. Alle disse skjemaene samles i en perm av sykepleier og det føres statistikk over antall fraværsdager per barn som får en utredning og en god avslutningssamtale, samt for barn som får opplæring i selvhypnose.

4. Prosess, ledelse og organisering

Gjennomføringen av et slikt prosjekt som dette krever en dedikert prosjektledelse som klarer å motivere sine ansatte til å være med på endringen/forbedringen. Videre krever det at prosjektet er godt planlagt og at det er tatt høyde for eventuelle utfordringer som ville kunne oppstå. I det følgende vil vi beskrive hvordan prosjektet planlegges ledet og implementert og utfordringer knyttet til dette.

4.1 Ledelse og organisering

Langley og Nolans modell for kvalitetforbedring består av to deler. I første del skal følgende spørsmål besvares:

- Hva ønsker vi å oppnå?
- Når er en endring en forbedring?

- Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Disse spørsmålene anser vi besvart i tidligere deler av denne oppgaven og vil i det videre ikke bli ytterligere utdypet. Andre del av Langley og Nolans modell for kvalitetsforbedring beskriver en systematisk tilnærming i fire faser, kalt PUKK-sirkelen, som står for planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Dette er en måte å lede et prosjekt på som gir anledning til at det kontinuerlig kan gjøres forbedringer. Det er således naturlig at sirkelen går flere ganger, som et minimum 2-3 ganger for at utfordringer og forbedringer skal kunne utføres på en adekvat måte.

Figur 5. PUKK-sirkelen



4.1.1 Planleggingsfasen

Første del i en kvalitetsforbedringsprosess er å erkjenne behovet for forbedring og undersøke hvordan de faktiske forhold er. Dette har vi gjort i samarbeid med pediatrik avdeling ved Lillehammer sykehus og dette prosjektet har blitt gjort med tanke på implementering på pediatrik avdeling ved Lillehammer sykehus. Neste steg i planleggingsfasen er å klargjøre kunnskapsgrunnlaget for tiltaket man ønsker å innføre. Se kapittel 2 for det aktuelle kunnskapsgrunnlaget.

Forbedringsarbeidet må videre organiseres på en måte som sikrer fremdrift og nødvendig støtte og legitimitet i organisasjonen. Det må således forankres i avdelingsledelsen og det må skapes vilje og tro på endring blant øvrige ansatte. Til dette foreslår vi at en arbeidsgruppe bestående av avdelingsoverlegen eller seksjonsoverlegen ved poliklinikken samt to studiesykepleiere. For avdelingsoverlegen/seksjonsoverlegen må arbeidet organiseres slik at dette kan utføres innenfor rammene av dennes stilling. For sykepleiernes del burde det avsettes tilsammen inntil 10 % arbeidstid som skal gå med til prosjektet i det første året.

Arbeidsgruppen må, foruten om å planlegge prosjektet slik som skissert, gi informasjon til leger og sykepleiere om prosjektet ved avdelingen. For å nå ut til flest mulig burde det gis grundig informasjon til legene ved et morgenmøte. Denne informasjonen burde gjentas på et senere morgenmøte minst én gang. Sykepleierne burde informeres om tiltaket på et lunsjmøte. Også denne informasjonen må gjentas. Informasjon om prosjektet må også gjøres tilgjengelig som informasjonsskriv på avdelingen og det burde sendes ut e-post til alle involverte.

Før prosjektoppstart må det lages en lydfil/CD med instruksjoner til selvhypnose.

Barnepsykiater Helene Helgeland ved seksjon for psykosomatikk og CL barnepsykiatri, barneavdeling for nevrofag, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet kompetanse på dette og har sagt seg villig til å bidra til å lage en slik lydfil/CD. Videre må det gis opplæring til legene ved barneavdelingen som skal instruere barna i selvhypnose. Vi foreslår at to leger læres opp i dette i første omgang.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved Lillehammer sykehus har et nært samarbeid med barneavdelingen. Enhetsleder ved BUPA, Wenche Røkke er positivt innstilt til prosjektet og forteller at de allerede i dag har et nært samarbeid med barneavdelingen med ukentlige tverrfaglige møter der pasienter som krever tverrfaglig kompetanse diskuteres. Videre har BUPA en psykologspesialist som driver med opplæring i selvhypnose ansatt og som vil ha kompetanse til å lære opp to eller flere av pediaterne til å drive med opplæring i selvhypnose.

