

# Evidens

tema  
URO/GYN

Samverkande vårdnivåer  
ska lyfta klimakterievården

"Det finns inget  
manligt klimakterium"

Riskskattning med  
SCORE2/SCORE2-OP

Helena Hallencreutz Grape, uroterapeut och fysioterapeut

*"Män med bäckenbotten-  
smärtor blir bristfälligt  
bemötta"*

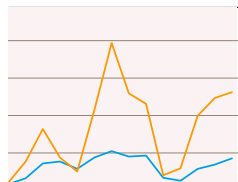
**I fokus:**  
Klimakterie-  
vård

evidens #2.22  
MEDICIN & LÄKEMEDEL

6–25

tema  
URO/GYN

Bokmärke för Kloka listan på mobilen **4**



Mer antibiotika hämtas ut **5**

Samverkande vårdnivåer ska lyfta klimakterievården **6**



Menopausal hormonbehandling (MHT) **11**



Gynekologi på vårdcentral **16**



Problem med tarm och blåsa är en dold folksjukdom **19**



Hög kostnad trots blygsam effekt **24**



"Det finns inget manligt klimakterium" **27**



Patienten **29**

Om riskskattning med SCORE2/SCORE2-OP **30**



Fråga experten **32**



Trygga data om läkemedel för gravida **34**



Fortbildning – ett axplock **36**

## Tydlig jävspolicy tryggar vårt oberoende

**LÄKEMEDELSKOMMITTÉN HAR UNDER** våren arbetat med att ta fram en verksamhetsplan som ska gälla 2022–2024 och arbetet med det är nu i sin slutfas. Den kommer att utgå från fyra fokusområden; Jämlig hälsa, Utveckling av patientmedverkan, Fortbildning samt Läkemedels- och medicinteknikfrågor som en integrerad del i den regionala kunskapsstyrningsorganisationen.

**MYCKET AV DET** som vi ska arbeta med är ju återkommande år från år, till exempel att ta fram Kloka listan, vilket är en viktig del av arbetet för jämlig hälsa genom att den främjar rationell läkemedelsanvändning. Nyligen genomfördes en enkätundersökning kring hur man ser på Kloka listans innehåll och utformning. Vi behöver tolka resultatet med försiktighet, då det var svårt att få en tillräckligt hög svarsfrekvens för att dra säkra slutsatser. Tack till er som tog er tid att svara! Det vi uppfattar är bland annat att många vill ha kvar pappersversionen, men att den börjar bli omfattningsrik och inte bör växa ytterligare.

**I DEN INSTRUKTION** som finns för Läkemedelskommittén anges att den ska vara ett rådgivande expertorgan med huvuduppdrag att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv användning av läkemedel och läkemedelsnära medicinteknik. Behovet av att finnas som en kommersiellt oberoende



FOTO ANNA MOLANDER

de del av sakkunnigorganisationen ökar då påverkan från olika aktörer tycks ske i allt större omfattning. Ett exempel på det är patientfallet i detta nummer, där en patient kontaktats direkt av företag för att öka efterfrågan av specifika analyser och behandling.

**FÖR ATT KUNNA** fortsätta vara oberoende är vår jävspolicy viktig. Vi behöver en god samverkan med läkemedelsindustrin, inte minst som prövare i läkemedelsstudier, men behöver förstås vara fortsatt transparenta kring de relationer vi har med industrin. Därför ingår det även i den kommande verksamhetsplanen att vi ska ha en levande och återkommande diskussion kring jäv och jävspolicy.

**VI HOPPAS ATT** arbetet från läkemedelskommittén och expertgrupperna är ett till stöd i ert arbete med att ge evidensbaserad behandling. Vi ser fortbildningen som ett område vi behöver utveckla, vilket kommer att ske i fortsatt samarbete med bland andra Akademiskt primärvårdscentrum

*Med önskan om en riktigt fin sommar!*

*Åsa Derolf*

Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, enhetschef Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Ansvarig utgivare: Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr  
Redaktion: Martina Junström, chefredaktör, [martina.junstrom@regionstockholm.se](mailto:martina.junstrom@regionstockholm.se) · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Anna Garmen, klinisk farmakolog · Layout: Magnus Edlund. E-post [lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se](mailto:lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se)  
Webbplats: [www.janusinfo.se/evidens](http://www.janusinfo.se/evidens)

Omslagsbild: Helena Hallencreutz Grape. Foto Anna Molander.

Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, juni 2022

Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.

Se [www.janusinfo.se/personuppgift](http://www.janusinfo.se/personuppgift) för mer info.

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: [www.isdbweb.org](http://www.isdbweb.org)



# Prisad kampanj mot onödig antibiotikakonsumtion

**"Ta bara antibiotika när du verkligen behöver det" uppmanade STRAMA Stockholm länets invånare i en kampanj som nu har fått pris i kategorin Månadens design av tidningen Resumé.**

**UNDER VÅREN HAR** Strama Stockholm, med Region Stockholm och 1177 Vårdguiden som avsändare, genomfört en informationskampanj riktad till allmänheten. Budskapet var att ta antibiotika bara när man verkligen behöver det, dels för att inte i onödan störa sin mikrobiota, dels för att öka chansen att hålla sig långsiktigt frisk och inte driva på utvecklingen av resistent bakterier.

Kampanjbudskapet utformades med hänsyn till en undersökning som visar att människor i allmänhet är mer mottagliga för budskap som ligger nära dem själva, snarare än att vädja till samhällsansvar eller ansvar för kommande generationer.

Kampanjen förekom som affischer och annonser i kollektivtrafiken och lokaltidningar, och som



STRAMA Stockholms kampanj mot onödig antibiotikaanvändning fick andra pris för Månadens design i tidningen Resumé.

filmer på sociala medier och utomhustavlor. Materialet togs fram i samarbete med reklambyrån Familjen.

Anna-Lena Fastén

## Bokmärke för Kloka listan på mobilen

**NU KAN DU** nå Kloka listan direkt från mobilskärmen utan att först behöva söka fram den via webbläsaren. På janusinfo.se finns instruktioner för hur du lägger till ett bokmärke på din iPhone- eller Androidskärm.



REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

## Beställ checklista för läkemedelsgenomgång

**EN UPPDATERAD VERSION** av broschyren Checklista för läkemedelsgenomgång finns nu att beställa på janusinfo.se. Checklistan är avsedd att användas som ett verktyg vid arbetet med läkemedelsgenomgångar, enkla och fördjupade.



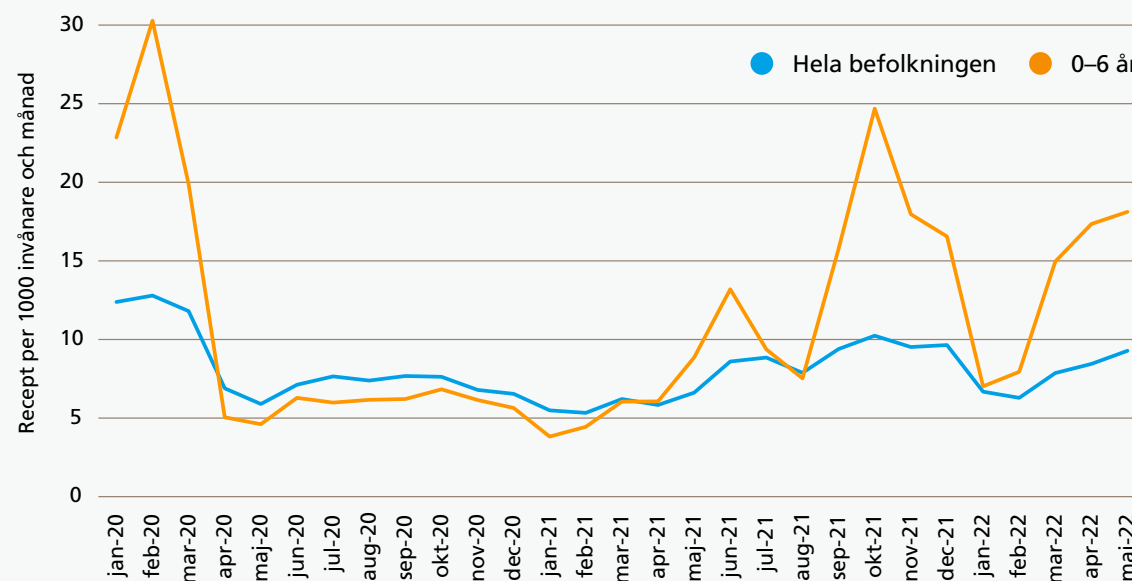
## Mer antibiotika hämtas ut

**PANDEMIN TRYCKTE NER** antalet uthämtade antibiotikarecept till en rekordlåg nivå, men nu ses en ökning med fyra procent sedan årsskiftet. Särskilt är det luftvägsantibiotika till barn som ökat. Fortfarande uppnås det nationella patient-säkerhetsmålet på max 250 antibiotikarecept per

1000 invånare och 12-månadersperiod i Region Stockholm. Vid utgången av maj månad låg nivån på 237 uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare och 12-månadersperiod och vi ligger därmed strax under rikssnittet (240).

