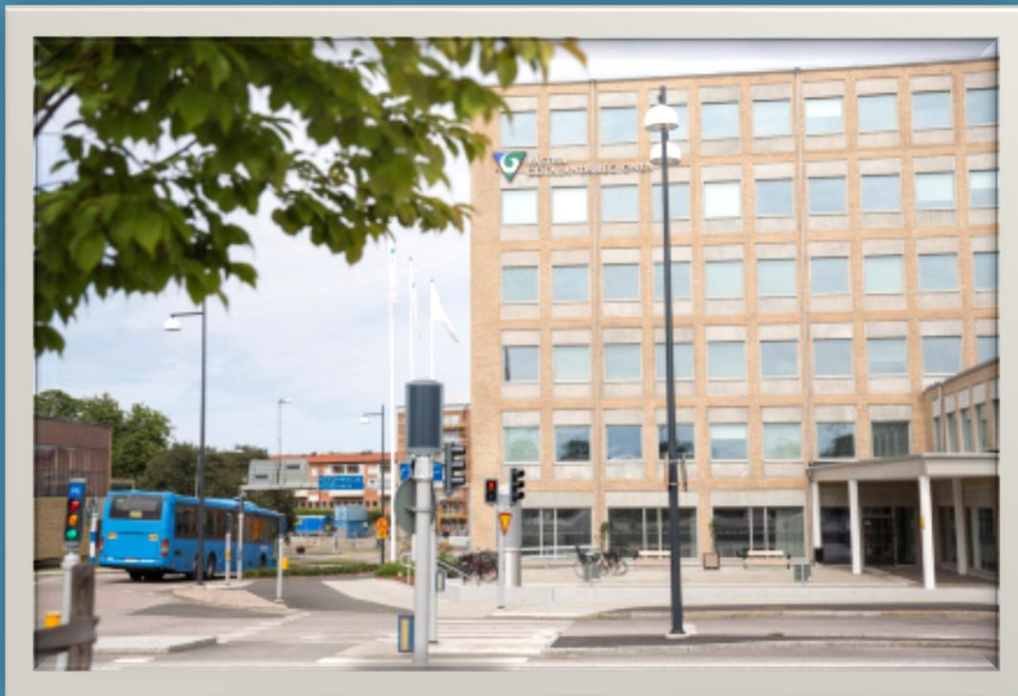


Handläggning av förskolebarn med förstoppning på Närhälsan Guldvingen vårdcentral



Författare:
Tove Weihard, ST-läkare
Närhälsan Guldvingen vårdcentral

Rapport 2020:7

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2021:7

FoU i VGR: [Hur handlägger vi förskolebarn med ... | FoU i Västra Götalandsregionen \(researchweb.org\)](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Sofia Dalemo, distriktsläkare, med. dr.

Närhälsan Guldvingen vårdcentral, Lidköping, FoU primärvård Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Förstoppning bland barn är ett vanligt och ofta återkommande problem som påverkar livskvaliteten negativt. Hos de allra flesta finner man ingen bakomliggande anatomisk eller patofysiologisk orsak, utan barnen har så kallad funktionell förstoppning. För diagnos räcker det oftast med diagnoskriterier enligt Rom IV, anamnes, status samt bedömning av tillväxtkurvan. Vid diagnostiserad förstoppning rekommenderas tillägg av läkemedelsbehandling utöver råd kring kost och rörelse. Tidigt insatt adekvat behandling ger bättre prognos.

Metod

Studien är en retrospektiv journalstudie genomförd på Närhälsan Guldvingen vårdcentral som har ungefär 1 000 förskolebarn listade. Utdataverktyget Medrave användes för att identifiera barn under sex år som under perioden 2014-01-01 till 2019-12-31 var listade på vårdcentralen och som fått förskrivet läkemedel mot förstoppning enligt ATC-kod (Anatomic Therapeutic Chemical classification system) A06A, medel vid förstoppning. Journalerna granskades både i Asynja VISPH samt i det tidigare journalsystemet Journal III.

Resultat

I studien ingick 171 patienter, varav något fler pojkar (91) än flickor. Prevalensen av förstoppning var kring 17 % (171/1 000). Den vanligaste tiden för förstoppningsdebut var under det första levnadsåret (59 %). Ytterligare en topp sågs under det tredje levnadsåret (17 %). Många av barnen hade återkommande förstoppning. Hälften av barnen hade tagit prov för att utesluta glutenintolerans. Provtagning avseende tyroideastimulerandehormon (TSH) var också vanligt. I första hand rekommenderades Laktulos som läkemedelsbehandling. Vanligaste förskrivna läkemedlet var makrogol (Forlax junior). Av barnen med förstoppning remitterades sju procent till barnmedicin för fortsatt omhändertagande.

Konklusion

Förstoppning hos barn är mycket vanligt, prevalensen i denna studie ligger i nivå med andra studier. Många barn har återkommande förstoppning. Mycket av återkommande förstoppningsproblematik skulle kunna undvikas om vårdnadshavare var mer informerade om behandlingen och själva kunde styra den. Att vid diagnos ge grundlig information om förstoppning och hur behandlingen fungerar hjälper till att motivera behandling med adekvat dos och under tillräckligt lång tid. För barn över 6 månader finns vissa belägg för att börja med makrogol i första hand och inte Laktulos som man ofta gör nu. Bättre behandlingseffekt och mindre biverkningar ökar sannolikheten för följsamhet till behandlingen.

Nyckelord

Förstoppning, läkemedel, spädbarn, förskolebarn, primärvård

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Prevalens.....	1
Symtom	1
Orsak.....	1
Diagnos	1
Utredning.....	2
Differentialdiagnoser	3
Behandling	3
Syfte	4
Frågeställningar	5
Metod	5
Studiedesign.....	5
Urval	5
Datainsamling och analys.....	5
Etiska överväganden	5
Resultat	6
Diskussion	10
Resultatdiskussion.....	10
Provtagning.....	11
Läkemedel	12
Tillräcklig behandling	12
Uppföljning.....	12
Metoddiskussion.....	13
Slutsats	13
Referenslista	14

Bilaga 1

Bakgrund

Prevalens

Förstoppning hos barn är mycket vanligt. Prevalensen i olika studier varierar bland annat beroende på vilka diagnoskriterier som används, men beräknas ligga mellan fem och 30 procent (1). Hur vanligt förstoppning är varierar också mellan olika delar av världen. Prevalensen är till exempel högre i Nord- och Sydamerika jämfört med Europa, men från många delar av världen saknas siffror (2). Prevalensen varierar dessutom med barnets ålder och är störst under perioden när barnet ska sluta med blöja (2). Om förstoppning blivit vanligare i vårt moderna samhälle, med mer stillasittande och ändrade kostvanor, är svårt att hitta siffror på utifrån att prevalenssiffrorna varierar så mycket. En amerikansk studie visar dock att antalet läkarbesök av barn 0 till 14 år i öppenvård på grund av förstoppning fördubblats 2001–2004 jämfört med 1997–2000 (3).

