

Tverrfaglige og helhetlige behandlingsplaner for barn og unge med funksjonelle somatiske symptomer

Camilla Herbern

Agnes Aarre
camher@ous-hf.no

MERKNAD: Familien har gitt skriftlig samtykke og godkjent teksten for publisering. Jens er ikke guttens egentlige navn.

En effektiv behandlingsplan krever kreativitet, nysgjerrighet og fleksibilitet hos hjelpeapparatet, og bidrar til en felles retning i samarbeidet mot tilfriskning. Ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus ved Oslo universitetssykehus utreder og behandler vi barn og unge med funksjonelle somatiske symptomer, og høster erfaringer fra tverrfaglig samarbeid når pasienter har komplekse symptombilder. Vi erfarer et behov for finjusterte og dynamiske behandlingsplaner, der lokale instanser som skole, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre kommuniserer og samarbeider. Etablering av godt fungerende tverrfaglige behandlingsplaner krever persontilpasninger, kreativitet og aktiv involvering fra aktuelle samarbeidspartnere. Vi ønsker å trekke frem faktorer vi fra klinisk erfaring mener har betydning for det tverrfaglige samarbeidet. Barna vi møter, faller ofte mellom stoler i behandlingsapparatet grunnet sitt symptomuttrykk, og de trenger psykologer eller andre fagpersoner som kan sikre gode koordinerte tjenester og behandling, noe vi håper denne artikkelen kan inspirere til. Fagfeltet har benyttet en rekke ulike betegnelser for å beskrive vedvarende somatiske symptomer og plager (Fink, 2017; Kozłowska et al., 2020; Löwe et al., 2024). I teksten bruker vi termen funksjonelle somatiske symptomer (FSS), som viser til vedvarende og plagsomme somatiske symptomer forårsaket av multiple og relaterte biopsykososiale faktorer (Burton et al., 2020), eksempelvis langvarige smertetilstander, utmattelse eller nevrologiske symptomer. Man antar symptomene har en multifaktoriell etiologi, som involverer flere systemer i kroppen, inklusiv immunsystemet, det autonome nervesystemet, HPA-aksen, mitokondriefunksjon, persepsjon, sensitisering og psykologisk tilpasning (Burton et al., 2020). FSS er utbredt og forringer helse og livskvalitet (Smakowski et al., 2024).

Pasientene vi møter trenger koordinert tverrfaglig hjelp og helhetlig behandling. Vår erfaring er at samarbeid og felles forståelse av symptomer, mål og behandling, mellom pasient og alle involverte hjelpere, er essensielt for bedring. En kropp i beredskap har behov for forutsigbarhet og trygghet for å kunne finne ro, og det er ofte behov for samtidig arbeid med aktuelle fysiske utfordringer, psykiske belastninger og systemiske tiltak for å stabilisere kroppens stressreguleringssystemer (McInnis et al., 2020). Effektiv dialog mellom familier og involverte instanser vil påvirke etterlevelse, oppfølging og bedring (Ibeziako et al., 2019).

Med utgangspunkt i et kasus vil vi fremheve hvordan en grundig biopsykososial utredning danner grunnlag for en helhetlig behandlingsplan. Aktører i både første- og andrelinjetjenesten har viktige roller i oppfølgingen, og kontinuerlig tverrfaglig samarbeid er en grunnstein for å kunne gjøre nødvendige justeringer langs veien mot tilfriskning.

Kasus

Vi møter Jens (14 år) i samtale med ham og mor. Jens har hatt varierende, men generelt sterkt økende smerter fra høyre ben siden et fall for rundt åtte måneder siden. Han har siden fallet hatt mye skolefravær, og etter hvert kun vært hjemme. Han opplever store smerter og funksjonsfall, og har vært sengeliggende de siste tre månedene. Han trenger hjelp til de fleste daglige gjøremål. Han er grundig utredet, men man finner ingen vedvarende somatisk skade eller sykdom som fullt ut kan forklare smertene, noe som fører til henvisning til vår avdeling. Som i mange andre tilfeller tar det relativt lang tid, og flere runder med utredning, før symptomene forstås i et helhetlig biopsykososialt perspektiv.