Annika Hahlin

Uthämtade recept på luftvägsantibiotika\* för hela befolkningen respektive barn 0–6 år i Region Stockholm januari 2020–maj 2022

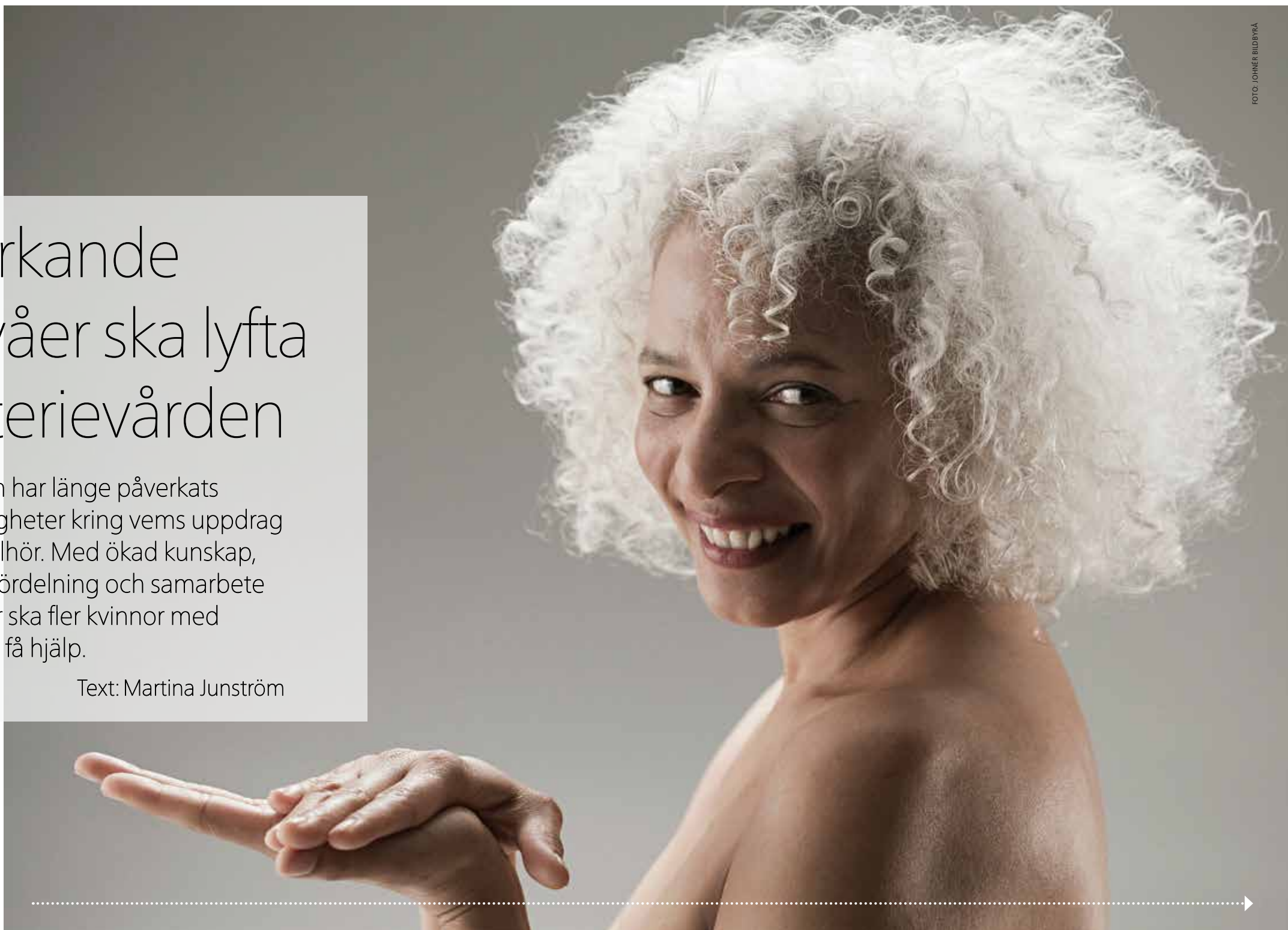


\*Som luftvägsantibiotika räknas PcV, amoxicillin, amoxicillin med klavulansyra, cefalosporiner och erytromycin

# Samverkande vårdnivåer ska lyfta klimakterievården

Klimakterievården har länge påverkats negativt av otydligheter kring vems uppdrag och ansvar den tillhör. Med ökad kunskap, tydligare ansvarsfördelning och samarbete mellan vårdnivåer ska fler kvinnor med klimakteriebesvär få hjälp.

Text: Martina Junström



Trots att var tredje kvinna i klimakteriet har så svåra besvär att hon önskar någon form av behandling, visar Socialstyrelsens kartläggning av klimakterievården i Sverige från 2020\* att många kvinnor har svårt att hitta adekvat stöd och behandling. En uppföljande undersökning 2021\*\* visar även på kunskapsbrister om klimakteriet, framför allt inom primärvården.

– Vi ser att det är viktigt att vårdcentraler, barnmorskemottagningar och öppenvård gynekologi samverkar i den här behandlingen, säger Angelica Lindén Hirschberg, professor i obstetrik och gynekologi och ledamot i RPO Kvinnosjukvård Stockholm Gotland.

Tillsammans med Malin Vikström, samordningsbarnmorska och vårdsakkunnig gynekologi, leder hon ett arbete inom RPO Kvinnosjukvård Stockholm Gotland för förbättrad klimakterievård. I arbetsgruppen ingår representanter från olika yrkesgrupper och vårdnivåer; barnmorskor, primärvårdsläkare, gynekologer och en psykiatriker/gynekolog.

De riktlinjer för klimakterievården som arbetsgruppen arbetar med bygger på en samverkande vårdkedja där barnmorskemottagningar och vårdcentraler är första instans för rådgivning och

behandling. Öppenvård gynekologi tar emot de fall där det finns behov av gynekologisk undersökning och ultraljud, till exempel vid olaga blödningar och misstanke om gynekologisk cancer samt för insättning och uppföljning av systemisk hormonbehandling. Fortbildning ska ge stöd för utökad rådgivning och behandling även i primärvården.

– Tanken är att primärvårdsläkare ska känna sig så bekväma att de också kan nyförskriva hormonbehandling och inte bara förnya recept, säger Angelica Lindén Hirschberg.

## Samverkan kring patienter

De olika vårdnivåerna inom ett geografiskt område samordnas genom utsedda koordinatörer, har möjlighet att konsultera varandra och regelbundet diskutera patientfall.

– Kvinnor ska inte behöva besöka en gynekolog om det inte behövs, säger Malin Vikström. Vi behöver införa ett nytt tankesätt. Den här vården är något vi behöver samverka kring för att lägga den på rätt nivå.

Primärvårdens centrala roll för en jämlik klimakterievård påtalas även av Socialstyrelsen och i Läke-medelsverkets nya behandlingsrekommendationer för menopausal hormonbehandling som är framtagna som stöd i första hand just till primärvården.

– I och med att det blir tydligare uttryckt att klimakteriebehandling även ingår i primärvården tror jag att man lättare identifierar den här problematiken där, säger Angelica Lindén Hirschberg.

En av de viktigaste insatserna för att förbättra vården för kvinnor i klimakteriet är att förbättra rådgivningen, menar hon. Där är barnmorskornas roll viktig, men den ska även kunna ges på vårdcentralen.

– Alla kvinnor som har symtom behöver ju inte

hormonbehandling. Det som möjligen har brustit mest är ju kanske rådgivningen. De här symtomen

” Kvinnor ska inte behöva besöka en gynekolog om det inte behövs. ”



Angelica Lindén  
Hirschberg



Malin Vikström

FOTO: ANNA MOLANDER

## Journalmall i Take Care

Journalmallen för klimakteriebesvär testas sedan sommaren 2021 av ett flertal mottagningar på olika vårdnivåer.

# Menopausal hormonbehandling (MHT)

Angelica Lindén Hirschberg, överläkare, professor, Gynekologi och Reproduktionsmedicin, Karolinska Universitetssjukhuset samt Institutionen för Kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet

skapar ofta oro. Att få veta vad de beror på, vad klimakteriet innebär och hur länge det varar kan vara tillräckligt för många.

## Journalmall i Take Care

Redan nu finns uppdraget kring klimakterievård i Region Stockholm förtydligat på VISS. Som ytterligare stöd för rådgivning och behandling har arbetsgruppen tagit fram en journalmall för barnmorskor och läkare, som testats med goda resultat av ett antal mottagningar sedan 2021.

– Journalmallen ger ett stöd för vilka frågor som

är viktiga att ta upp med kvinnor som söker vård för klimakteriet. Den innehåller också en validerad skala, Menopause Rating Scale, MRS, där kvinnan själv skattar sina symtom så som blodvullningar, sömnproblem, oro och urinvägsbesvär på en femgradig skala. Den är framför allt bra att använda vid uppföljning av behandling, berättar Malin Vikström.

Arbetsmetoden med en samverkande vårdkedja kommer att testas som en pilot under hösten 2022 och planen är att det nya vårdprogrammet ska kunna presenteras innan årsskiftet.