4.1.2 Utførelsesfasen

I denne fasen setter man tiltakene ut i praksis. For at prosjektet skal kunne planlegges tilstrekkelig og informasjon skal kunne gis i forveien til alle berørte parter foreslås oppstart i

september 2015, etter at alle faste ansatte er tilbake fra ferie. Det vil da også være tid nok til produksjon av CD'er og opplæring av ansatte innen prosjektoppstart.

4.1.3 Kontrollfasen

Det er viktig å kontrollere om retningslinjen blir innført og om retningslinjen gir bedre funksjon hos pasientene. Til dette formålet er tidsserier et godt alternativ. Tidsserier kan brukes på begge indikatorene våre, og gir oss et inntrykk om prosessen vår er stabil og om det skjer en forandring. Prosjektsykepleier vil ha ansvaret for kontinuerlig innsamling av data fra prosjektet og oppdatering av tidsserier annenhver uke (en median forutsetter ti datapunkter) i 6 måneder.

4.1.4 Korrigeringsfasen

Tidsserier gjør at det hele veien kan føres kontroll over prosessen og resultatene av prosjektet. Dette gir et godt utgangspunkt for å korrigere prosjektet etter hvert som vanskeligheter oppstår. Videre må ansatte få muligheten til å komme med tilbakemeldinger på prosjektet slik at forbedring kan skje. Arbeidsgruppen burde som et minimum møtes etter tre måneder for å evaluere tiltakene, prosessen så langt og resultatene.

Kontroll -og korrigeringsfasen brukes for å vurdere om endringene har ført til bedring det vil si kontrollere effekten av tiltakene og at man gjør nødvendige endringer underveis.

Det bør kontinuerlig gis muligheter for tilbakemelding om de nye rutinene. Vi foreslår deretter at arbeidsgruppen møtes og ser på effekten av tiltaket. Dette møte kan gjennomføres etter 3 måneder. Her kan man se på motstand, utrykke misnøye, se hvis det har oppstått frustrasjon, se om behandlingen har virket og videre se etter andre forslag til videre bedring. Konklusjoner fra dette møte kan deretter tas opp på et morgenmøte.

4.2 Ledelsesmessige utfordringer

Det vil ved ethvert prosjekt som tar utgangspunkt i å endre eksisterende praksis være en viss motstand. Motstand er vanskelig å forutsi på forhånd, men er viktig å kartlegge for å kunne imøtekomme motforestillinger mot prosjektet på et tidlig tidspunkt, samt være åpen overfor de involverte parter at man tar hensyn til konstruktive bidrag.

Mulige årsaker til motstand ved dette konkrete prosjektet vil være:

- Skepsis mot at behandlingen som ikke er en tradisjonell medisinsk behandling

- Motstand og mangel på tillit til ekstern innblanding
- Evidensgrunnlaget er ikke sterkt hvilket kan medføre skepsis
- Flere pasienter blir bra av seg selv, det kan derfor være skepsis til nødvendigheten av behandlingen

Uansett motstand man møter, er det essensielt med god ledelse for å kunne gjennomføre et slikt forbedringsprosjekt. Vi har tatt utgangspunkt i rådene Kotter kommer med i boken “Leading Change” fra 1995:

1. Skap en forståelse for at endring er nødvendig.
2. Etabler en allianse av aktører med makt til å gjennomføre endringen.
3. Formuler en klar visjon og lag en strategi for å nå denne.
4. Kommuniser visjon og strategi med ulike virkemidler.
5. Fjern hindringer og gjør folk i stand til å arbeide på nye måter (endringer i systemer, strukturer).
6. Skap tidlig suksess- synliggjør framgang og gi belønning for dette.
7. Ikke ta seieren på forskudd, men fokuser på det som gjenstår.
8. Endringen må forankres i ny organisasjonskultur (vis sammenhengen mellom atferd og endring).

Vi har gjennom denne oppgaven belyst dagens praksis og derigjennom påpekt svakheter som kan forbedres. Pediatrisk avdeling ved Lillehammer sykehus er fra tidligere klar over problemstillingen og i alliansen vi har fått med seksjonsoverlege Gro Flagstad har vi en leder som er kjent med problemstillingen og har myndighet til å få gjennomført endringer. Denne oppgaven har lagt en strategi for å gjennomføre prosjektet, vi har en klar visjon og har lagt en plan for hvordan, og når, den skal kommuniseres. Vedrørende hindringer i systemet har vi ikke identifisert noen, men gjennom flere runder av PUKK-sirkelen er det tatt høyde for at hindringer som oppstår eller som tydeliggjøres i arbeidet med prosjektet kan utbedres/fjernes. Prosjektet er tidkrevende og det kan ta tid å se resultater. Strukturindikatoren vil dog kunne vise alle ansatte innen kort tid at tiltakene er satt ut i verk.