Utredning

I utredningen ser vi etter biopsykososiale faktorer som kan bidra til forståelse av sårbarheter, utløsende og opprettholdende faktorer (Vassilopoulos et al., 2022). Erfaringsmessig er det ofte et bredt spekter av opprettholdende faktorer, som samlet bidrar til vedvarende ubalanse i kroppens stressreguleringsystemer og FSS. For innføring i en biopsykososial forståelse av FSS, se Førde et al. (2022), Helgeland og Gjems (2020) og Kozłowska et al. (2020).

Smerteforståelse og relasjonsbygging

Utredningen starter med tanke på å kartlegge smerte- og sykdomsforståelse hos Jens og mor. Vi vektlegger validering av hans smerteopplevelse, og trygging i at man i mange tilfeller av langvarige smerter ikke finner somatiske skader eller sykdommer – samtidig som smerten er høyst reell og funksjonsnedsettende. Vi er opptatt av å formidle håp om bedring, og gi grundig psykoedukasjon om smerteforståelse og smerteopplevelser (Coakley & Wihak, 2017; Kallesoe et al., 2023). Vi opplever at dette bidrar til nødvendig relasjonsbygging og behandlingsmotivasjon. Reduksjon av frykt for underliggende uoppdaget sykdom eller skade er i seg selv symptomdempende, og essensielt for behandlingsprosessen videre. Vi leter etter styrker og tilgjengelige mestringsressurser; Jens har interesse for natur, og særlig fugler, noe han savner i sin nåværende hverdag. Jens og mor tar raskt til seg en biopsykososial forklaringsmodell, og vi får tidlig hypoteser om at frykt for smertene og familiebelastninger er betydningsfulle opprettholdende faktorer. I tillegg finner vi at Jens forut for fallet for åtte måneder siden hadde flere kontakter med sykehus og fastlege, grunnet andre smertefulle medisinske tilstander, som vi antar har gjort Jens mer sårbar for smerteopplevelser (Twycross et al., 2024).

Individualpsykologisk kartlegging

Jens har blitt redd for bevegelse, og er i en nedadgående spiral av stadig mer redusert fysisk bevegelse. Han trenger hjelp fra mor til forflytning, påkledning, toalettbesøk og tilpasning av sittestilling. Mor er hans viktigste støttespiller praktisk og mentalt; de har en åpen dialog, og Jens gir uttrykk for at han i høy grad kan dele tanker og bekymringer med mor. Emosjonelt fremstår han primært engstelig, både for smertene, bekymring for fremtid og tilfriskning, og for den uforutsigbare situasjonen i hjemmet. Han rapporterer ikke om depressive symptomer, og vi finner i utredningen ikke annen underliggende alvorlig psykopatologi eller utviklingsforstyrrelser. Han har en normal døgnrytme, og rapporterer ikke om søvnvansker.

Jens har til nå ikke hatt vansker med skolearbeid, og har tross mye fravær klart å henge med faglig. Han er faglig interessert, særlig for kreative fag og naturfag. Han gir uttrykk for trivsel på

skolen, har én nær venn, som han også før smertetilstanden har vært på fritidsaktiviteter med. Han har hatt gradvis mindre kontakt med venner det siste halve året.

Sosiale belastninger

Det kommer frem at familien over flere år har vært under stress, med betydelig innvirkning på foreldrefunksjon, relasjoner og psykisk helse. Foreldrene er i en skilsmisseprosess, der mor i praksis har den daglige omsorgen. Det har relativt nylig vært en særlig skremmende situasjon for barna, som sammenfaller i tid med at Jens forble sengeliggende og falt helt ut av skole. Jens er orientert om foreldrenes samlivsvansker og fars psykiske plager, og gir uttrykk for behov for å skånes fra dette.

Som ledd i utredningen har vi også samtaler med hhv mor og far alene. Mor får oppfølging av kommunal psykisk helsetjeneste, og vi henviser far videre i hjelpeapparatet. Etter samtykke oppretter vi kontakt med rådgiver, kontaktlærer, helsesykepleier og fysioterapeut. Jens fylte kriteriene for vedvarende somatoform smertelidelse (Verdens helseorganisasjon, 1999).