Symtom

Klassiska symtom på förstoppning är gles och hård avföring. Den vanligaste enskilda riskfaktorn är smärtsam avföring. Om det gör ont när barnet bajsar vill det vid nästa tillfälle hålla emot av rädsla för att det ska göra ont igen. Avföringen ansamlas då i ändtarmen och blir hårdare och det uppstår en ond cirkel. När avföring ansamlats och blir stående i ändtarmen förekommer ofta även ofrivilligt läckage av avföring (4). Den ansamlade mängden avföring i ändtarmen kan också trycka på urinblåsan med ökade urinträngningar och urinläckage som följd (5). Barnet kan även få mer allmänna symtom av förstoppningen, som återkommande buksmärter, uppblåst buk och nedsatt aptit (6).

Orsak

Hos de allra flesta, drygt 95 procent, hittar man ingen anatomisk eller patofysiologisk orsak till förstoppningen, utan bedömer att det rör sig om så kallad funktionell förstoppning (7, 8). Även om man inte hittar någon bakomliggande orsak kan förstoppningen ge stora besvär och negativ påverkan på livskvaliteten i familjer där barnen besväras av förstoppning (9, 10). Förstoppning är också en vanlig orsak till besök inom sjukvården som både tar mycket tid samt kostnader i anspråk (3, 2, 11).

Diagnos

Diagnoskriterierna för förstoppning har varierat, men riktlinjer från ESPGHAN/NASPGHAN (European/(North American) Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) rekommenderar att man använder Rom III-kriterierna för att definiera förstoppning i alla åldrar (12). Dessa har sedan uppdaterats till Rom IV-kriterierna (13):

Diagnoskriterier enligt de pediatriiska Rom IV-kriterierna:

< 4 år: 2 eller fler kriterier i minst 1 månad

> 4 år: 2 eller fler kriterier, minst 1 gång/vecka i minst 1 månad

- ≤ 2 avföringar per vecka
- Viljemässig retention av tarmtömningen, "håller tillbaka"
- Avföringsinkontinens minst 1 gång/vecka hos barn som slutat med blöja
- Smärta och/eller hård avföring vid tarmtömningen
- Avföring med stor diameter, voluminös avföring med risk för stopp i toaletten
- Riklig förekomst av avföring i rektum eller påvisat fekalom

Förstoppningen definieras som behandlingsrefraktär om den inte svarat på kontinuerlig, optimerad konventionell behandling i tre månader (12).

Utredning

Hos ett barn med typiska symtom räcker det med anamnes och somatisk undersökning samt bedömning av tillväxtkurvan för att ställa diagnosen funktionell förstoppning (1, 14, 15). Vid anamnestagningen ingår att kartlägga avföringsvanor, kost, fysisk aktivitet, psykosociala faktorer, hereditet och eventuella läkemedel (1). För att underlätta kan Bristolskalan användas med bilder på avföring av olika former och konsistenser (16). Den kroppsliga undersökningen inkluderar utöver rutinstatus inspektion av ryggslutet, perineum och observation av barnets gång. Per rektum-undersökning behövs inte rutinmässigt, men ska göras när diagnosen är osäker eller vid behandlingsrefraktär förstoppning (12).

Den lilla andel av barnen med förstoppning som har bakomliggande organisk orsak uppvisar oftast även andra alarmsymtom (13). Dessa finns sammanställda till exempel i Nationellt kliniskt kunskapsstöd (17):

Alarmsymtom

- Mekonuiumavgång >48 timmar.
- Förstoppningsdebut under första levnadsmånaden.
- Förstoppningsdebut vid helamning.
- Trådsml avföring.
- Akuta symtom som kräkningar och utspänd buk.
- Blodtillblandad avföring utan fissur.
- Avvikande tillväxt.
- Sakral förändring, till exempel sakral grop eller hårtofs.
- Anala avvikelser vid undersökning, till exempel avvikande position eller fistel.
- Psykosocial problematik.
- Avvikande neurologi i benen gällande tonus, motorik och reflexer.

Blodprov för vidare utredning rekommenderas vid behandlingsrefraktär förstoppning, vid samtidigt avvikande tillväxt eller utseende typiskt för kongenital hypotyreos. De prover som då rekommenderas är transglutaminasantikroppar, för att hitta eventuell celiaki och tyroideastimulerande hormon (TSH) avseende eventuell rubbning i sköldkörtelfunktionen (12). I det nya vårdprogrammet för Region Stockholm rekommenderas dock provtagning avseende eventuell glutenintolerans hos alla barn >12 månader som har en anamnes på förstoppning mer än tre månader, då Sverige har en hög förekomst av celiaki och ett av symtomen kan vara just förstoppning (15).

Differentialdiagnoser

Ju yngre barnet är desto mer observant bör man vara på andra symtom talande för bakomliggande sjukdomstillstånd som orsak till förstoppningen. Barnets första avföring kallas mekonium och mekoniumavgång sker hos de allra flesta inom 48 timmar efter förlossningen. Försenad mekoniumavgång kan tala för tarmmissbildning, med mycket smal passage, cystisk fibros eller Hirschsprung's sjukdom, då en del av tarmen saknar nervceller vilket gör att barnet får svårt att bajsas. Det är också viktigt att inspektera ryggslut och området kring ändtarmen för att hitta tecken på eventuellt ryggmärgsbräck eller anorektal missbildning.

Hos spädbarn ses under de första sex månaderna infant dyschezia, som lätt kan förväxlas med förstoppning. Barnet är då missnöjt och ser ut att försöka krysta. Avföringen är dock mjuk och barnet är inte förstoppat. Man tänker att det är en funktionell rubbning av den komplicerade process det innebär att slappna av i bäckenbottenmuskulaturen samtidigt som buktrycket ska öka i samband med avföring. Detta tillstånd brukar växa bort efter några veckor (18).

Tillväxthämning hör inte till bilden vid funktionell förstoppning, då behövs vidare utredning. Efter spädbarnsåret är celiaki den vanligaste organiska orsaken till förstoppning (6). Hypotyreos kan vara en annan förklaring, med då brukar även andra symtom på låg ämnesomsättning finnas. Komjölksproteinallergi misstänkts också kunna orsaka förstoppning, men detta är omdiskuterat. Två till fyra veckor med komjölksproteinrik kost kan vara aktuellt att prova hos barn med behandlingsrefraktär förstoppning (12).

Behandling

Ett adekvat intag av fibrer och vätska rekommenderas som bas i behandlingen samt tillräcklig fysisk aktivitet. Det är viktigt att sitta i lugn och ro på potta eller toalett. Gärna efter måltid för att utnyttja den gastrokoliska reflexen, då tarmen automatiskt stimuleras till ökad rörelse och tömning efter matintag. Vid diagnostiserad funktionell förstoppningen enligt Rom IV kriterierna bedöms livsstilsråd som otillräckliga och tillägg av läkemedelsbehandling rekommenderas (1, 12).