5. Diskusjon

Barn med langvarige funksjonelle magesmerter og bekymringsfullt funksjonsfall er i dag en pasientpopulasjon som ikke systematisk fanges opp og får et behandlingstilbud. Bare de med meget uttalt funksjonstap får etter dagens praksis tilbud om behandling. Med utgangspunkt i

dette, har vi derfor i denne oppgaven foreslått et tiltak bestående av retningslinjer for samtalen etter utredning og tilbud om hypnoterapi ved persisterende plager. At dette er en lidelse som rammer mange barn og som kan gi varige plager, bidrar til at vi ser på tiltaket som viktig.

En god pasientsamtale er et tiltak som er godt kjent blant leger, og motstanden mot at innholdet i en slik samtale konkretiseres vil sannsynligvis ikke møte motbør. Hypnose er en mer ukjent behandlingsform, men flere leger ved den aktuelle avdelingen kjenner til at det kan være en aktuell behandlingsform, men opplever at tilgangen ikke er god nok. Vi mener at fordelene med hypnosebehandling er flere. Det foreligger evidens at det gir bedre livskvalitet, reduksjon i antall legebesøk, reduksjon i smerteintensitet og færre dager med magesmerter.

Videre anses behandlingen som en trygg behandling, uten vesentlige bivirkninger.

Kostnadene ved disse tiltakene er lave, og det kan gi stor gevinst samfunnsøkonomisk i fremtiden ved at færre av disse barna vil få sine plager kronifisert. Det kan således være mye å vinne på en bedret behandling sett fra pasientenes ståsted. Andre fordeler med behandling, sett fra pasientenes ståsted vil kunne være økt egostyrke samt bedret mestring og kontroll som kan ha god effekt på andre utfordringer i hverdagen og eventuelle samsykelige tilstander som angst.

Prosjektet er likevel ikke uten ulemper. Barneavdelingen har et kapasitetsproblem med tanke på behandling og oppfølging av denne pasientgruppen og en behandlingstime for opplæring i selvhypnose representerer således en ressursmessig og logistisk utfordring. En del av barna blir imidlertid også i dag henvist tilbake til poliklinikken grunnet persisterende smerter. Den reelle ekstra belastningen poliklinikken da får er således ikke fullstendig kartlagt, men den vil etter vårt skjønn bli vesentlig begrenset da implementering av denne retningslinjen vil gi disse barna et behandlingstilbud som ikke har vært gitt før. Dette tiltaket vil således kunne gi en konkret, rask og effektiv måte og håndtere disse pasientene på som på sikt kan tenkes å redusere antall pasienter som henvises tilbake.

Evidensen for tiltaket er begrenset, men utfra oppdatert litteratur er det viktigste er at pasientene blir tatt på alvor og at de får et verktøy for å mestre plagene sine, selv om eliminasjon av smertene ikke vil kunne oppnås. Erfaringer fra flere studier har vist at mange av foreldrene til pasienter var skeptiske til selvhypnose i begynnelsen, men at pasientene likte behandlingen svært godt. For å få en vellykket behandling er det derfor svært viktig å bruke tid på å involvere foreldrene slik at motforestillinger, eksplisitt eller mer subtilt motarbeides.

Eventuelle motforestillinger eller motstand fra foreldre vil kunne undergrave behandlingen slik at man ikke får den ønskede effekten.

5.1 Konklusjon

Innføringen av et slikt tiltak krever at noen engasjerte personer er involvert, både i ledelsen og blant de som gjennomfører samtaler og opplæringen i selvhypnose. Behandlingen har vist effekt og vil således kunne være et godt tiltak for denne pasientgruppen. Med denne bakgrunnen ser vi at fordelene med prosjektet overveier ulempene og vi anbefaler at prosjektet gjennomføres ved pediatrik avdeling ved Lillehammer sykehus.

6. Referanser

1. Helgeland H, Sandvik L, Mathiesen KS, Kristensen H. Childhood predictors of recurrent abdominal pain in adolescence: A 13-year population-based prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(4):359-67.
2. Markestad T. *Klinisk pediatri*. Bergen: Fagbokforl.; 2009. 416 s. : ill. ; 28 cm p.
3. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *The American journal of gastroenterology*. 2005;100(8):1868-75.
4. Barnelegeforening N. *Generell Veileder i Pediatri*. 2006.
5. Mariam RCC, E. Functional abdominal pain in children and adolescents: Management UpToDate [updated Mar 02. 2015; cited 2015 16.03.2015].
6. Fishman MB, Aronson MD, Chacko MR. Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation. 2014 Mar 2015 [cited 06. April 2015.]. In: UpToDate [Internet]. Wolters Kluwer: UpToDate, [cited 06. April 2015.]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
7. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal P. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 2005;115(3):812-5.
8. Chacko MR, Chiou E. Functional abdominal pain in children: Management. 2015 [cited 06. April 2015]. In: UpToDate [Internet]. Wolters Klywers: UpToDate, [cited 06. April 2015]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
9. Gieteling MJB-Z, S; Passchier, J; Berger, M Y. Prognosis of Chronic or Recurrent Abdominal Pain in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2008;47(3)(September 2008):316-26.
10. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1527-37.
11. Di Lorenzo C, Youssef NN, Sigurdsson L, Scharff L, Griffiths J, Wald A. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. *The Journal of pediatrics*. 2001;139(6):838-43.
12. Saito YA, Petersen GM, Larson JJ, Atkinson EJ, Fridley BL, de Andrade M, et al. Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a family case-control study. *The American journal of gastroenterology*. 2010;105(4):833-41.
13. Levy RL, Whitehead WE, Korff MRV, Feld AD. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *The American journal of gastroenterology*. 2000;95(2):451-6.
14. van der Veek SMC, Derkx HHF, de Haan E, Benninga MA, Boer F. Emotion awareness and coping in children with functional abdominal pain: A controlled study. *Social Science & Medicine*. 2012;74(2):112-9.
15. Shah SK, Allison ND, Tsao KJ, Walker PA. Assessment of abdominal pain in children. 2014 19.09.2014 [cited 10.04.2015]. In: *BMJ Best Practice* [Internet]. <http://bestpractice.bmj.com>: BMJ Publishing Group Limited, [cited 10.04.2015].
16. Korterink JJ, Rutten JM, Venmans L, Benninga MA, Tabbers MM. Pharmacologic treatment in pediatric functional abdominal pain disorders: a systematic review. *The Journal of pediatrics*. 2015;166(2):424-31 e6.
17. Rutten JM, Reitsma JB, Vliieger AM, Benninga MA. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Archives of disease in childhood*. 2013;98(4):252-7.

18. Kaminski A, Kamper A, Thaler K, Chapman A, Gartlehner G. Antidepressants for the treatment of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(7):CD008013.
19. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(1):CD003014.
20. Huertas-Ceballos AA, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(1):CD003019.
21. Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. *Pediatrics*. 2003;111(1):e1-11.
22. Weydert JA, Shapiro DE, Acra SA, Monheim CJ, Chambers AS, Ball TM. Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial. *BMC pediatrics*. 2006;6:29.
23. van Tilburg MA, Chitkara DK, Palsson OS, Turner M, Blois-Martin N, Ulshen M, et al. Audio-recorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: a pilot study. *Pediatrics*. 2009;124(5):e890-7.
24. Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2007;133(5):1430-6.
25. Ball TM, Shapiro DE, Monheim CJ, Weydert JA. A pilot study of the use of guided imagery for the treatment of recurrent abdominal pain in children. *Clinical pediatrics*. 2003;42(6):527-32.
26. Gulewitsch MD, Muller J, Hautzinger M, Schlarb AA. Brief hypnotherapeutic-behavioral intervention for functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood: a randomized controlled trial. *Eur J Pediatr*. 2013;172(8):1043-51.
27. Rutten JM, Vlieger AM, Frankenhuis C, George EK, Groeneweg M, Norbruis OF, et al. Gut-directed hypnotherapy in children with irritable bowel syndrome or functional abdominal pain (syndrome): a randomized controlled trial on self exercises at home using CD versus individual therapy by qualified therapists. *BMC pediatrics*. 2014;14:140.
28. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome 2008 2008-05-01 22:01:28. 999-1003 p.
29. Diseth TH, Vandvik IH. [Hypnotherapy in the treatment of refractory nocturnal enuresis]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2004;124(4):488-91.
30. Johnsen K, Engvold HO. *Klinisk kommunikasjon i praksis*: Universitetsforlaget; 2013.
31. Gottsegen D. Hypnosis for functional abdominal pain. *The American journal of clinical hypnosis*. 2011;54(1):56-69.