Biopsykososial kasusformulering

Vi oppsummerer utredningen i en biopsykososial kasusformulering, som tydeliggjør barnets syke- og utviklingshistorie, familiehistorie, livshendelser og gir oss hypoteser for hva vi mener er predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer for tilstanden (Helgeland et al., 2022). Vi anser det som essensielt at familien er delaktige i utformingen av kasusformuleringen, da det bidrar til delt forståelse av komplekse sammenhenger. En helhetlig kasusformulering vil vise vei i den tverrfaglige behandlingen fremover.

Behandlingsplan

Kasusformuleringen gir oss overblikk og grunnlag for å initiere tverrfaglige behandlingstiltak. Tidlig involvering av aktuelle tjenester er viktig for etablering av en felles faglig forståelse, og muliggjør samtidige behandlingstiltak.

I Jens sitt tilfelle hadde skolen allerede iverksatt tiltak for tilpasning og hjemmeoppgaver. Skolehelsetjenesten, fysioterapeut og psykisk helsetjeneste for mor var koblet på, og det var meldt bekymring til barneverntjenesten på bakgrunn av familiesituasjonen. Vi hadde jevnlig samarbeidsmøter med foreldrene og involverte instanser for utveksling av nødvendig informasjon og planlegging av mål og tiltak. Tiltakene var basert på våre anbefalinger, og møtene ble en arena for å sikre felles forståelse og eventuelle justeringer i behandlingsplanen. Vi opplever at tilgjengelighet og kontaktpunkter overfor både familier og hjelpeinstanser øker trygghet på gjennomføringen av tiltak. Jens var selv involvert i utarbeidelsen av behandlingsplanen. Vi satte i samarbeid med Jens oppnåelige mål for å sikre mestring. For å sikre opplevd kontroll og forutsigbarhet skjedde all opptrapping og justering i tett dialog med Jens. Mor hadde ansvar for å legge til rette for gjennomføringen av behandlingsplanen, i tillegg til å gi oss hjelpere informasjon om effekt av tiltak. Hun hadde også en viktig rolle i å holde motet oppe hos Jens på dager han opplevde mer krevende.

Aktivitetsplan

Overordnet er det viktig at alle parter har en felles forståelse for at tiltak må introduseres gradvis, med små steg, på et nivå barnet vil mestre, og der økning i aktivitet kun skjer etter en periode med mestringserfaringer på aktuelt aktivitetsnivå. En aktivitetsplan for uka med daglige

gjøremål inneholder ofte tidspunkt for skole, hvile, fysisk aktivitet og sosiale aktiviteter (Nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske tilstander hos barn og unge, 2022).

Samtaler med mor

Mor fikk jevnlige samtaler, med repetisjon av psykoedukasjon, veiledning med tanke på å stå i langvarig behandling og trygg håndtering av guttens smerteatferd. Hun ble veiledet i håndtering av samlivssituasjonen, og dens innvirkning på Jens' smerter.

Samtaler

Jens ga uttrykk for vansker med å komme til vårt kontor, grunnet smerter og immobilitet. Vi avtalte hjemmebesøk, for å bidra med strategier for smertehåndtering, erfare hans sykdomsforståelse og progresjon og repetere psykoedukasjon om smerter. Vi tematiserte vanskelige familierelaterte erfaringer Jens hadde vært vitne til, med særlig vekt på grensesetting og validering av emosjonelt ubehag. Vi ga eksplisitt uttrykk for at situasjonen var kjent for hjelpeapparatet, og at systemet tok ansvar for ivaretagelse av foreldrene. Jens hadde rask effekt av ulike avspenningsøvelser og hypnoterapeutiske teknikker (Helgeland et al., 2024), i form av indre ro, smertehåndtering og angstreduksjon. I hypnoterapien fokuserte han på en metaforisk fortelling om et skadet tre i uvær – etter hvert som stormen la seg, sa «tredoktoren» at treet var friskt: «Langsomt og rolig kunne treet kjenne seg stødig og grønt igjen, fugler og ekorn kunne komme tilbake.» Andre tilnærminger med vekt på helhetlig stressreduksjon vil ofte være nødvendig (Kozłowska et al., 2020; Rask et al., 2018). Det ble gjort vurderinger om å henvise til lokal BUP og familievernkontor. Slik saken utviklet seg, og i takt med tilfriskning, vurderte vi det som viktigere å videreføre gode behandlingsrelasjoner fremfor å koble på nye hjelpere. Dette vil naturligvis variere fra sak til sak.