## Fakta

Menopaus infaller vanligen mellan 45 och 55 års ålder med genomsnittsålder på 51 år i Sverige. Prevalensen av kvinnor med vasomotoriska symtom (värmevallningar, svettningar och sömnstörningar) är cirka 70 procent respektive svåra besvär cirka 30 procent. Hos 10–20 procent kvarstår symtomen i 10–15 år. (Källa VISS)

Antalet kvinnor i åldersgruppen 45–55 år i Stockholms län var den 31 dec 2021 **175 911** individer. (Källa SCB)

\* Socialstyrelsen: Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

\*\*Socialstyrelsen: Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).



Klimakteriet är den tidsperiod på ca tio år då östrogenproduktionen från ovarierna successivt minskar för att så småningom stabilisera sig på en låg nivå. De första kliniska tecknen på begynnande klimakterium brukar vara oregelbundna och rikliga blödningar, så kallade anovulatoriska blödningar på grund av utebliven ägglossning. Sju av tio kvinnor drabbas av värmevallningar, svettningar och sömnproblem, så kallade vasomotoriska symtom som brukar dominera vid tidpunkten för menopaus (medianålder 52 år). Urogenitala symtom i form av torra och sköra slemhinnor med ökad risk för lokal infektion förekommer hos cirka hälften av alla postmenopausala kvinnor och är kopplat till uttalad östrogenbrist.

## Systemisk MHT

Ungefär en tredjedel av alla kvinnor har uttalade vallningar, svettningar och sömnbesvär och önskar någon form av behandling. Rådgivning om hälsosam livsstil, inklusive rökstopp och regelbunden fysisk aktivitet bör alltid ges. Den mest effektiva behandlingen vid vasomotoriska symtom är systemisk menopausal hormonbehandling (MHT), det vill säga östrogen med eller utan tillägg av gestagen och kan övervägas till kvinnor där symtomen påverkar livskvaliteten negativt (se faktaruta systemisk MHT). Övriga indikationer för MHT är tidig menopaus (före 45 år) oavsett symtom samt för att förebygga osteoporos vid hög risk för fraktur hos postmenopausala kvinnor där andra osteoporosläkemedel inte är lämpliga eller hos kvinnor i fertil ålder med hypogonadism. Kontraindikationer för systemisk MHT inklusive bröstcancer, se faktaruta.

Generellt gäller principen lägsta effektiva hormondos under begränsad tid. Behandlingen bör påbörjas före 60 års ålder alternativt inom 10 år efter menopaus och medför då positiva hälsoeffekter såsom skydd mot hjärtkärlsjukdom, fraktur och diabetes. Gynekologisk undersökning är inte alltid nödvändig inför start av behandling men vikt, längd och blodtrycksmätning rekommenderas. Mammografi och cellprov bör följas enligt screeningprogram.

## Regim

Regim av systemisk MHT är beroende av om kvinnan har intakt livmoder, om hon fortfarande menstruerar eller om hon har uppnått menopaus.

### Kvinnor som fortfarande menstruerar

Kvinnor med anovulatoriska blödningar utan vasomotoriska symtom behandlas med cykliskt gestagen 10 dagar varje månad, vilket ger en regelbunden bortfallsblödning. Vid vasomotoriska symtom hos en kvinna som fortfarande menstruerar ges östrogen kontinuerligt i kombination med sekventiellt gestagen (12 dagar varje månad) för bästa blödningskontroll. Ett alternativ till sekventiellt gestagentillägg är hormonspiral (Mirena) som ger blödningsfrihet.

### Postmenopausala kvinnor

Alla kvinnor med intakt uterus ska ha gestagentillägg som skydd för endometrieproliferation i livmodern. Postmenopausala kvinnor behandlas företrädesvis med kontinuerlig kombinerad regim med östrogen och gestagen i syfte att ge blödningsfrihet. Ett alternativ är östrogen med utglesad gestagenregim 14 dagar var tredje månad som då framkallar blödning, alternativt hormonspiral.

### Hysterektomerade kvinnor

Kvinnor som saknar livmoder behandlas med östrogen enbart i kontinuerlig regim. Undantag är kvinnor med endometrioida tumörer som bör behandlas med kombinationen östrogen och gestagen.

## Preparatval

Typ av MHT bestäms utifrån en individuell riskbedömning och kvinnans egna preferenser.

### Östrogen

Östrogenkomponenten som används i MHT är bioidentiskt östradiol, det vill säga substansen är identisk med kroppseget hormon. Östradiol finns som peroral och transdermal beredning (plåster, gel eller spray). Transdermal behandling bör väljas till kvinnor med riskfaktorer för blodpropp samt metabol sjukdom.

” Allmänt gäller att MHT är symtombehandling och ska avslutas när symtomen inte längre påverkar livskvaliteten negativt. ”



## Systemisk MHT

### Indikationer

- Vasomotorsymtom <60 år/<10 år från menopaus.
- Tidig menopaus <45 år oberoende av symtom.
- Förebyggande av benförlust vid hög risk för faktur <60 år/<10 år från menopaus.

### Kontraindikationer

- Tidigare genomgången bröstcancer.
- Odiagnostiserad vaginal blödning.
- Aktuell djup ventrombos eller lungemboli.
- Aktuell eller tidigare arteriell hjärt- och kärlsjukdom.
- Allvarlig pågående gall- och leversjukdom.

### Gestagen/progesteron/dydrogesteron

I Sverige används framför allt gestagen i tablettform eller i hormonspiral och ger ett säkert endometrieskydd och god blödningskontroll i kombination med östrogen. Många kvinnor efterfrågar bioidentiskt progesteron som alternativ till gestagen. I dagsläget finns inga sådana läkemedel tillgängliga i Sverige på indikationen MHT. Det går dock att förskriva mikroniserat progesteron på licens. Dydrogesteron är strukturellt progesteron och finns som registrerat läkemedel i sekventiell och kontinuerlig regim. Kunskapsläget om eventuella skillnader i risker och säkerhet med gestagen jämfört med progesteron och dydrogesteron är fortfarande oklart och i nuläget kan därför ingen närmare rekommendation ges.

### Risker

Peroral östrogenbehandling ökar risken för venös trombos medan transdermal östrogenbehandling undkommer första passage-effekten i levern och

## Lokal östrogenbehandling

### Indikationer

- Torrhetkänsla, sveda, irritation och klåda i underlivet.
- Smärta vid samlag, minskad lubrikation.
- Överaktiv blåsa, dysuri.
- Recidiverande urinvägsinfektioner.

### Särskilt övervägande

- Vid tidigare genomgången bröstcancer rekommenderas lokal östrogenfri behandling i första hand.
- Vid utebliven effekt av östrogenfri behandling kan lågdos lokal östrogenbehandling övervägas.

förefaller inte öka risken för blodpropp. MHT har samband med en något ökad risk för bröstcancer som tilltar med behandlingstidens längd och varierar med behandlingsregim. Högst risk har MHT i kombinerad kontinuerlig regim och lägst risk med östrogen enbart som dock endast ges till hysterektomerade kvinnor.

### Behandlingslängd

Allmänt gäller att MHT är symtombehandling och ska avslutas när symtomen inte längre påverkar livskvaliteten negativt. Hur länge behandlingen ska pågå bedöms individuellt. Enda undantaget är kvinnor med tidig menopaus som ska erbjudas behandling upp till åtminstone normal menopausålder (52 år) eller längre för att förebygga osteoporos, hjärtkärlsjukdom och demens.

## Lokal östrogenbehandling

Indikationer för lokal östrogenbehandling är torrhetkänsla, sveda, irritation, klåda och samlags-smärta till följd av vaginal atrofi, samt överaktiv blåsa och recidiverande urinvägsinfektioner, se faktaruta. Särskilt övervägande gäller för kvinnor med tidigare genomgången bröstcancer då lokal

östrogenfri behandling rekommenderas i första hand. Vid utebliven effekt kan dock lågdos lokal östrogenbehandling övervägas (se Nationellt vårdprogram för bröstcancer). Behandlingen är effektiv

så länge den pågår men effekten upphör ganska snabbt efter avslutad behandling. I de flesta fall kan lokal östrogenbehandling rekommenderas livet ut.

### Läs mer

**Klimakteriebesvär** klokalistan.se

**Riktlinjer för östrogenbehandling av klimakteriella besvär** janusifo.se

**Klimakteriebesvär** viss.nu

**SFOG – Råd för menopausal hormonbehandling** sfog.se

## Ny behandlingsrekommendation

Läkemedel vid klimakteriesymtom, menopausal hormonbehandling (MHT)  
Behandlingsrekommendation, april 2022



## Fysisk aktivitet kan minska besvär

### LEVNADSVANOR OCH FYSISK aktivitet

aktivitet har betydelse för klimakteriebesvär. Mycket tyder på att regelbunden aerob fysisk aktivitet och muskelstärkande träning förebygger och lindrar vasomotorsymtom, det vill säga värmevallningar och svettningar. Regelbunden motion och styrketräning har även effekt på andra klimakteriebesvär som påverkar livskvaliteten negativt, så som problem med sömnen, nedstämdhet och stress.