Behandling med läkemedel kan delas upp i uppstart- och underhållsbehandling (15). De läkemedel som rekommenderas i första hand är peroral behandling med osmotiskt aktivt polyetylen glycol (PEG) i form av makrogol (Forlax® eller Omnilax®) eller makrogol med salter (Movicol® eller Laxido®). Läkemedlen ökar vätskeutträdet till tarmlumen och ger därmed lösare avföring. Laktulos rekommenderas inte i första hand eftersom makrogol är mer effektivt (1, 19). I

Sverige finns dock en tradition att använda Laktulos, åtminstone för barn yngre än 6 månader. Laktulos består av sockerarter, som spjälkas av tjocktarmens bakterier vilket bidrar till att vätska binds till avföringen, som gör avföringen mjukare (20). Laktulos är billigt och kan köpas receptfritt. En vanlig biverkan är ökad gasbildning i tarmen.

Den högre uppstartsdosen rekommenderas när behandling påbörjas hos barn med svårare förstoppning, vid misstänkt eller konstaterat fekalom eller vid behov av snabb effekt. Makrogol rekommenderas då i dosen 1,0 – 1,5 g/kg kroppsvikt/dygn fram till riklig tarmtömning erhållits. För barn yngre än 6 månader rekommenderas uppstartsbehandling med rektalberedning sorbitol (Resulax®) en gång dagligen tills dess att barnet haft rikligt med avföring. Behandling med rektal lösning bör också övervägas till äldre barn som har mer akuta besvär.

Efter att man fått effekt av uppstartsbehandlingen går man över till underhållsbehandling, dosen brukar vara ungefär hälften av den under uppstartsbehandlingen. Målet är mjuk avföring dagligen. Hos barn med lättare förstoppning kan man börja med underhållsdosen direkt. Vid otillräcklig effekt ges tillägg av tarmirriterande läkemedel som till exempel orala droppar natriumpikosulfat (Cilaxoral®, Laxoberal®). Som underhållsbehandling för barn under sex månader rekommenderas i första hand Laktulos® upp till 2 (-4) ml/kg kroppsvikt/dygn. Vid otillräcklig effekt rekommenderas byte till makrogol 0,2–0,8 mg/kg kroppsvikt/dygn (15).

Behandlingen behöver sedan fortgå under lång tid, ofta flera månader, för att tarmfunktionen ska normaliseras. Avföringsvanorna ska ha stabiliserats under åtminstone en månads tid innan man långsamt provar att trappa ut behandlingen. Barn som pottränas ska ha vant sig vid potta eller toalett och fått situationen att fungera bra innan man provar att sätta ut medicinen (15). För många barn blir förstoppning ett långvarigt och återkommande problem. En studie visar att 30 procent av barnen med förstoppning fortsatt hade besvär efter 16-års ålder (21). Man har dock sett att tidigt insatt adekvat behandling mot förstoppning ger en bättre prognos (14).

Syfte

Förstoppning är ett mycket vanligt bekymmer bland barn och ger ofta besvär under lång tid. Adekvat utredning är viktig för att inte missa några bakomliggande orsaker, samtidigt ska barn inte utsättas för provtagningar och undersökning i onödan. Behandlingen påverkar både de aktuella symtomen, tidigt insatt och tillräcklig behandling förbättrar dessutom prognosen på sikt. Syftet med studien är att kartlägga handläggningen av barn med förstoppning på Närhälsan Guldvingen vårdcentral och BVC (barnavårdscentral), för att få en bättre struktur så barnen får så bra behandling som möjligt.

Frågeställningar

- Hur gamla är barnen som har förstoppning?
- Vilken utredning görs i samband med förstoppningsdiagnos?
- Vilka läkemedel rekommenderas och vilka läkemedel förskrivs?
- Hur följs barn med förstoppning upp?
- Hur stor andel remitteras vidare till barnläkarmottagning?

Metod

Studiedesign

Studien är en retrospektiv journalstudie genomförd på Närhälsan Guldvingen vårdcentral som har drygt 14 000 listade patienter. Av dessa är strax över 1 000 inskrivna på BVC. På Närhälsan Guldvingen BVC jobbar fem BVC-sjuksköterskor. De jobbar enbart på BVC, majoriteten är distriktssköterskor med förskrivningsrätt. Läkare från Närhälsan Guldvingen vårdcentral har mottagning på BVC.

Urval

Utdataverktyget Medrave användes för att identifiera barn under sex år som under perioden 2014-01-01 till 2019-12-31 var listade på Närhälsan Guldvingen vårdcentral och som fått förskrivet läkemedel mot förstoppning enligt ATC-kod (Anatomic Therapeutic Chemical classification system) A06A, Medel vid förstoppning. Av dessa exkluderades barn födda före 2014-01-01.

Datainsamling och analys

Journalerna granskades enligt bifogat protokoll för journalgenomgång (bilaga 1) både i Asynja VISPH samt i det tidigare journalsystemet Journal III, som användes fram till maj 2015. Uppgifter kring debut av förstoppning, vidare utredning och remittering, plats i syskonskaran, potträning, läkemedelsförskrivning och övrig behandling samt uppföljning noterades.

Etiska överväganden

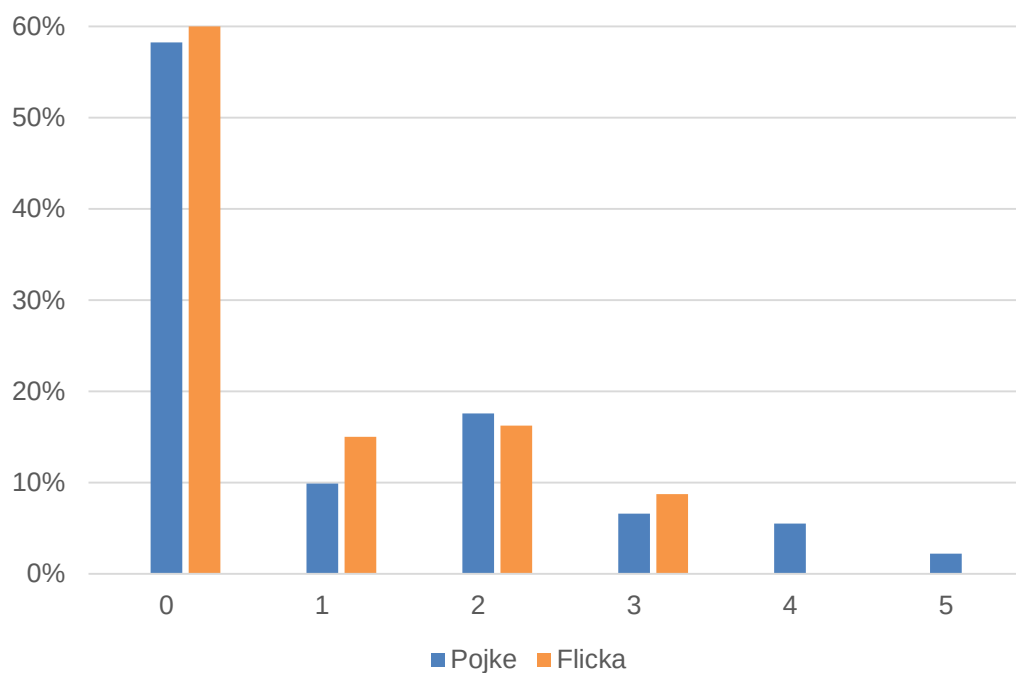
Arbetet är ett kvalitetsarbete på Närhälsan Guldvingen vårdcentral på uppdrag av vårdcentralchefen. Insamlade uppgifter avidentifierades i samband med journalgranskningen. Genomgång av journalerna kunde innebära att personal kände sig granskad och berörda personalgrupper informerades om studien. Nyttan med projektet bedömdes som viktigare för att kunna förbättra vården av barn med förstoppning och resultatet redovisades på gruppnivå så inga patienter eller enskilda vårdgivare kunde spåras.

Resultat

Antalet patienter med förstoppning i studien var 171, varav 53 % pojkar och 47 % flickor, se tabell 1. Detta ger en prevalens på kring 17 % (171/1 000).

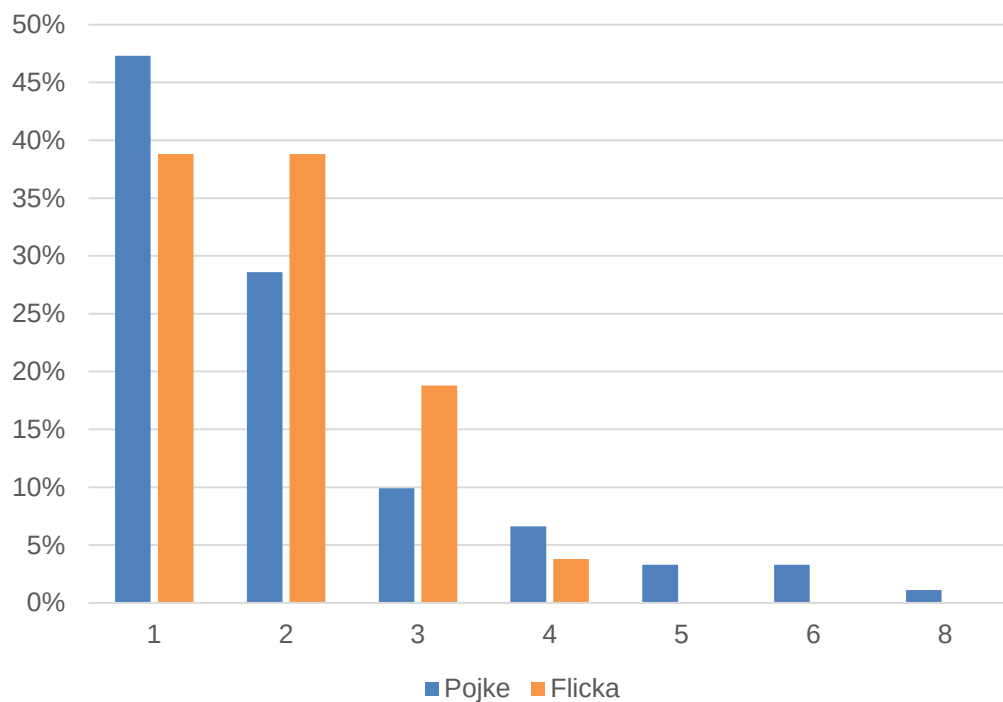
Tabell 1. Journalgranskning av barn med förstoppning Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Individer	Pojkar	%	Flickor	%	Totalt	%
Kön	91	53,2	80	46,8	171	100
Ålder (år)						
Debut av förstoppning	1,4		1,1		1,3	
Förstoppning noteras sista gången journal	3,1		3,2		3,1	
Påbörjad potträning	2,6		2,3		2,5	
Skattning med Bristolskalan	42	46,2	32	40	74	43,3
Dokumenterade kostråd	72	79,1	58	72,5	130	76
Fått klysma på mottagningen	22	24,4	21	26,3	43	25,3
Provtagning						
Blodstatus/Hb	32	35,2	32	40	64	37,4
Transglutaminas	44	48,4	42	52,5	86	50,3
TSH	35	38,5	33	41,3	68	39,8
Annat	21	1,1	20	1,3	41	1,2
Komjölksproteinfri kost pga. förstoppning	18	19,8	13	16,3	31	18,1
Besök på vårdcentralen pga. förstoppning	11	12,1	10	12,5	21	12,3
Läkemedel rekommenderat i första hand						
Makrogol (t ex Forlax jr, Omnilax)	19	21,3	16	20	35	20,7
Makrogol, komb (t ex Movicol jr, Laxido jr)	8	9	13	16,3	21	12,4
Laktulos	59	66,3	52	65	111	65,7
Laktitol (Importal)	0	0	1	1,3	1	0,6
Natriumlaurylsulfoacetat (Mikrolax)	1	1,1	2	2,5	3	1,8
Sorbitol (Resulax)	5	5,6	4	5	9	5,3
Läkemedel förskrivet						
Makrogol (t ex Forlax jr, Omnilax)	72	79,1	58	72,5	130	76
Makrogol, komb (t ex Movicol jr, Laxido jr)	27	29,7	32	40	59	34,5
Laktulos	8	8,8	4	5	12	7
Laktitol (Importal)	2	2,2	2	2,5	4	2,3
Natriumlaurylsulfoacetat (Mikrolax)	1	1,1	0	0	1	0,6
Sorbitol (Resulax)	2	2,2	0	0	2	1,2
Förskrivning läkemedel mot förstoppning						
BVC-sjuksköterska	75	82,4	62	77,5	137	80,1
Läkare	51	56	50	62,5	101	59,1
Remiss till barnmedicin	5	5,5	7	8,8	12	7
Uppföljning via						
Ordinarie besök på BVC	79	86,8	75	93,8	154	90,1
Extra besök på BVC	46	50,5	38	47,5	84	49,1
Besök på vårdcentralen	2	2,2	3	3,8	5	2,9
Telefonkontakt från BVC/vårdcentralen	26	28,6	30	37,5	56	32,7
Annat	65	71,4	61	76,3	126	73,7
Diagnoskod för förstoppning registrerad	69	75,8	61	76,3	130	76



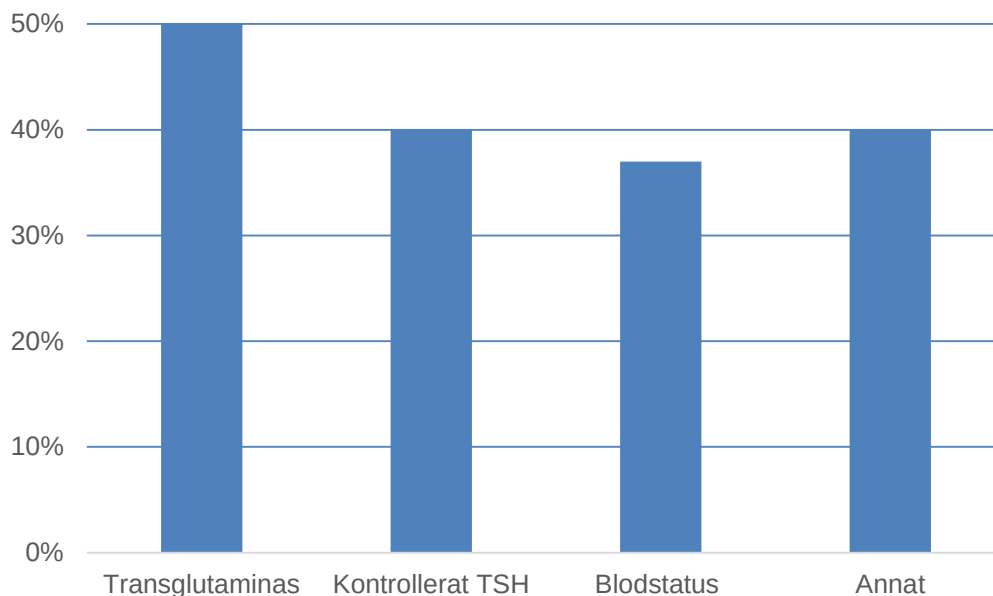
Figur 1. Debutålder för förstoppning pojkar respektive flickor Närhälsan Guldvingen vårdcentral 2014–2019.

Vanligast var att förstoppning debuterade under första levnadsåret (59 %), figur 1. I nära hälften av barnen började förstoppningen (44 %) innan 4 månaders ålder. Näst vanligast var förstoppningsdebut i åldern 2 till 3 år (17 %). För de allra flesta (93 %) noterades fortsatt förstoppningsproblematik efter 1 års ålder.



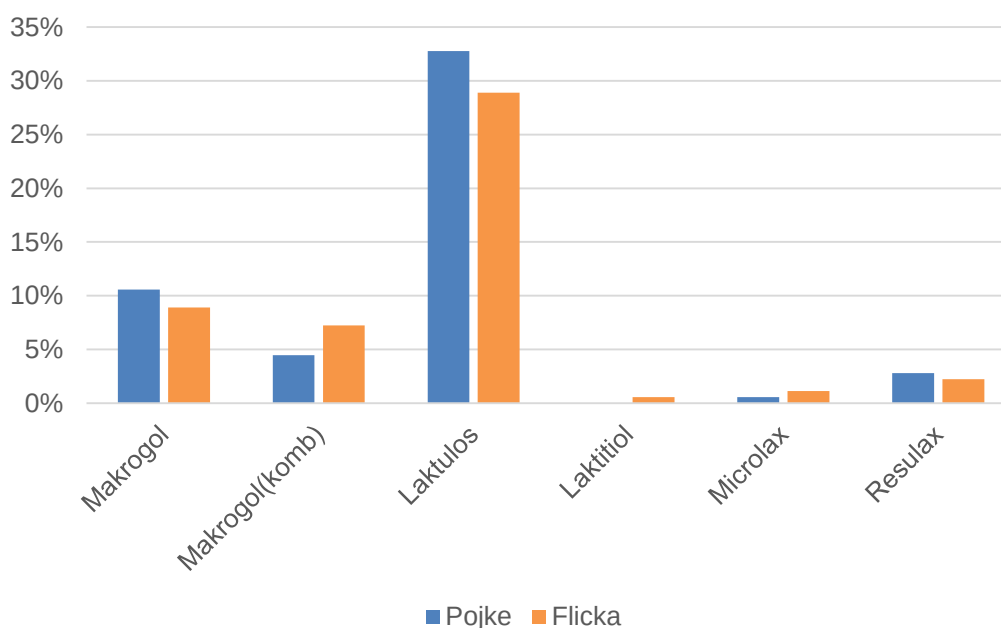
Figur 2. Plats i syskonskara hos barn med förstoppning Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Av barnen med förstoppning var 43 procent första och 57 procent andra barnet i familjen, figur 2. De flesta barnen började pottränas mellan två och tre års ålder. För närmare hälften av barnen saknas dock uppgifter om potträning i journalen, se tabell 1.



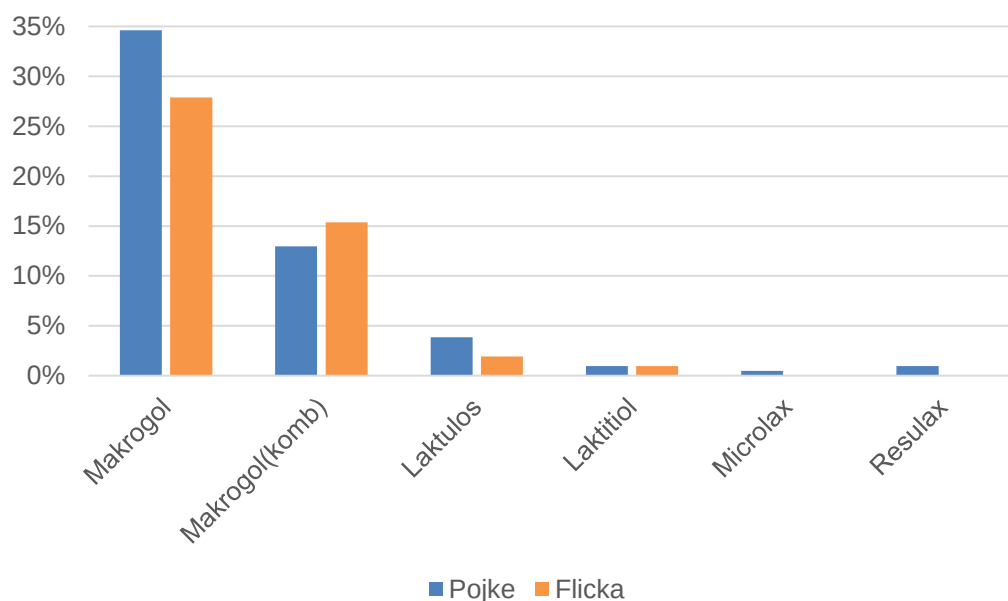
Figur 3. Provtagning vid utredning av förstoppning Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Hos 50 procent av barnen med förstoppning hade transglutaminasantikroppar kontrollerats, figur 3, medan TSH och blodstatus var kontrollerat hos 39 respektive 37 procent av barnen. Annan provtagning stod oftast för glukos, ibland kreatinin.



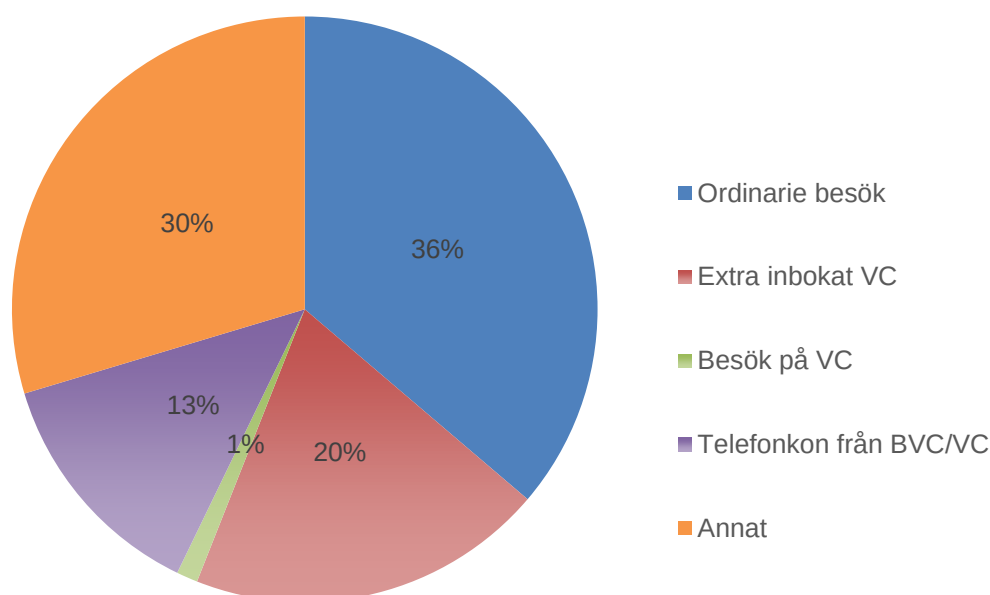
Figur 4. Läkemedel rekommenderat i första hand för pojkar respektive flickor med förstoppning Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Barn med förstoppning rekommenderades behandling Laktulos i första hand (66 %), figur 4. Näst vanligast var att rekommendera familjerna att köpa makrogol receptfritt.



Figur 5. Läkemedel förskrivet till pojkar respektive flickor med förstoppning Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Av de läkemedel som förskrevs var den största andelen makrogol (76 %), figur 5. Behandling med Klyx på mottagningen gavs till 25 procent av barnen, tabell 1. Gällande övrig behandling så fanns det dokumenterat att allmänna kostråd mot förstoppning getts till 76 procent av familjerna tabell 1. Komjölksproteinrikost, som del i behandling, hade rekommenderats 18 procent, tabell 1.



Figur 6. Uppföljning av barn med förstoppning Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Uppföljningen skedde oftast vid ordinarie besök på BVC (90 %), figur 6. För en stor andel av barnen med förstoppning ringde vårdnadshavare vårdcentralen/BVC för uppföljning, antingen planerat eller vid behov, vilket registrerades under "Annat" (74 %).

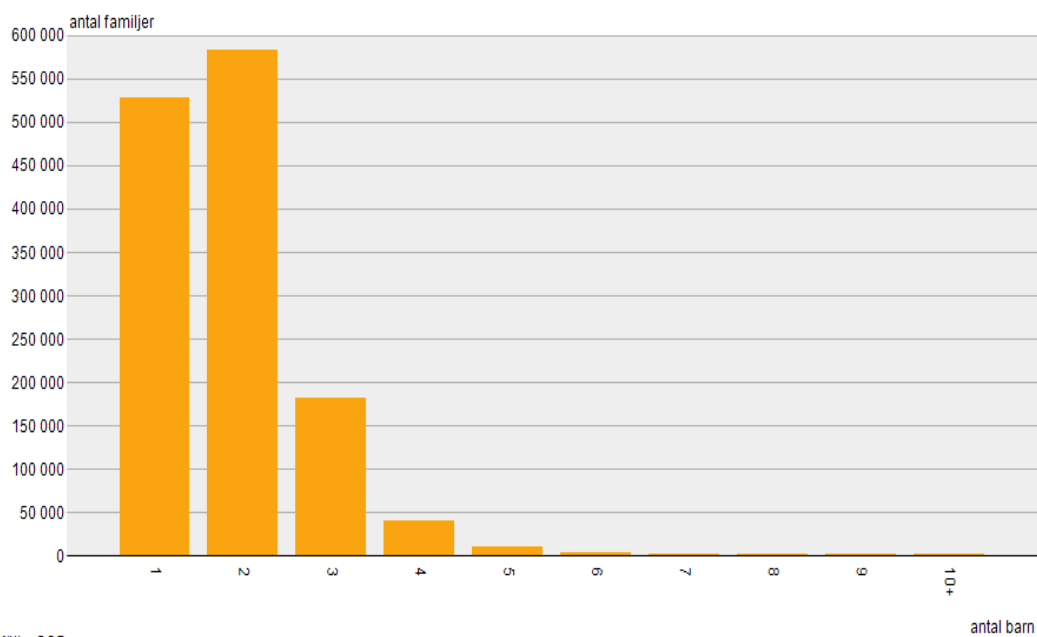
Andelen barn med förstoppning som remitterades vidare till barnmedicinsk mottagning var sju procent. Hos 76 procent av patienterna fanns diagnoskoden för förstoppning registrerad i journalen, tabell 1.

Diskussion

Resultatdiskussion

Prevalensen förstoppning på 17 % i denna studie ligger i nivå med andra studier (1, 13). I denna studie inkluderas inte de barn som har lindrig förstoppningsproblematik utan läkemedelsbehandling eller de som medicinerat med receptfria läkemedel, som Laktulos. I den här studien var andelen pojkar med förstoppning något större än andelen flickor, vilket stämmer med tidigare studier som visat att förstoppning är vanligare hos pojkar före puberteten (6). Över hälften av barnen med förstoppning debuterade redan under första levnadsåret, en pik sågs även mellan 2 och 3 år ålder. Dessa resultat stämmer med vad som brukar ses (15). Både första levnadsåret, med introduktion av eventuell modersmjölkersättning och sedan fast föda, samt perioden mellan 2 och 3 år när barnen ofta slutar med blöja, är perioder då debut av förstoppning är mer vanligt. Av de som debuterade under första levnadsåret var 44 procent under fyra månader vid debut, det vill säga innan de börjat äta fast föda. Detta var barn som åt modersmjölkersättning. Barn som helammas blir i stort sett aldrig förstoppade

De flesta barn som fått läkemedel förskrivna mot förstoppning var barn nummer ett eller två i syskonskaran. Ser man dock till antalet barn i familjer så är det också ett eller två barn som är vanligast och även i de familjer som har många barn är det ju alltid någon som föds först och då blir det också sammanlagt många fler barn som är har plats ett eller två i syskonskaran, figur 7.



Källa: SCB

Figur 7. Statistik från Statistikmyndigheten SCB. Familjer med hemmaboende barn och unga 0–21 år, antal efter antal barn. 0–21 år, 2019 (22).

En stor andel av barnen med förstoppning har fått kostråd. Även om man inte enbart rekommenderar kostråd vid förstoppningsdiagnos enligt Rom IV, det finns heller inte evidens för att ökat fiber- och vätskeintag hjälper vid förstoppning (1), så stämmer de kostråd som ges vid förstoppning med de allmänna råd som Livsmedelsverket ger för adekvat kost till barn (23). Samma resonemang gäller för fysisk aktivitet. Man har sett att barn med förstoppning var mindre fysiskt aktiva än barnen i en kontrollgrupp utan förstoppning (24). Större studier saknas dock avseende effekt av fysisk aktivitet vid funktionell förstoppning hos barn (1), men den hälsofrämjande effekten i övrigt gör att det rekommenderas.

Provtagning

Hälften av barnen, som fått läkemedel mot förstoppning förskrivet, hade kontrollerat transglutaminasantikroppar för att utesluta celiaki. Eftersom urvalet till studien gjordes utifrån barn som fått läkemedel förskrivet mot förstoppning, var det förväntat att andelen som lämnat blodprov skulle vara ganska stor. Barn med lindrig förstoppningsproblematik utan läkemedelsbehandling eller de som endast rekommenderats receptfritt läkemedel, som Laktulos, inkluderades inte i studien. Hade de tagits med hade troligtvis andelen provtagna varit lägre. Näst vanligast var prov avseende rubbning av sköldkörtelfunktionen och därefter blodstatus. Överlag så är det barn med en längre tids förstoppning som kontrollerat prover. Dessa barn får då träffa läkare som gör en bedömning och då görs också ofta ytterligare utredning med blodprov. Generellt rekommenderas vidare provtagning med framför allt transglutaminasantikroppar och TSH vid behandlingsrefraktär förstoppning, avvikande tillväxt eller utseende typiskt för kongenital hypotyreos (12). Hur noga man utvärderat tidigare behandlingsinsatser innan beslut om provtagning framkommer inte i studien. I Region Stockholms vårdprogram från april 2021 har man dock utgått från tidsperspektivet och rekommenderar provtagning av eventuell glutenintolerans hos alla barn över ett

års ålder som haft förstoppning under minst tre månader, utifrån att celiaki är så pass vanligt (15).

Läkemedel

Som förväntat var det Laktulos som rekommenderades i första hand, medan det läkemedel som oftast förskrevs var makrogol (Forlax junior). Detta stämmer med de rekommendationer som finns i REK-listan i Västra Götalandsregionen (25). Konsensusdokumenten av ESPGHAN/NASPGAHN (14) och NICE (1) rekommenderar makrogol i första hand vid förstoppning hos barn äldre än 6 månader. En Cochrane-genomgång från 2018 sammanställer evidensen för makrogol hos barn och unga. Man skriver att generellt finns det få studier av bra kvalitet avseende behandling av förstoppning hos barn, både för makrogol och Laktulos, men att det finns vissa belägg för att makrogol är effektivare än placebo och även effektivare än Laktulos. Makrogol gav också generellt mindre biverkningar (26). Samma resultat får en annan studie, som också visar att makrogol är mer effektivt än Laktulos och ger mindre biverkningar i form av uppblåsthet och buksmärta (19). Terapigruppen för REK-listan i Västra Götalandsregionen rekommenderar fortfarande Laktulos i första hand för de allra minsta barnen, <6 månader (25). Man undviker då den osmotiska effekten hos makrogol och därmed minskar risken för vätske- och elektrolytrubbningar hos de yngsta och känsligaste barnen. Terapigruppen har valt att ha kvar den rekommendationen då man inte har några övertygande belägg om att makrogol är mer effektivt och Laktulos billigare, lättare att administrera på grund av längre volym och har hög säkerhet. Vid behov fungerar det dock bra att ge även barn < 6 månader makrogol (15).

Tillräcklig behandling

För ett litet antal barn i studien noterades ingen förstoppning efter 1 års ålder, men för de flesta finns upprepade noteringar om förstoppningsproblematik under småbarnsåren. En tidigare genomgång av prognosen för funktionell förstoppning hos barn har visat att omkring 60 procent är besvärsfria 6 till 12 månader efter debut, en del med och andra utan laxerande behandling (27). En del av barnen får kroniska besvär och fortsatt förstoppning upp i vuxen ålder (28). Man har dock sett att tidigt insatt adekvat behandling ökar chansen att bli besvärsfri och slippa kronisk förstoppningsproblematik (29) vilket belyser vikten av tidigt insatt och tillräckligt intensiv behandling. Tidigare studier har visat att förstoppning hos barn ofta är underbehandlad i primärvården (30).

Uppföljning

Många av de yngre barnen på vårdcentralen följs regelbundet på BVC, då blir det naturligt att följa upp förstoppningen vid ordinarie besök, vilket också var vanligast. För många barn skedde också uppföljningen genom att vårdnadshavare hörde av sig till vårdcentralen, oftast till BVC. Ofta finns det dokumenterat i journalen att vårdnadshavare ska ta kontakt efter ett visst tidsintervall eller så återkommer man vid behov. Med tanke på hur många som har återkommande problem med förstoppning skulle en mer strukturerad uppföljning till alla kunna öka följsamheten till behandlingen och göra att fler barn får en optimal behandling avseende dos och behandlingstid.

En liten del, 7 procent, remitterades vidare till barnmedicin. Oftast var det barn där man hade svårt att få en tillfredsställande effekt av behandlingen. Utifrån att de allra flesta barn med förstoppningsproblematik har en funktionell förstoppning är det ett rimligt antal.

Ett stort antal barn hade diagnoskoden förstoppning registrerad i journalen. Det var fler än förväntat då de flesta barnen med förstoppning hade kontakt BVC, där kravet på diagnosregistrering i samband med besök inte finns på samma sätt som vid besök på vårdcentralen. Det är en fördel att diagnoskoden är satt då det blir tydligare när man söker information i barnets journal och då ser diagnosen tydligt. Att diagnosen är registrerad ökar också vårdcentralens ersättning från regionen, så att vårdcentralens ekonomi inte försämras på grund av att barnen kontrolleras på BVC för sin förstoppning i stället för vårdcentralen.

Metoddiskussion

Alla barn som inkluderats i studien i studien har fått läkemedel förskrivna för förstoppning. Betydligt fler hade kontakt med vårdcentralen på grund av förstoppning, men rekommenderas då enbart livsstilsråd eller receptfria läkemedel som Laktulos. En del av dessa barn hade vi kunnat få med genom att även söka på de som fått diagnosen förstoppning registrerad vilket inte gjordes. En del av barnen listade på vårdcentralen har regelbunden uppföljning på andra mottagningar för olika diagnoser och kan då även fått eventuell förstoppning behandlad där.

Slutsats

Förstoppning hos barn är mycket vanligt och oftast är det funktionell förstoppning. För de flesta räcker det med anamnes, status och bedömning av tillväxtkurvan för att sätta diagnosen. Vid mer långvariga besvär är det rimligt att även utan annan indikation komplettera med provtagning av transglutaminas för att inte missa en celiaki.

Mycket av den återkommande förstoppningsproblematiken borde kunna undvikas genom egenvårdsrådgivning till vårdnadshavare för att göra dem mer informerade och då själva kunde styra behandlingen bättre. Att vid diagnos ta sig tid till grundlig information om bakgrunden till förstoppning och hur behandlingen fungerar hjälper till att motivera behandling med adekvat dos och under tillräckligt lång tid. Hur egenvårdsrådgivning skulle kunna påverka prognosen vore intressant att undersöka i en ny studie.

För barn över sex månaders ålder finns vissa belegg för att man direkt kan föreslå behandling med makrogol istället för att som tidigare börja med Laktulos, utifrån att det har bättre effekt och mindre biverkningar. För barn under sex månader kan Laktulos fortsatt vara ett enklare och säkerhetsmässigt tryggare alternativ. Med tidigt insatt och adekvat behandling hjälps barnen med den aktuella förstoppningsproblematiken och prognosen förbättras på sikt.

Referenslista

1. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. July 2017. NICE guidance. Conditions and diseases. Digestive tract conditions. Constipation. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg99> [Hämtad 2021-04-22].
2. Levy et al. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric Health, Med Ther.* 2017;8:19-27.
3. Shah et al. Ambulatory care for constipation in the United States, 1993–2004. *Am J Gastroenterol.* 2008 Jul;103:1746–53.
4. Loening-Baucke. Encopresis and soiling. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:279–298.
5. Dehghani et al. Urinary Tract Infection and Enuresis in Children With Chronic Functional Constipation. *Iran J Kidney Dis.* 2013;7:363-366.
6. Region Stockholm. Mars 2018. Kunskapsstöd. Vårdprogram. Barn och ungdomars hälsa. URL: <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Barn-och-ungdomar/Forstoppning-hos-barn/> [Hämtad 2021-04-22].
7. Loening-Baucke et al. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146:359–63.
8. Medibas. Jan 2020. Pediatrik. Tillstånd och sjukdomar. Mage-tarm. Förstoppning hos barn. URL: [Förstoppning hos barn - Medibas](#) [Hämtad 2021-04-22].
9. Belsy et al. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;31:938–949.
10. Kaugars et al. Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51:747–752.
11. Salö et al. ABC om Akut buk hos barn. *Läkartidningen.* 2014;111:C3U7.
12. Paul et al. Idiopathic constipation in children clinical practice guidelines. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2016;101:65–69.
13. UpToDate. Nov 2020. Functional constipation in infants, children, and adolescents: Clinical features and diagnosis. URL: [Functional constipation in infants, children, and adolescents: Clinical features and diagnosis - UpToDate](#) [Hämtad 2021-04-22].
14. Tabbers et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr;* 58:258–274.
15. Svenska Föreningen för Pediatrik Gastroenterologi, Hepatologi och Nutrition. April 2021. Funktionell obstipation hos barn och ungdomar. https://gastro.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/10/2021/05/Obstipation_regionalt_vp_210416.pdf [Hämtad 2021-06-18].

16. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Förstoppning hos barn. Avföringsformer och konsistens enligt Bristolskalan. URL: [Avföringsformer och konsistens enligt Bristolskalan \(d2flujgsl7escs.cloudfront.net\)](https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net) [Hämtad 2021-04-22].
17. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Juni 2019. Förstoppning hos barn. URL: [Förstoppning hos barn \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://nationelltklinisktkunskapsstod.se) [Hämtad 2021-04-22].
18. Hyman et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519–1526.
19. Jarzebicka et al. PEG 3350 Versus Latulose for Treatment of Functional Constipation in children: Randomized Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68:318–314.
20. FASS vårdpersonal URL: <https://www.fass.se/LIF/startpage;jsessionid=1Fz5F3LOna69lHhJCUlmne4Fdk43psrXXB9A9ot6w3EZ6zda4S-o!339143525?userType=0> [Hämtad 2021-04-22].
21. van Ginkel et al. Childhood constipation: Longitudinal Follow-up Beyond Puberty. *Gastroenterology* 2003;125:357-363.
22. Statistiska centralbyrån. Statistik databasen. Levnadsförhållanden. Barn- och familjestatistik. URL: [Familjer med hemmaboende barn och unga 0–21 år, antal efter antal barn. 0-21 år, 2019. PxWeb \(scb.se\)](https://www.scb.se/familjer-med-hemmaboende-barn-och-unga-0-21-ar-antal-efter-antal-barn-0-21-ar-2019) [Hämtad 2021-04-22].
23. Livsmedelsverket. URL: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad/barn-och-ungdomar> [Hämtad 2021-06-12].
24. Seidenfaden et al. Physical activity may decrease the likelihood of children developing constipation. *Acta Paediatr.* 2018 Jan;107:151–155.
25. Västra Götalandsregionen. REKlistan 2021. URL: [REKlistan \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/reklistan) [Hämtad 2021-04-22].
26. Cochrane Library. Augusti 2016. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. URL: [Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation - Gordon, M - 2016 | Cochrane Library](https://www.cochrane.org/2016/05/06/osmotic-and-stimulant-laxatives-for-the-management-of-childhood-constipation-gordon-m-2016). [Hämtad 2021-05-06].
27. Pijpers et al. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 Mar;50:256–68.
28. Bongers et al. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics.* 2010 Jul;126:e156-62.
29. Choung et al. Direct medical costs of constipation in children over 15 years: a population-based birth cohort. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52:47-54.
30. Borowitz et al. Treatment of Childhood Constipation by Primary Care Physicians: Efficacy and Predictors of Outcome. *Pediatrics* 2005;115:873–878.

Protokoll för journalgenomgång

- a) ID _____
- b) Födelseår _____
- c) Kön Pojke=1 Flicka=2
- d) Plats i syskonskaran _____
- e) Ålder vid debut av förstoppning _____ Okänt=9
- f) Ålder då förstoppning noterades sista gången i BVC-journalen _____
- g) Ålder då pågående potträning först nämns i journalen _____ Okänt=9
- h) Finns skattning med Bristolskala registrerad? Ja=1 Nej=2
- i) Dokumenterade kostråd Ja=1 Nej=2
- j) Fått klysma på mottagningen? Ja=1 Nej=2
- k) Provtagning:
- a. Blodstatus/Hb Ja=1 Nej=2
 - b. Transglutaminas Ja=1 Nej=2
 - c. TSH Ja=1 Nej=2
 - d. Annat? Ja=1 Nej=2
- l) Provat komjölksproteinrikost p.g.a. förstoppning? Ja=1 Nej=2
- m) Besök på vårdcentralen p.g.a. förstoppning? Ja=1 Nej=2
- n) Läkemedel rekommenderat i första hand:
- a. Makrogol (t.ex. Forlax jr, Omnilax) Ja=1 Nej=2
 - b. Makrogol, komb (ex. Movicol jr, Laxido jr) Ja=1 Nej=2
 - c. Laktulos Ja=1 Nej=2
 - d. Laktitol (Importal) Ja=1 Nej=2
 - e. Natriumlaurylsulfoacetat (Microlax) Ja=1 Nej=2
 - f. Sorbitol (Resulax) Ja=1 Nej=2
- o) Läkemedel förskrivet:
- a. Makrogol (t.ex. Forlax jr, Omnilax) Ja=1 Nej=2
 - b. Makrogol, komb (ex. Movicol jr, Laxido jr) Ja=1 Nej=2
 - c. Laktulos Ja=1 Nej=2
 - d. Laktitol (Importal) Ja=1 Nej=2
 - e. Natriumlaurylsulfoacetat (Microlax) Ja=1 Nej=2
 - f. Sorbitol (Resulax) Ja=1 Nej=2

- p) Vem har förskrivit läkemedel mot förstoppning?
- | | | |
|------------------|------|-------|
| a. BVC-sköterska | Ja=1 | Nej=2 |
| b. Läkare | Ja=1 | Nej=2 |
- q) Remiss till barnmottagningen? Ja=1 Nej=2 Okänt=9
- r) Uppföljning via
- | | | |
|-------------------------------|------|-------|
| a. Ordinarie besök | Ja=1 | Nej=2 |
| b. Extra inbokat besök på BVC | Ja=1 | Nej=2 |
| c. Besök på VC | Ja=1 | Nej=2 |
| d. Telefonkontakt från BVC/VC | Ja=1 | Nej=2 |
| e. Annat | Ja=1 | Nej=2 |
- s) Fått diagnosen registrerade med diagnoskod? Ja=1 Nej=2



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fouskaraborg