Fysioterapi

Bydelen koblet tidlig inn fysioterapeut, som Jens opplevde fokuserte mest på trening og fremgang. Han begynte å grue seg til øktene, følte seg presset og opplevde økte smerter. Det ble etter hvert koblet på ny fysioterapeut, som Jens ble tryggere på. De arbeidet med forståelse av kroppens smertesignaler, trygghet i hva kroppen tåler, og satte små mål. Jens økte gradvis sin radius og ble mer selvstendig når han var hjemme. Etter fem måneder kunne han gå til nærmeste parkområde, med høy grad av mestringsfølelse. For å nærme seg målet om tilstedeværelse på skolen ble møtene med fysioterapeut etter et halvår lagt til treningsrommet på skolen, noe som var springbrettet inn til møtet med skole og venner. Flexibilitet, tid og trygg relasjon var sentralt for arbeidet mellom Jens og fysioterapeuten. Fysioterapeuten arbeidet arenafleksibelt, og hadde tett samarbeid med skolen. Hun arbeidet parallelt med oss i å hjelpe Jens med refortolkning av smertesignaler – fra å være redd for at noe var farlig galt i kroppen, til erfaringer med at en kropp i bevegelse gradvis bygger seg opp.

Skole

PPT fattet nødvendige vedtak. Kontaktlærere var tidlig på hjemmebesøk for å styrke opplevd tilknytning til skolen. Kontaktlærer sendte ukentlig ut oppgaver for kommende uke, tilpasset Jens sine ønsker, mestringserfaringer og fysisk form. Jens var motivert for skolearbeidet og etterspurte flere oppgaver fra lærerne. Skolens rådgiver kom på hjemmebesøk, ble med Jens og fysioterapeuten på turer og var fast kontaktperson når Jens etter hvert møtte på skolen. Kontaktlærer sendte iblant Jens sin nærmeste venn på uforberedte ærender hjem til Jens med skolearbeid. Begrunnelsen var at Jens

ofte gled inn i bekymringer før kommende avtaler, som gjorde det vanskelig for ham å initiere sosial kontakt på egen hånd. Toleransen for denne typen uplanlagte hendelser vil variere fra barn til barn.

Tilfriskning

Etter et halvår møtte Jens på skolen én time per uke, på eget rom, med samtale og kortspill i sentrum. Han fikk dekket taxi til og fra skolen. Tilstedeværelse ble raskt økt til to timer hver tirsdag (time med fysioterapeut) og torsdag (faglig arbeid på grupperom). Jens hadde jevnlig samtaler med lærer, der de la planer for kommende uke og vurderte opptrapping. Vi råder til å heller ha flere korte dager på skolen enn å tilstrebe enkelte fulle dager, slik at kroppen opplever mest mulig jevnt aktivitetsnivå gjennom uka. For Jens var det viktig å ha oversikt over hvilken lærer han skulle møte, at læreren var orientert om situasjonen, at han hadde et hvilerom, og at han fikk tilpassede oppgaver ved behov. Vi merket at uklårheter i hvordan komme seg til skolen, fravær av nærmeste venn, eller nye lærere var faktorer som midlertidig økte utrygghet og dermed smerter.

Da vi nærmet oss sommerferien, møtte Jens for første gang siden september opp på vårt kontor på sykehuset, sammen med mor. Han kom gående, uten behov for tilrettelegging. I journalen skrev vi: «*Han gjør alt selv nå; kan sitte i alle slags stoler, hjelper til hjemme, går turer og har stadig økt sin tilstedeværelse på skolen. Han har ikke smerter lenger.*» Familien har lagt planer for ferien, og Jens og mor gir uttrykk for trygghet i håndtering av opptrapping videre. Familiesituasjonen har fortsatt sine utfordringer, men Jens er trygg på at hans stemme og behov blir hørt og tatt hensyn til.

Diskusjon

Enhver sak er ulik, og vi oppfordrer til fleksibilitet, tålmodighet og kreativitet fra hjelpere. Suksessfaktorer er felles forklaringsmodell, rolleavklaringer, jevnlig tilpasninger, mulighet for arenafleksibelt arbeid og høy grad av involvering og medbestemmelse for pasienten, i tråd med god tverrfaglig og pasientsentrert behandling (Helsedirektoratet, 2018; Scholl et al., 2014).