Martina Junström

### Rekommenderad fysisk aktivitet vid vasomotorsymtom i klimakteriet

Kvinnor i klimakteriet med vasomotorsymtom bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att:

- Minska vasomotorsymtom (+ till +++)
- Förbättra hälsorelaterad livskvalitet, inklusive sömn (++ till +++)

► AEROB fysisk aktivitet			► MUSKELSTÄRKANDE fysisk aktivitet			
Intensitet	Duration minuter/vecka	Frekvens dagar/vecka	Antal övningar	Repetitioner	Set	Frekvens dagar/vecka
Måttlig	Minst 150	3-7	8-10	8-12	2-3	2-3
eller						
Hög	Minst 75	3-5				
eller						
kombinerad måttlig och hög intensitet i minst 90 minuter/vecka (30 min, 3 dagar/vecka)						

Måttlig intensitet: 40-59% VO<sub>2</sub>R, RPE 12-13. Hög intensitet: 60-89% VO<sub>2</sub>R, RPE 14-17. VO<sub>2</sub>R = VO<sub>2</sub>max - VO<sub>2</sub> i vila. Med 8-12 repetitioner avses den högsta belastning som kan lyftas genom hela rörelsebanan 8-12 gånger, det vill säga 8-12 RM (repetitionsmaximum).

### Källa: FYSS 2021

Handboken FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) ges ut av Läkartidningens förlag på uppdrag av Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, YFA.





FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

# Gynekologi på vårdcentral

Många gynekologiska besvär kan behandlas på vårdcentralen, även utan tillgång till gynstol. Behandlingsrekommendationer finns på VISS och i Kloka listan.

*Lisa Söderman, med dr, specialistläkare Octaviakliniken, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp Kvinnosjukdomar och förlossning*

Hur mycket gynekologi som tas om hand på vårdcentraler skiljer sig mellan regionerna, beroende på politik, traditioner och tillgång på gynekologer i området. Det finns många gynekologiska åkommor som initialt skulle kunna omhändertas på vårdcentral av den intresserade, med eller utan gynstol. Detaljerade behandlingsrekommendationer finns på VISS och i Kloka listan.

Efter vägledande anamnes, inklusive sexualanamnes, kan klinisk undersökning göras på brits på patienter som söker för **blåsor, sår, vårtor eller klåda** i vulva och introitus samt för att bedöma vaginal flytning hos patienter utan smärta, blödning, feber eller allmänpåverkan.

## Sexualanamnes vid STI

Provtagning för **sexuellt överförda infektioner** bör tas vid oro eller symptom. Provtagningens lokalisering beror på sexualanamnesen\*. Vid vaginala besvär tas provet företrädesvis vaginalt, självprovtagning är ett alternativ, men urinprov är inte lika tillförlitliga. I vissa fall är serologisk undersökning indicerad, till exempel för hiv. I Stockholm finns möjligheten att remittera för smittspårning av klamydia, mer information finns på Vårdgivarguiden – smittskydd.

**Vid menstruationsrelaterade besvär** krävs ingen gynekologisk undersökning för att initiera behandling med kombinerade eller gestagena p-piller, samma gäller vid antikonception och mensförskjutning. Anamnes, inklusive hereditet, och ett blodtryck bör tas inför förskrivning. Kvinnor med rikliga menstruationer kan ha god hjälp av tranexamsyra förutom av hormonella preparat. Glöm inte att anemiprover och koagulationsutredning kan vara indicerat på dessa kvinnor med rikliga blödningar. Vid nyttkomna besvär eller om insatt behandling inte har effekt bör patienten träffa en gynekolog.

Vid mensvärk är tidigt insatt behandling med analgetika och p-piller viktigt för att minska lidande och frånvaro från skola och arbete. Analgetikan bör tas såsom vid migrän, i fulldos vid första symptom.

\*Vårdgivarguiden.se, sök på "frågemall för sexualanamnes" respektive "lathund för provtagning sexuellt överförda infektioner".



Lisa Söderman

FOTO: PRIVAT

” Vid mensvärk är tidigt insatt behandling med analgetika och p-piller viktigt för att minska lidande och frånvaro från skola och arbete. ”

Premenstruell dysforisk störning (PMDS/ PMS) diagnosticeras med anamnes. Behandling med kombinerade p-piller (med drospirenon) eller med SSRI från ovulation till mens kan initieras.

**Urinträngningar och UVI**, även recidiverande, utreds och behandlas på vårdcentral. Antibiotikaproylax kan övervägas vid recidiverande UVI, post-koital eller kontinuerlig regim.

## Behandling vaginal atrofi

Ungefär 50 procent av postmenopausala kvinnor har symptom på vaginal atrofi till följd av östrogenbrist. I symptombilden ingår recidiver-

ande UVI, urinträngningar vid samtidigt urogenital atrofi. Dessa symptom tilltar ofta med åldern. Även klåda, sveda, ökad flytning och ytlig samlagssmärta förekommer. I typiska fall ses atrofiska slemhinnor som är sköra, bleka med utslätad veckbildning eller rodnade med petekier. Undersökning är inte alltid nödvändig. Lokalbehandling med östrogen har endast en kontraindikation: pågående behandling med aromatshämmare vid bröstcancer.

Basal utredning av inkontinens med anamnes inklusive läkemedelsgenomgång, miktionslista och urinsticka kan föregå gynekologisk undersökning.

## Graviditet

Kvinnor som har besvär och symptom som hör samman med **normal graviditet** såsom nästap-

pa, bäcken- och ryggsmärta, graviditetsillamående, urinvägsinfektion som inte behöver obstetrisk kompetens kan handläggas på vårdcentralen. Liksom bedömning av arbetsförmågan hos dessa patienter.

Hypotyreos som funnits före graviditeten kan handläggas på vårdcentral under och efter graviditet. Andra samtidigt förekommande sjukdomar som funnits före graviditeten sköts i samråd med obstetriker. Hypertoni under graviditet handläggs av gynekolog. Efter förlossning remitteras de med kvarstående blodtrycksförhöjning efter graviditetshypertoni eller preeklampsi till vårdcentral.

**Klimakteribesvär** tas upp i separat artikel, se sid 11.

## Fakta om p-piller

P-piller kan förskrivas utan gynekologisk undersökning för antikonception, PMDS/PMS, mensvärk, mensförskjutning.

### Kombinerade p-piller (östrogen och gestagen)

Kontraindikationer: Tidigare egen eller hereditet för djup ven- eller artärtrombos (förälder eller syskon), koagulationsdefekt, familjär hyperlipidemi, sjukdom i hjärtklaffarna med ökad risk för trombos, migrän med aura, tidigare cerebrovaskulär- eller myokardsjukdom, egen bröstcancer, uttalade varicer, akut intermitterent porfyri, SLE, Ulcerös colit, Mb Crohn, rökning om >35 år, BMI >35 (relativ kontraindikation vid BMI 30–35).

### Positiva hälsoaspekter

- Minskad smärta vid menstruation.
- Minskad blödningsmängd, vilket minskar förekomsten av järnbristanemi.
- Regelbundna blödningsalternativt blödningsfrihet.
- Minskad förekomst av funktionella ovarialcystor.

- Minskad risk för äggstocks-, livmoder- och kolorektalcancer.

### Negativa hälsoaspekter

- Ökad risk för venös tromboembolism. Östrogenkomponenten står för den ökade blodproppsrisk och gestagenkomponenten modifierar risken. Den årliga trombosincidensen hos friska kvinnor i fertil ålder som inte använder p-piller är 2/10 000. För p-pilleranvändare är motsvarande siffra 5–12/10 000 att jämföra med incidensen vid graviditet som är 10–30/10 000.
- Ökad risk för stroke hos kvinnor som har migrän med aura varför östrogenfri metod bör förskrivas till dessa.
- Gestageninnehållet varierar med olika preparat och står för huvuddelen av de upplevda biverkningarna, såsom bröstsvullnad, humörpåverkan och nedstämdhet.

### Gestagena preparat (utan östrogen); p-piller, implantat, spiral:

Kontraindikationer: bröstcancer, svår leversjukdom.



Helena Hallencreutz Grape, uroterapeut och fysioterapeut, mottagningen för urologiska sjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

FOTO: ANNA MOLANDER

# Problem med tarm och blåsa är en dold folksjukdom

Inkontinens är vanligt, men kan vara svårt för patienter att prata om. En annan grupp patienter hos uroterapeut Helena Hallencreutz Grape har smärtor och får diagnosen bäckenbottensmärtssyndrom. Här är avslappning en viktig del i behandlingen.

Inkontinens är en folkhälsosjukdom som ökar med stigande ålder och ofta debuterar ihop med annan sjukdom, som stroke och demens eller efter behandling för prostatacancer.

– Det är värt att fråga om detta på vårdcentralen då problem med blåsa och tarm inte är en del av naturligt åldrande, säger Helena Hallencreutz Grape, uroterapeut och fysioterapeut, verksam vid mottagningen för urologiska sjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

Kvinnor kan drabbas av inkontinens vid graviditet och efter förlossning. Tecken på blåsdysfunktion är att ha svårt att hålla tätt, svårt att tömma blåsan, eller problem med täta trängningar. Tarmdysfunktion manifesteras på liknande vis och patienter kan även ha sexuella problem.

I lilla bäckenet interagerar den viljemässigt styrda bäckenbottenmuskulaturen med de autonomt innerverade organen. Besvär med inkontinens men även trängningar, tömningsbesvär eller smärta kan därför uppstå på grund av en svag eller alltför spänd muskulatur.

Ett problem som Helena Hallencreutz Grape

pekar på är uppdelningen mellan specialiteterna.

– Lilla bäckenet är komplext och organen fungerar i samverkan, men vi har separerat funktionerna och delat in dem i gynekologi, urologi och gastroenterologi. Alla specialister är bra på sin del, men vi behöver se helheten, säger hon.

På vårdcentralen bör man därför fråga om blås-, tarm- och sexuella besvär, se ruta.

## Olika kompetenser

Majoriteten av uroterapeuter är sjuksköterskor i botten. Uroterapeutisk utredning och behandling skiljer sig inte mellan dem och fysioterapeuter men fysioterapeuter är i allmänhet duktiga på muskulatur (liksom led och nervfunktion), muskelfunktion och rehabilitering, där sjuksköterskor inte har samma kompetens.

Hos uroterapeut kartläggs blåsfunktionen. Inför besöket förs dagbok över när och hur mycket patienten kissar och vid inkontinensbesvär vägs skydden för att mäta läckage. Vid första besöket görs ett miktogram. Då kommer man nödig och får

mycket man kissar är värdefull för att kartlägga blåsans funktion.

- Blåsträning handlar i grunden om att kontrollera trängningen och skjuta upp att kissa längre stunder. Blåsträning i kombination med bäckenbottenträning är gynnsamt då det hjälper patienten med att kontrollera sin kissnödighet och att parera läckage vid trängning.

- Det finns en mycket bra evidensbaserad hemsida framtagen för vårdpersonal om blås och tarmfunktion hos vuxna och barn.

<http://nikola.nu/kvalitetsprogram/vuxen-blasa/utreda-vuxen-blasa>

- Vid behov kan patienten remitteras till uroterapeut.

Internationella studier visar att 10–14 procent av alla män någon gång i livet drabbas av bäckenbottensmärtsyndrom.



## På vårdcentralen

- Fråga om patienter som har problem med att hålla urin även har problem med avföring. Var beredd på att det ärliga svaret kan dröja till besöket efter.
- Uteslut urinvägsinfektion.
- Vid trängningsbesvär med kort duration bör gynekologisk cancer uteslutas.
- Kontrollera blåstömningsförmågan/ förekomst av residualurin, med hjälp av blåsskanner alternativt tappningskateter.
- Har patienten annan sjuklighet som kan påverka?
- En basal miktionsutredning där patienten för dagbok över hur ofta och

## Om bäckenbottensmärttsyndrom hos män

- Drabbar män i alla åldrar.
- Har oftast ingen koppling till inflammation eller infektion i prostatakörteln.
- Tänk på bäckenbottenmuskulaturen och ta med den i utvärderingen.
- Remittera till fysioterapeut som kan bedöma muskeloskeletal funktion i och kring bäckenet.
- På [viss.nu](https://viss.nu) finns vårdprogram vid "kronisk prostatit".

Länk: <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/kronisk-prostatit>



kissa på en speciell toastol, som mäter volym och flöde. Med ultraljud mäts eventuell residualurin.

Konservativ behandling kan vara råd kring blåstömningsstrategier, vätskeintag, utprovning av hjälpmedel som inkontinensskydd och blås- och bäckenbottenträning.

### Problem med bäckenbotten

Bäckenbottenproblematik, som också kan inkludera smärtor, lyfts i dag framför allt som en förlossningskomplikation.

– Det är av godo, då gruppen generellt varit underbehandlad och många har ansett att "det

är så" efter en förlossning. Men jag vill även lyfta männen, säger hon och fortsätter:

– Internationella studier visar att 10–14 procent av alla män någon gång under sitt liv drabbas av bäckenbottensmärttsyndrom.

Vid mottagningen för urologiska sjukdomar där Helena Hallencreutz Grape arbetar utreds både kvinnor och män med bäckenbottensmärtor och vid anamnes frågar man även om tarm- och sexuell funktion.

– För många är det en överraskning att besvären kan hänga samman och de har ofta inte fått frågan tidigare, säger hon.

Vid en yttre fysisk undersökning bedöms

muskulatur i och kring bäckenet, rörlighet i rygg, bäcken och ben samt nervfunktion. Vid en inre undersökning, per analt eller vaginalt, undersöks bäckenbottens muskulatur med avseende på funktion och spänningsgrad.

Vid spänningsbesvär inriktas behandlingen på att patienten ska lära sig slappna av bäckenbotten, genom manuell guidning under palpation och avspänningstekniker. Parallellt introduceras patienten i ett självträningsprogram.

Här får man träna på generell avslappning, genom att djupandas och minska stress. Stretch kan vara en del samt kroppskännedomsträning. Patienter får även tips om fysisk aktivitet och värme. Exempelvis hjälper en varm vetekudde mot underlivet ofta mot smärta, ökar cirkulationen och bidrar till avslappning.

– Vissa kvinnor och män kan ha utsatts för sexuella övergrepp som resulterar i en muskulär "stopp/stäng"-reaktion. I de fallen kan stöd via psykolog vara värdefullt, säger hon.

Målet är tydlig symtomlindring och bättre livskvalitet, och många kan bli smärtfria.

– Men det beror förstås på hur länge man gått med problemen, säger hon.

### Mäns problem underbeforskade

Helena Hallencreutz Grape är doktorand vid Karolinska Institutet och forskar om bäckenbottensmärttsyndrom hos män.

– Det är ett underbeforskat område i Sverige, och många läkare vet inte hur de ska hjälpa denna grupp, säger hon.

I en första delstudie har ett engelskt frågeformulär översatts till svenska, med nio frågor inom områdena smärta, urologi samt livskvalitet.

– Det finns inget svenskt formulär och vi hoppas att det kan börja användas inom vården som ett objektivet bedömningsinstrument, säger hon.

I en behandlingsstudie ska 40 patienter ingå. Hälften lottas till sexmånaders behandling med avspänning och bio-feedback med hjälp av elektromyografi, EMG. Via en skärm ser patienten hur bra man är på att spänna och slappna av muskler



i underlivet. Resterande lottas till kontrollgrupp, som längre fram erbjuds behandling.

Utfallsmåttan är det ovan nämnda formuläret. Deltagarna genomgår även en urodynamisk undersökning, där blåsfunktionen mäts, tillsammans med EMG av bäckenbotten.

Enligt en tysk studie publicerad i Journal of

Psychosomatic Research led 95 procent av männen med bäckenbottensmärtssyndrom också av minst en psykiatrisk sjukdom, oftast ångest och depression.

– De blir bristfälligt bemötta, det finns ett hål i vården som vi vill täppa till, säger Helena Hallencreutz Grape.

Lotta Fredholm

### Referens till tyska studien

Brünahl, C. et al. (2017) 'Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS)', Journal Of Psychosomatic Research, 98, pp. 19–26. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.011

Länk: se janusinfo.se

### För den som vill läsa på om bäckenbottensmärt

Rees, and Doble, A. (2015). Diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: PROSTATE DISEASE. Trends in Urology & Men's Health, 6(1), 12–17.

Länk: se janusinfo.se

# Hög kostnad trots blygsam effekt

De perorala läkemedlen mot överaktiv blåsa har alla blygsam effekt. Trots det hämtades det ut mirabegron (Betmiga) till en kostnad av nästan 34 miljoner kronor i Stockholms län under 2021.

Vid överaktiv blåsa har patienten trängningar med eller utan trängningsinkontinens, oftast med frekventa miktionstillfällen och nocturi, utan förklaring. För närvarande saknas perorala läkemedel med bra effekt.

På Kloka listan rekommenderas tolterodin, ett antikolinergikum som har använts kliniskt under lång tid och vars effekt och biverkningar är kända. Tolterodin är också generiskt utbytbar.

Mirabegron (Betmiga) är en beta-3-agonist med likvärdig effekt som tolterodin, men med en annan biverkningsprofil. Den placebojusterade effekten av mirabegron 50–100 mg är en minskning av antalet inkontinensepisoder per dygn med 0,3–0,5 och en minskning av antalet miktioner per dygn med 0,4–0,7 [1, 2\*]. I en studie med äldre som fick mirabegron 25–50 mg var motsvarande siffror 0,6 respektive 0,7 [3\*]. Rekommenderad dos är 50 mg

per dygn. Enligt TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) ska ett antikolinergikum först ha prövats och inte tolererats innan mirabegron (Betmiga) sätts in. Trots Kloka listans rekommendation och TLVs begränsning av subventionen förskrivs mirabegron/Betmiga ofta utan att annan behandling prövats innan. Under 2021 hämtade drygt 12 000 personer ut mirabegron/Betmiga minst en gång på recept, varav cirka 2 300 var nyinsättningar. Av dessa hade 85 procent inte prövat något antikolinergikum (inom en tolv månadersperiod) före insättning av mirabegron/Betmiga.

Den totala kostnaden för uthämtandet av Betmiga under 2021 var knappt 34 miljoner och kostnaden för regionen var cirka 25 miljoner.

### Seponera mera

I första hand rekommenderar Kloka listan icke-farmakologisk behandling som till exempel blås- och bäckenbottenträning, metoder som visat goda resultat. Även livsstilsförändringar så som viktnedgång och kontroll på det dagliga vätskeintaget är en viktig del av behandlingen.

– Det är viktigt att det görs en noggrann utredning i primärvården innan behandling inleds och fokus ska sen främst ligga på förändrade levnadsvanor och blåsträning. Först därefter blir det aktuellt att pröva läkemedel och då är tolterodin förstahandsvalet säger Caroline Elmér, med dr, specialistläkare gynekologi och urologi på Stockholms UroGynmottagning och ordförande i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för urinvägssjukdomar.

Om peroralt läkemedel sätts in mot överaktiv blåsa är det viktigt att utvärdera effekten efter cirka en månad. Vid utebliven effekt eller biverkningar av läkemedelsbehandlingen ska läkemedlet sättas ut.

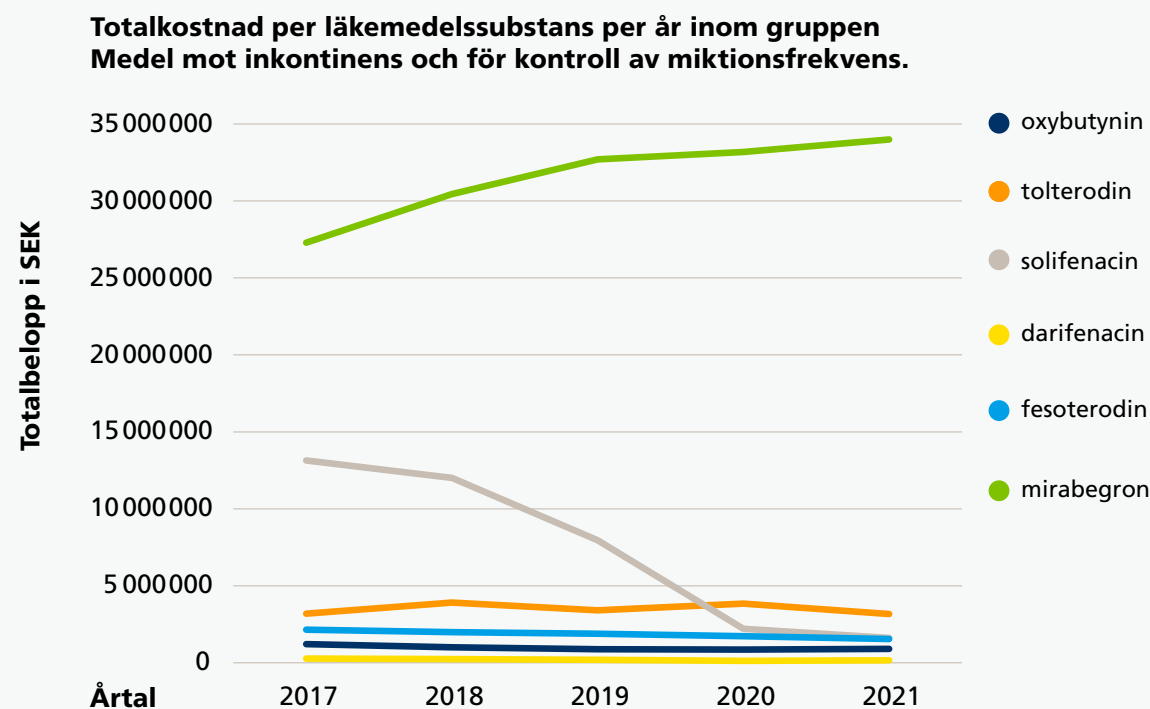
Susanne Elfving

\*Referenser: se janusinfo.se



Klokt råd:

Välj icke-farmakologisk behandling före läkemedel vid överaktiv blåsa. Seponera mera.



# "Det finns inget manligt klimakterium"

Förskrivning av testosteronsubstitut till medelålders män ökar i takt med en allt mer spridd föreställning om ett manligt klimakterium. Låga testosteronvärden och hypogonadism är i själva verket ovanligt och beror oftast på en underliggande sjukdom, inte stigande ålder.

*Mikael Lehtihet*, docent, överläkare, medicinkliniken Capio S:t Görans sjukhus och ledamot i expertgruppen Endokrina sjukdomar

Enligt Socialstyrelsen har andelen män som hämtat ut minst ett testosteronrecept per år ökat mer än 150 procent mellan 2006 och 2021. Den största gruppen utgörs av män i åldern 45–64 år. Förskrivningen varierar påtagligt regionalt, högst är den i Stockholm och Gotland, lägst i Östergötland.

Den ökande förskrivningen speglas i försäljningsvärdet av testosteron som har ökat med 756 procent mellan 2000 och 2020 (från 8,7 till 98 miljoner kronor). År 2020 omfattades förskrivningen till 75 procent (73 miljoner kronor) av läkemedelsförmånssystemet.

## Aktiv marknadsföring

Med aktiv marknadsföring och reklam från vissa läkemedelsaktörer får många män som har passerat 40-årsstrecket förslag om att kontrollera sina testosteronvärden, för att sedan erbjudas abonnemang på testosteronsubstitution. Detta till en kostnad för den enskilde individen på mellan 400 och 500 kronor i månaden.

Problemet vetenskapligt med detta är att testosteronnivåerna och det aktiva fria testosteronet nästan inte sjunker någonting med stigande ålder trots att myten säger annat. Även en 80- eller

90-årig man har, under förutsättning att inte andra allvarliga underliggande sjukdomar föreligger, testosteronnivåer tillräckliga för att säkerställa kroppens behov av detta hormon.



Mikael Lehtihet

Föreställningen om ett manligt klimakterium orsakat av sjunkande testosteronnivåer motsvarande det kvinnor upplever när deras östrogennivåer sjunker under klimakteriet är en myt.

## Inte avgörande för lust

Ett återkommande försäljningsargument för testosteronsubstitution är att det kan hjälpa män som upplever problem med minskad lust eller erektil dysfunktion.

Testosteron är ett steroidhormon som både män och kvinnor har, viktigt för bland annat skelett,

muskelmassa och sexuell lust. Koncentrationen av testosteron är cirka 10–20 gånger högre hos män än hos kvinnor

Trots betydligt lägre testosteronnivåer hos kvinnor är det intressant att notera att faktorer som vi bedömer vara testosteronberoende, exempelvis den sexuella lusten, inte skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Ofta hänger lust samman med var i livet man befinner sig, relation med partner, underliggande sjukdomar och inte minst tid, med och för varandra. Testosteronbrist i sig är en ovanlig orsak till sexuella dysfunktioner hos män, även om det förekommer.

## Orsak och diagnoser

Diagnosen hypogonadism kan ställas om testosteronnivåerna är låga vid upprepade tillfällen med samtidiga kliniska symtom på lågt testosteronvärde.

Tillståndet delas upp i primär orsak (sviktande insöndring från testiklar) eller sekundär orsak (sviktande funktion från hypotalamus eller hypofys). Primär hypogonadism innebär ett högt LH-värde och ett lägre testosteronvärde. Vid sekundär hypogonadism ses ett lågt LH-värde och ett lågt testosteronvärde. Det finns oftast en underliggande sjukdomsorsak bakom dessa två olika hypogonadism-diagnoser. Nivådiagnostik och adekvat diagnos är här ytterst viktigt för att inte missa underliggande sjukdomar, framför allt i centrala nervsystemet vilka kräver annan behandling.

## Lågt värde ovanligt

Forskning motsäger populära föreställningar om att testosteronbrist skulle vara vanlig bland medelålders män. I en av de största studierna som gjorts på män med lågt testosteronvärde (Testosterone Trials) skickade man ut mail till en miljon män, gjorde 50 000 telefonintervjuer och hittade slutligen 788 män (med en medelålder på 72 år) med testosteronvärden i nedre referensintervallet. Hur många av dessa som definitionsmässigt hade hypogonadism är oklart. Sammanfattningsvis är både lågt testosteronvärde och hypogonadism

ovanliga tillstånd som ofta beror på en underliggande sjukdom.

En diagnos som inte är helt vedertagen och där det saknas både vetenskaplig dokumentation och säkerhetsdata, är mixad hypogonadism med LH-värde i det nedre normala referensintervallet och testosteronnivåer i det nedre referensintervallet. Det finns många olika medicinska tillstånd som kan ge en sådan biokemisk bild. Forskningen kring dessa tillstånd är i stort sett obefintlig och vi vet i dag inte om vi gör nytta eller mer skada vid initiering av behandling. Försiktighet rekommenderas därför om behandling initieras för dessa tillstånd.

## Inte en problemfri behandling

Självfallet ska män med adekvat konstaterad hypogonadism-diagnos erbjudas behandling. Men testosteron är inte ofarligt. Tillgängliga data från långtidsstudier talar för ett visst samband med ökad risk för hjärt/kärlsjukdomar. Prospektiva studier om eventuell kardiovaskulär risk saknas fortfarande och det är oklart om risken för prostatacancer ökar eller om den blir mer aggressiv vid testosteronbehandling. Därtill krävs god kunskap och engagemang kring de differentialdiagnoser som kan vara aktuella för män som söker med till exempel trötthet och sexuella problem. Tvärtemot vad många tänker sig är det sällan potensproblem eller lustproblematik beror på hypogonadism.

### Referenser

För referenser se [janusinfo.se](http://janusinfo.se)

### Läs mer

Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro HTA-rapport 2022:48

En kartläggning av testosteronförskrivning – aktuell statistik från Sverige och övriga Norden, kostnader, en global litteraturöversikt samt etiska reflektioner



Skanna QR-koden

## P A T I E N T E N

**Lennart är en 68 årig man. Tidigare gärna spelat tennis och golf. Sedan ålderspensionen viss nedstämdhet och lagt på sig 8 kg i vikt. Är 185 cm lång och väger nu 105 kg. (BMI 30,6 kg/M<sup>2</sup>). Har behandling för hypertoni, hyperlipidemi sedan 60 års ålder, samt sedan två år tillbaka behandling med SSRI pga viss nedstämdhet, kanske lite bättre i humöret efter att behandling insattes. Sista tiden oftare huvudvärk på eftermiddagen efter tuppluren. Sista åren också noterat svårighet att bibehålla erektion vid samliv. Har därför mer eller mindre tappat lusten.**

**Vid sin senaste födelsedag fått ett presentkort av barnen på 400 kr för att kolla upp sig på ett av de företag som erbjuder blodprovtagning. Efter att ha läst på webben om trötthet och dålig erektion så fick han tips från en hemsida att det kan bero på testosteronbrist. Pengarna räcker precis för att kolla serumtestosteron för 395 kr. Efter ett par dagar får han svar att testosteronvärdet var värdet var 4.6 nmol/L (referensintervall 6,7–26 nmol/L).**

Lennart kontaktar sin husläkare då han vill ha behandling med testosteron. Husläkaren som han haft i flera år gör en ordentlig undersökning. Noterar att blodtrycket ligger bra, blodfetterna bra. Prostataundersökningen är normal och testiklarna normalstora bilateralt på drygt 15 ml vardera.

Förnyad blodprovtagning nu via husläkarens omsorg visar S-testosteron 5,1 nmol/L, ett Hb värde på 130 g/L (134–170 g/L), LH 3,5 E/L (1,7–8,6 E/L), PSA 0,8 ug/L (<3 ug/L).

*Mikael Lehtihet*, docent, överläkare, medicinkliniken Capio S:t Görans sjukhus och ledamot i expertgruppen Endokrina sjukdomar

Lennart betalade för undersökning och provtagning 250 kr och funderar på varför han inte gick till sin vårdcentral från början.

Lennarts läkare som har varit med ett tag inser att LH-värdet är något lågt i förhållande till testosteronvärdet. Han tar en snabbtitt i [viss.se](http://viss.se) avseende testosteronbrist och kan snabbt konstatera att bilden skulle kunna stämma med en sekundär hypogonadism, det vill säga hypogonadotrop hypogonadism, där det finns någon bakomliggande sjukdom i hypotalamus och/eller hypofys. Han skriver en remiss till upptagningsområdets endokrinmottagning som tar om proverna, samt kompletterar med utvidgad blodprovtagning där man bekräftar proverna som togs tidigare samt konstaterar att serum prolaktinvärdet som togs för att utvärdera hypofysen är på 3250 mIE/L (86–324). En MR av hypofysen bekräftar ett hypofysadenom mätandes 7x7x8 mm. Diagnosen blir ett prolaktinsecernerande hypofysadenom.

Behandling inleds med en dopaminagonist. Efter 6 månader är prolaktinvärdet normaliserat, Hb värdet 152 g/L och testosteronvärdet fastande på morgonen 11,2 nmol/L.

Lennart känner sig piggare, har satt ut sin SSRI i samråd med sin läkare och är helt nöjd med både lust och att potensen normaliserats. Han är också tacksam att korrekt diagnos ställdes och att man inte "bara" gav honom testosteron som hade fördröjt rätt diagnos ytterligare med risk för andra komplikationer.

# Om riskskattning med SCORE2/SCORE2-OP

Innan det är aktuellt att använda riskskattningsverktyget SCORE2/SCORE2-OP behöver man ta ställning till vilka andra sjukdomar och riskfaktorer patienten har.

Tomas Forslund, med dr, distriktsläkare, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar

Behandling av hypertoni är aktuellt oavsett patientens övriga riskfaktorer.

Behandling med högpotent statin, samt ofta tillägg av ezetimib till patienter med känd aterosklerotisk kärlsjukdom (ischemisk hjärtsjukdom, TIA/ischemisk stroke, PAD) är högt prioriterat.

Dessutom har nästan alla med typ-2 diabetes indikation för statinbehandling. Det är ofta indicerat att även här använda högpotent statin samt, i utvalda fall tillägg av ezetimib.

Hos patienter med hypertoni bedöms följande grupper ha klinisk nytta av statinbehandling: Män över 55 år (eller kvinnor över 65 år) med ytterligare en eller flera riskfaktorer i form av arvet, nuvarande/tidigare rökning, svårbehandlat blodtryck, låg fysisk aktivitet, bukfetma, mycket högt eller högt total kolesterol (> 8 mmol/l respektive > 4,9 mmol/l) eller LDL (> 4,9 mmol/l respektive > 3,0 mmol/l), nedsatt njurfunktion (eGFR < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>), mikroalbuminuri eller tecken till vänsterkammarrhypertrofi på EKG. Även yngre individer med stor riskfaktorbelastning bedöms ha nytta av statinbehandling. Indikationen för högpotent statin samt i utvalda fall tillägg av ezetimib, blir en klinisk bedömning baserad på kolesterolvärden och riskfaktorspektrum.

Sett över en livstid så kommer majoriteten av befolkningen att få en eller flera riskfaktorer och/eller kardiovaskulära sjukdomar. Allvarliga hjärtkärlhändelser är fortfarande den vanligaste dödsorsaken och kardiovaskulära komplikationer skapar mycket lidande och funktionsnedsättning.

Här kan riskskattningsverktyget SCORE2/SCORE2-OP användas som utgångspunkt för fortsatt samtal avseende åtgärder för att minska den kardiovaskulära risken. SCORE2/SCORE2-OP används i första hand hos en patient som är obehandlad och utan känd aterosklerotisk sjukdom eller diabetes mellitus.

SCORE2/SCORE2-OP är en vidareutveckling och uppdatering av SCORE och skiljer sig på viktiga punkter.

- Kardiovaskulär risk innefattar som tidigare risken för kardiovaskulär död inom 10 år. Nytt är att risktabellerna nu även inkluderar skattad risk för icke-fatal hjärtinfarkt eller stroke inom 10 år.
- SCORE2-OP (older people) anger risker upp till 89 år ålder. SCORE2 gäller för 40–69 år.
- Totalkolesterol som riskfaktor har ersatts av "icke-HDL-kolesterol" vilket ger en bättre representation av skadliga kolesterolfraktioner i blodet.

- I Sverige ska tabellerna med "måttlig kardiovaskulär risk" användas. Tidigare räknades Sverige som ett lågriskland.

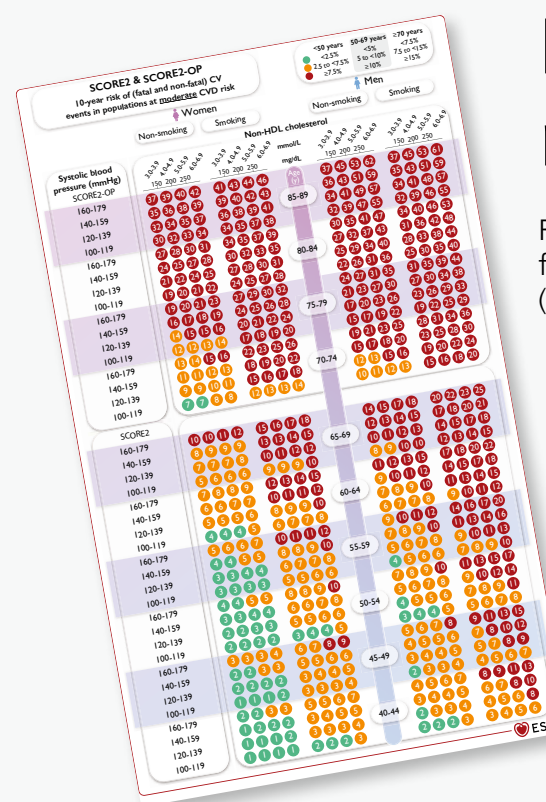
LDL-kolesterol ska som tidigare användas för målvärden vid behandling.

I SCORE2/SCORE2-OP används ålder, rökning, kön och non-HDL kolesterol för att i en obehandlad population värdera risken för kardiovaskulära händelser under de närmaste 10 åren. Behandlande läkare kan med hjälp av SCORE2/SCORE2-OP relatera risken till patientens ålder och utifrån det ta ställning till åtgärder för att minska risken under patientens återstående livstid.

I SCORE2 anses de flesta män från 45–50 år och kvinnor från 55–60 år i Sverige ha en för åldern hög eller mycket hög risk för kardiovaskulära händelser som bör föranleda ställningstagande till ytterligare åtgärder och behandling för att minska

risken. I första hand genom rökstopp, fysisk aktivitet, sund kost, behandling av högt blodtryck och sänkning av LDL kolesterol till under 2,6 mmol/l eller under 1,8 mmol/l beroende på patientens totala riskprofil och preferenser. I behandlingsrekommendationerna kring SCORE2 talar vi om en uppskattad nytta över den återstående livstiden. För fördjupade resonemang se: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.

Det finns inga randomiserade studier som undersökt nyttan med behandling under flera decennier framåt, men baserat på samstämmiga resultat av randomiserade studier i riskgrupper och omfattande epidemiologiska data från olika delar av världen får det anses klarlagt att långtidsbehandling har god preventiv effekt.



## Kardiovaskulär riskvärdering

Riskskattningsverktyget SCORE2/SCORE2-OP finns att ladda ner som pdf från [janusinfo.se](http://janusinfo.se) (Evidens nr 3-4 2021).





Thomas Forslund, med dr, distriktsläkare, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar



FOTO: KARI KOHVAKKA

## Hos vilka personer är det aktuellt att använda SCORE2/SCORE2-OP?

I första hand hos en obehandlad population utan känd aterosklerotisk sjukdom eller diabetes mellitus.

## Hos min patient varierar blodtrycket mycket från en gång till en annan. Vilket blodtryck ska jag använda i SCORE2/SCORE2-OP?

Använd genomsnittet av flera mottagningsblodtryck för säkrare uppskattning. Observera att kraftigt varierande blodtryck i sig är en riskfaktor.

## Min patient hade ett blodtryck på 165/95 mm Hg som efter behandling sjunkit till 135/70 mmHg. Vilket av blodtrycken ska användas i SCORE2/SCORE2-OP?

SCORE2/SCORE2-OP är inte validerat hos patienter med behandlad hypertoni. Det kan dock vara rimligt att använda verktyget hos patienter med hypertoni och då används blodtrycket efter behandling. Observera dock att risken för en patient med behandlad hypertoni är högre än hos en patient utan hypertoni (med samma blodtryck).

## Vilket kolesterolvärde ska användas i SCORE2/SCORE2-OP?

Non-HDL kolesterol används vid riskskattning i SCORE2-SCORE2-OP. Räknas ut genom att ta totalkolesterol minus HDL-kolesterol. För behandlingsmål används LDL-kolesterol.



## Har du en fråga om läkemedel eller behandling?

Mejla din fråga till våra experter:  
lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se. Skriv Evidens i ämnesraden.

## Behöver alla personer över 40 år behandlas med läkemedel för att nå LDL under 2,6 mmol/l?

Nej, men från 40 års ålder är det rimligt att fundera över om patienten har ökad risk enligt SCORE2 eller förekomst av andra kardiovaskulära riskfaktorer som motiverar behandling. Det finns ofta anledning att rekommendera förändringar i levnadsvanor och ibland erbjuda läkemedelsbehandling till en motiverad patient som vill minska sin livstidsrisk.

Vid prioriteringar i verksamheten bör man i första hand säkerställa gott omhändertagande av de patienter som har högst risk i form av 1) känd aterosklerotisk sjukdom, 2) diabetes mellitus eller 3) hypertoni i kombination med flera andra riskfaktorer.

## Hur stämmer riskbegreppet (mycket hög, hög, måttlig-låg risk) i SCORE2/SCORE2-OP överens med riskerna som uppskattas vid manifest aterosklerotisk sjukdom, diabetes och samvägning av övriga riskfaktorer?

I SCORE2/SCORE2-OP bedöms risken separat för olika åldersgrupper med resonemang om livstidsrisk och utan att ta hänsyn till andra riskfaktorer än ålder, rökning, kön, blodtryck och non-HDL kolesterol. Denna riskindelning kan inte direkt jämföras med den riskindelning som görs i andra sammanhang. Man kan således inte likställa en individ med mycket hög risk på grund av aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom (sekundärprevention) med en individ som erhåller "mycket hög risk" enligt SCORE.

# 5 frågor till Ulrika Nörby apotekare

## Trygga data om läkemedel för gravida

FOTO: JOHNER BILBYRA



FOTO: PRIVAT

**Kunskapsstödet Janusmed fosterpåverkan** har sedan 2001 väglett både sjukvårdspersonal och allmänhet vid bedömning av risker för fostret när mamman använder olika läkemedel. Vi har ställt fem frågor till apotekare Ulrika Nörby på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som ansvarar för kunskapsstödet, och som har varit med sedan lanseringen.

### Varför togs Janusmed fosterpåverkan fram?

– Läkemedelsanvändning under graviditet ger upphov till många frågor och inte sällan en överdriven oro för att fostret ska skadas. Tjänsten togs fram för att i första hand sjukvården enkelt skulle kunna göra välgrundade bedömningar. Den första författaren var professor Bengt Källén, legendarisk forskare inom bland annat området läkemedel och fosterpåverkan.

### Hur fungerar kunskapsstödet och vad bygger innehållet på?

– Innehållet bygger på unika data från det svenska medicinska födelseregistret som landets barnmorskor samlar in från alla graviditeter och på vetenskaplig litteratur. Författare är en grupp

sakkunniga med forskningserfarenhet inom området. Texterna stäms av med en referensgrupp där bland annat mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskor ingår, samt med kliniskt verksamma experter från flera specialiteter. Vi har även nära kontakter med internationella kollegor och forskare. Bedömningarna är fritt tillgängliga på [Janusmed.se/fosterpaverkan](http://Janusmed.se/fosterpaverkan), och de finns integrerade i ett flertal journalsystem. Sedan i höstas har också apoteken tillgång till informationen i sitt elektroniska expertstöd, EES.

### Hur skiljer sig informationen från den som finns om graviditet för respektive läkemedel i Fass/produktresumén?

– Våra texter är substansbaserade, alltså oberoende av producent, och vi skriver för att ge så tydlig klinisk vägledning som möjligt. Vi har också fördelen att snabbt kunna uppdatera våra texter och kommenterar även viktiga rön i nyhetsartiklar. Men generellt är det inte så stor skillnad i huvudbudskap mellan våra texter och Fass. Vi använder produktresuméerna som en av våra bakgrundskällor.

### Vad vet ni om användningen?

– Kunskapsstödet har ungefär 260 000 besök om året via [Janusmed.se](http://Janusmed.se), vilket kan jämföras med att det föds cirka 115 000 barn i Sverige varje år. Många söker på egenvårdspreparat som smärtstillande och allergimedel, vilket tyder på att en stor andel av besökarna är allmänhet. Vi vet också från en studie att gravida kvinnor utan medicinsk bakgrund tycker att innehållet är lätt att förstå. Även antidepressiva läkemedel hamnar på topp-listan över antalet sökningar. Bland sjukvårdspersonal är gynekologer, barnmorskor och allmänläkare de vanligaste användarna.

### Är det något mer du tycker är viktigt?

– Många gravida hör av sig till oss med frågor, men vi har ingen möjlighet att ge individuell rådgivning. Vi skulle därför vilja starta en informationscentral dit gravida och ammande kvinnor kan vända sig. Sådana finns i många europeiska länder, bland annat i Finland och Norge, och vi hoppas hitta finansiering till detta även i Sverige.

**Miss a aldrig ett nummer av Evidens!**

Gå in på [www.janusinfo.se/prenumerera](http://www.janusinfo.se/prenumerera) och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

# Fortbildning – ett axplock

TORS DAG

15

SEP

## Kvällsseminarium: Stroke och bilkörning

15 september kl. 17.00–19.00

**Målgrupp:** Läkare, sjuksköterskor

**Plats:** World Trade Center

TORS DAG

6

OKT

## Kvällsseminarium: Smärta och beroende

6 oktober kl. 17.00–19.00

**Målgrupp:** Läkare och sjuksköterskor

**Plats:** World Trade Center

TIS DAG

27

SEP

## Hur använder vi läkemedelsterapi på bästa sätt till äldre patienter?

27 september kl. 13.15–16.30

**Målgrupp:** Läkare

**Plats:** Nya Karolinska Sjukhuset (NKS)  
Konferens- och utbildningscentrum

TIS DAG

7

OKT

## Nationellt symposium på Nobel Forum

7 oktober kl. 10.30

**Målgrupp:** Läkare

**Lokal:** Nobel Forum, KI

Podden  
Rådet från  
NT-rådet

## Är snabbt lika med bra?

Pandemin har visat att det går att snabba på processen med att ta fram nya läkemedel. Men är snabbt lika med bra? Blir nyttan och effekten av nya behandlingar svårare att värdera? Lyssna på avsnittet av podden Rådet från NT-rådet och diskussionen mellan:

Jan Liliemark, ledamot i NT-rådet, Kristina Dunder, Läkemedelsverket, Kenneth Villman, rådgivande NT-rådet vad gäller cancerläkemedel och Johan Christenson, partner på Venture capital, bolaget Health Cap.

**Programledare:** Sofie Falkkloo

Podden **Rådet från NT-rådet** finns på [www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande](http://www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande) och där poddar finns.

 **Region Stockholm**