Nøye tilpassede mål

For høye krav vil kunne redusere mestringsstro, forsterke symptomer og forsinke tilfriskning. Mange familier vil oppleve utrygghet når aktivitetsplaner opptrappes, noe som fordrer finjustering og arbeid med trygging og ambivalens. Bedring skjer ikke nødvendigvis jevnt, og man kan som hjelper bli ivrig etter å øke en aktivitetsplan raskere enn planlagt. Små justeringer kan oppleves mer krevende enn man hadde forutsett. Dette vil kunne øke motstand og fremkalle responser hos pasient, foreldre, skole og hjelpeapparat som må avklares. Foreldre får ofte en rolle som både grensesetter og pådriver, og det kan være behov for foreldreveiledning for å stå stødig i de dilemmaer og valg man må ta på vegne av barnet.

Skole som stressor og mestringsarena

Det er varierende hva ulike barn opplever som stressorer og belastning. Ved langvarig skolefravær ser vi ofte behov for å arbeide med sosial engstelse, bekymringer knyttet til faglig mestring og frykt for å ikke bli trodd. Noen vil ha strevd med emosjonsregulering (Smakowski et al., 2024) eller i sosiale relasjoner (Simpson et al., 2024) over tid. Faglige utfordringer kan komme sterkere til syne og kreve økt tilrettelegging. Et klasserom vil for mange by på stressaktivering, grunnet støy og uforutsigbarhet, i kombinasjon med forventninger om innlæring. En del barn vil bruke uforholdsmessig stor del av sine ressurser på å holde tritt med skolearbeidet, på bekostning av kroppens tilfriskning. Bred

pedagogisk kartlegging og tilpasning vil for mange være av uvurderlig betydning for å erfare mestring i skolesituasjonen.

Felles forståelse og samarbeid

Koordinerte helsetjenester med kunnskap om FSS bidrar til bedring av plager (Gjems & Helgeland, 2018). Mange av familiene vi møter, har dessverre med seg erfaringer med å bli mistrodd av hjelpeapparatet. Ønsker om tverrfaglighet kan bli til flerfaglighet, dersom kommunikasjonslinjer, rolleavklaring og felles forståelse utelir. Sømløse overføringer mellom tjenester og nivåer er viktig for kommunikasjonsflyt og familienes opplevelse av oversikt. Aktuelle instanser – utover hva vi allerede har nevnt – vil ofte være fastlege, ergoterapeut, ulike tiltak for å øke sosial deltakelse og grundigere pedagogisk utredning fra PPT. I mange tilfeller bør det opprettes ansvarsgruppe, og tiltakene bør ledelsesforankres. Uansett – alle hjelpere bør tilegne seg kunnskap om FSS, for på best måte å trekke i samme retning, i tilpasset tempo. Tverrfaglig arbeid kan på sitt beste akselerere tilfriskningsprosessen, styrke kreativiteten og øke kunnskapen hos fagpersoner på tvers av tjenester, og ikke minst hjelpe det enkelte barnet og familien tilbake til økt normalitet og meningsfull deltakelse på utviklingsfremmende arenaer.

Avslutning

Å utarbeide effektive behandlingsplaner for barn med FSS krever kreativitet, nysgjerrighet og fleksibilitet hos hjelpeapparatet. Sentralt ligger behovet for en felles forståelse for hvilke biopsykososiale faktorer som bidrar til å opprettholde symptomer hos det enkelte barn. Vi erfarer at investering i nysgjerrig utforskning av hva symptomene hos det enkelte barn representerer, bidrar til å skape en felles vei i det tverrfaglige samarbeidet, og leder oss i retning av livskvalitet og tilfriskning.

Burton, C., Fink, P., Henningsen, P., Löwe, B. & Rief, W. (2020). Functional somatic disorders:

discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine*, 18(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1505-4>

Coakley, R. & Wihak, T. (2017). Evidence-Based Psychological Interventions for the Management of Pediatric Chronic Pain: New Directions in Research and Clinical Practice. *Children (Basel)*, 4(2). <https://doi.org/10.3390/children4020009>

Fink, P. (2017). Syndromes of bodily distress or functional somatic syndromes - Where are we heading. Lecture on the occasion of receiving the Alison Creed award 2017. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 127–130. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.012>

Førde, S., Herner, L. B., Helland, I. B. & Diseth, T. H. (2022). The biopsychosocial model in paediatric clinical practice – An interdisciplinary approach to somatic symptom disorders. *Acta Paediatrica*, 111(11), 2115–2124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/apa.16517>

Gjems, S. & Helgeland, H. (2018). En ung gutt med uforklarlig hodepine og lammelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(13). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0081>

Helgeland, H. & Gjems, S. (2020). Somatiske symptomtilstander hos barn og unge : fra ny viten til klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 657–665.

Helgeland, H., Gjone, I. H. & Diseth, T. H. (2022). The biopsychosocial board – A conversation tool for broad diagnostic assessment and identification of effective treatment of children with functional somatic disorders. *Human Systems*, 2(3), 144–157. <https://doi.org/10.1177/26344041221099644>

- Helgeland, H., Savage, B. & Kozłowska, K. (2024). Hypnosis in the Treatment of Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents. I J. H. Linden, G. De Benedittis, L. I. Sugarman & K. Varga (Red.), *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis* (s. 517–536). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003449126-48>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/struktureert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Ibeziako, P., Brahmhatt, K., Chapman, A., De Souza, C., Giles, L., Gooden, S., Latif, F., Malas, N., Namerow, L., Russell, R., Steinbuchel, P., Pao, M. & Plioplys, S. (2019). Developing a Clinical Pathway for Somatic Symptom and Related Disorders in Pediatric Hospital Settings. *Hospital Pediatrics*, 9(3), 147–155. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0205>
- Kallesoe, K. H., Wellnitz, K. B., Ornbol, E. & Rask, C. U. (2023). Clinical Impact of Systematic Assessment and Psychoeducation in Specialized Treatment of Adolescents with Severe Functional Somatic Disorders: Results from the AHEAD Study. *Children (Basel)*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/children10071101>
- Kozłowska, K., Scher, S. & Helgeland, H. (2020). *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents: A Stress-System Approach to Assessment and Treatment*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3_4
- Löwe, B., Toussaint, A., Rosmalen, J. G. M., Huang, W.-L., Burton, C., Weigel, A., Levenson, J. L. & Henningsen, P. (2024). Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *The Lancet*, 403(10444), 2649–2662. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00623-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00623-8)
- McInnis, P. M., Braund, T. A., Chua, Z. K. & Kozłowska, K. (2020). Stress-system activation in children with chronic pain: A focus for clinical intervention. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 78–97. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1359104519864994>
- Nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske tilstander hos barn og unge. (2022, 7. desember). *Plan for daglige gjøremål*. Nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske tilstander hos barn og unge. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-psykosomatiske-tilstander-hos-barn-og-unge-nkps/plan-for-daglig-gjoremal>
- Rask, C. U., Bonvanie, I. J. & Garralda, E. M. (2018). Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. I M. Hodes, S. Shur-Fen Gau & P. J. De Vries (Red.), *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health* (s. 77–113). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-815310-9.00004-6>
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M. & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS One*, 9(9), e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Simpson, A., Tallur, K. K., Chin, R. F. M., Yong, K. & Stone, J. (2024). Autism spectrum disorder in children and young people with FND. *Journal of Psychosomatic Research*, 182, 111681. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111681>
- Smakowski, A., Hüsing, P., Völcker, S., Löwe, B., Rosmalen, J. G. M., Shedden-Mora, M. & Toussaint, A. (2024). Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 181, 111608. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608>

Twycross, A., Stinson, J., Zempsky, W. & Jordan, A. (2024). *Managing Pain in Children and Young People: A Clinical Guide*. Wiley.

Vassilopoulos, A., Mohammad, S., Dure, L., Kozłowska, K. & Fobian, A. D. (2022). Treatment Approaches for Functional Neurological Disorders in Children. *Current Treatment Options in Neurology*, 24(2), 77–97. <https://doi.org/10.1007/s11940-022-00708-5>

Verdens helseorganisasjon. (1999). *ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget.