MEDICIN & LÄKEMEDEL #4· 2025

evidens

Förskriv bara D-vitamin vid konstaterad brist

Många barn söker vård för buksmärta

Så fungerar KBT mot IBS-relaterad buksmärta

tema Buksmärta

”Behandlingen av IBS handlar mycket om att lyssna”

Perjohan Lindfors, gastroenterolog vid Ersta sjukhus

En tidning från Region Stockholms läkemedelskommitté
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Region Stockholm

evidens MEDICIN & LÄKEMEDEL #4·2025

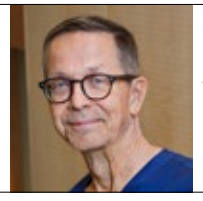
tema Buksmärta

sid 6–27

Färre dog av narkotika och läkemedel 2024 **4**

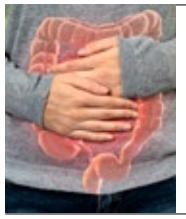
Dramatisk ökning av lisdexamfetamin mot ADHD **5**

Många barn söker vård för buksmärta **6**



"Behandlingen av IBS handlar mycket om att lyssna" **11**

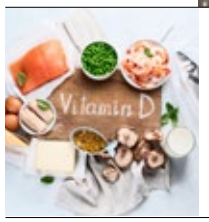
"Ju mer av vardagen man tar bort desto större plats får smärtan" **18**



Buksmärta kan även orsakas av motilitetsstörning **20**

Endometrios – en vanlig orsak till buk- och bäckensmärta hos kvinnor **22**

Så fungerar KBT mot IBS-relaterad buksmärta **25**



Förskriv bara D-vitamin vid konstaterad brist **28**

Bokrecension
"En bok som kan göra skillnad för många familjer" **36**

Tips från farmakologen
Hantera GI-biverkningar av GLP-1-agonister: informera, individualisera och identifiera **38**

Ansvarig utgivare: Mats Ek, ordförande Region Stockholms läkemedelskommitté.
Redaktion: Fredrik Hedlund, chefredaktör, fh@fhmj.se· Jennie Cardell, allmänläkare · Raina Hanna Chabo, allmänläkare · Åsa Derolf, med dr, enhetschef · Elin Jerremalm, apotekare · Maria Ljungdahl, klinisk farmakolog · Martina Lund, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund.
E-post: lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se · Webbplats: www.janusinfo.se/evidens.
Omslagsbild: Perjohan Lindfors. Foto: Anna Molander
Tryck: Åtta45 Tryckeri AB, Järfälla, november 2025
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
Se 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: www.isdbweb.org

Den perfekta patienten

FOTO: ANNA MOLANDER

EN PATIENT FRÅGADE mig hur min perfekta patient skulle vara, vad önskar jag som läkare som tar hand om psykiskt sjuka människor? En bra fråga tycker jag. Jag var tvungen att fundera lite. Patienten föreslog att jag önskar en lydig patient. Lydig stämmer inte riktigt. Ärlig skulle vara ett bättre sammanfattande ord. Mest önskar jag nog en patient som kan redogöra för sina symtom och utvärdera de förändringar som upplevs i samband med behandling. Förmågan till kvalitativa bedömningar av det egna måendet.

SJUKVÅRDEN TYCKER OM att kvantifiera. Vi vill utvärdera att de behandlingar vi ger har effekt. Vi vill använda våra resurser till det som gör skillnad. Det är till och med lagstadgat att vi ska prioritera de med störst behov. Det betyder att vi måste hitta vägar för att utvärdera på ett mer systematiskt sätt. Det finns ingen perfekt lösning på detta. Den bästa lösningen som jag sett är att låta patienter skatta sitt mående. Om vi gör detta i stora grupper får vi en bild av vad som gör skillnad för patienterna. En skattningsskala kan sällan ersätta en erfaren klinikers bedömning av patientens mående och symtom i stunden. Skattningen är däremot överlägsen när det gäller att sammanfatta information för stora grupper. Den ökar även i värde med tid sedan den gjordes. Hur mådde du för 1 år sedan? Vi kanske kan ha ett hum om hur vi mådde för att vi kan koppla det till något vi gjorde, men det är svårt för de flesta. Hur vi mådde för fem eller tio år sedan är en ännu svårare fråga. En skattning kan hjälpa oss att komma ihåg. Har vi dessutom många skattningar så kan vi se över tid och kanske till och med komma ihåg vad som hände i olika perioder av livet som kan ha påverkat oss.

JAG SER MED andra ord inte att det ena utesluter det andra. Den perfekta patienten kan redogöra för sina symtom och de förändringar hen upplever. Den perfekta patienten fyller i skattningar regelbundet och hjälper därmed även på gruppnivå. Det finns plats för både kvalitativa värderingar och kvantifiering av symtom. De fyller olika funktion och är inte i motsatsförhållande. Att som läkare ha bra information och utifrån information i samråd med patienten komma överens om lämplig behandling. Att ge plats både till läkarens kunnande och patientens önskemål. När det lyckas, då är jag nöjd. Då är jag så nära känslan av perfekt som jag tror att jag kan komma.

Glöm inte att anmäla er till Kloka listan forum som hålls den 14 januari 2026.

God jul och Gott nytt år!

Mats Ek, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, master i folkhälsa. Överläkare vid Wemind Psykiatri Tyresö.

Läkemedelskostnaderna bromsar in för regionen

Läkemedelskostnaderna för Region Stockholm kommer inte att öka lika mycket 2026 som de har gjort de senaste åren och 2027 kan de till och med minska. Det visar en ny prognos.

Prognosen över kostnaderna för läkemedel som Region Stockholm betalar pekar på en inbromsning av ökningstakten för 2026 och till och med en minskning under 2027.

Utvecklingen är en effekt av kommande patentutgångar samt höjningen av taket i högkostnadsskyddet som fördelar om mer av kostnaden till patienterna. Höjningen infördes den 1 juli i år, men den fulla helårseffekten uppstår först 2027.

Prognosen pekar på att Region Stockholms kostnad för förskrivna läkemedel kommer öka med 1,7 procent för 2026 jämfört med 2025. Det ska jämföras med kostnadsökningar på mellan åtta och tio procent per år under åren 2022–2024. År 2027 kan regionens kostnad för receptläkemedel till och med minska med cirka 5 procent jämfört med 2026, men den effekten är mycket osäker och kan helt motverkas om exempelvis subventionsbegränsningen för GLP-1-analoger vidgas.

Fredrik Hedlund

Färre dog av narkotika och läkemedel 2024

FOTO: ISTOCK

Allt färre avlider av förgiftningar orsakade av narkotika eller läkemedel. Det visar en ny rapport från Folkhälsomyndigheten.

Under 2024 avled 725 personer av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Det är en minskning med tolv procent jämfört med året innan.

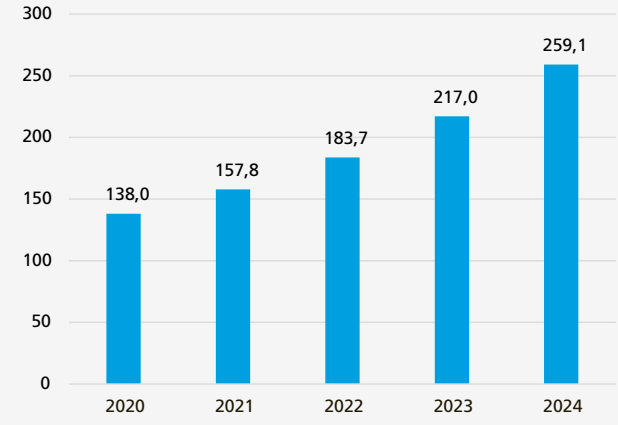
– Det är en positiv trend, som troligen är ett resultat av insatser som ökad tillgång till naloxon mot överdoser, läkemedelsassisterad behandling och sprututbytesmottagningar, säger Mimmi Eriksson Tinghög, utredare på Folkhälsomyndigheten som publicerat statistiken.

Förgiftningsdödsfallen orsakas ofta av flera olika substanser i kombination – en blandning av illegala substanser, narkotikaklassade läkemedel och läkemedel som inte är klassade som narkotika. Men det finns mönster, till exempel är opioider vanligt bland de oavsiktliga förgiftningarna medan vanliga läkemedel (lugnande medel och sömnmedel) dominerar vid suicid. 2019 var ett av fyra dödfall orsakat av icke-narkotikaklassade läkemedel, 2024 hade den andelen ökat till ett av tre dödsfall. Vanligast är lugnande läkemedel, sömntabletter, vissa antidepressiva och paracetamol.

Fredrik Hedlund

Dramatisk ökning av lisdexamfetamin mot ADHD

Kostnad för lisdexamfetamin i Stockholm (miljoner kronor)



Källa: Concise, E-hälsomyndigheten

Förskrivningen av ADHD-medicin ökar dramatiskt i landet och störst är ökningen för lisdexamfetamin där förskrivningen har fördubblats på fem år. I Region Stockholm är ökningen dock inte fullt lika stor.

Förskrivningen av lisdexamfetamin (Elvanse) mot ADHD har fördubblats i Sverige under de fem åren mellan 2020 och 2024. Det visar en ny rapport från E-hälsomyndigheten. Både kostnaden och antalet förpackningar har ökat med över 100 procent under de fem åren, kostnaden från 516 miljoner kronor till 1 042 miljoner kronor, enligt myndigheten.

I Region Stockholm har ökningen också varit stor under samma tidsperiod, men inte fullt lika stor eftersom ökningen stannar på knappt 90 procent för både kostnad och antal förpackningar. Region Stockholm står för var fjärde recept på lisdexamfetamin i landet.

Fredrik Hedlund

Läkemedelsverket vill ha fler biverkningsrapporter

Allt för få patienter rapporterar misstänkta biverkningar av läkemedel. Det vill Läkemedelsverket ändra på och efterlyser nu fler rapporter.

Nära sex av tio patienter i Sverige har någon gång upplevt en oönskad effekt som de tror beror på ett läkemedel. Men bara hälften rapporterade om sin biverkan till Läkemedelsverket på något sätt. De allra flesta vände sig till vården eller ett apotek för att rapportera, medan endast sex procent använde sig av möjligheten att själv rapportera till Läkemedelsverket. Något myndigheten nu vill ändra på och uppmanar allmänheten att rapportera mera.

– Det räcker med att du misstänker att du har fått en biverkning som beror på din medicin för att rapportera in det. Huruvida det finns ett samband eller inte är något som vi tittar på i nästa led. I slutänden bidrar rapporterna till en ökad kunskap och säkrare läkemedel, säger Karin Vengemyr, gruppchef för läkemedelssäkerhet på Läkemedelsverket i ett pressmeddelande.

Fredrik Hedlund

Många barn söker vård för buksmärta

Ungefär tio procent av alla barn och ungdomar besväras av buksmärta. Från tidig skolålder är symtomen vanligare hos flickor än hos pojkar. De flesta barn har lindriga eller övergående besvär som inte kräver vårdkontakt.

FOTO: ISTOCK

Tea Soini, med dr, ST-läkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

Ola Olén, professor, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

Henrik Arnell, med dr, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Agneta Uusijärvi, med dr, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Frida Andersson, doktorand, specialistsjuksköterska, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

Petter Malmborg, med dr, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset,
ledamot Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för mag- och tarmsjukdomar.

Tea Soini

Ola Olén

Henrik Arnell

FOTO: ANNA MOLANDER, RAINER TIHVAN, OCH PRIVAT

Agneta Uusijärvi

Frida Andersson

Petter Malmborg

I den absoluta majoriteten av fallen (cirka 95 procent) saknas organisk orsak. Smärtan klassas i stället som funktionell och sorterar nu under det internationellt vedertagna begreppet DGBI – disorders of gut-brain interaction. Samspelet mellan mage-tarm och hjärna anses spela en viktig roll.

Det är vanligt att liknande besvär förekommer i den nära familjen. Tidigare maginfektion, depression och traumatiska livshändelser utgör andra riskfaktorer. Psykosociala besvär kan ha betydelse och barnents psykosociala situation påverkar ofta symtomen och upplevelsen av symtomen.

Utredning och vanligaste differentialdiagnoser

Utredningen av buksmärta hos barn kan i det flesta fall begränsas till anamnes, kroppsundersökning och bedömning av tillväxtkurvan. Transglutaminas-antikroppar bör kontrolleras med låg tröskel hos alla patienter med långvariga mag-tarmsymtom för att utesluta celiaki. Vid snabbt insättande och progredierande symtom eller vid förekomst av alarmsymtom (se faktaruta 1) är det dock viktigt att överväga underliggande organisk magtarmsjukdom. Det är inte ovanligt att barn med funktionella magtarmsjukdomar har ett

Faktaruta 1

Alarmsymtom

- Blod i avföringen
- Kräkningar, ihållande (> tre veckor)/blodiga
- Sväljningssvårigheter eller sväljningssmärta
- Ofrivillig viktnedgång eller avplanande tillväxt
- Försenad pubertet
- Rikliga, ihållande diarréer
- Nattlig tarmtömning
- Smärta med tydlig sidolokalisation
- Oförklarlig feber eller ledvärk/ledsvullnad
- Ovanliga munsår
- Perianala besvär (fistel, böld, fissur)
- Hereditet för IBD eller celiaki

FOTO: ANNA MOLANDER

Tea Soini, Frida Andersson och Petter Malmborg vid Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

eller flera alarmsymtom. I de flesta fall räcker en mycket begränsad utredning (se faktaruta 2).

Celiaki är den vanligaste organiska magtarmsjukdomen hos barn och ungdomar. Ungefär ett av femtio barn i Sverige beräknas ha sjukdomen. Transglutaminasantikroppar (TGA) har hög känslighet och specificitet – förekomst av celiaki är därför mycket osannolik om TGA är negativt.

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) är en ovanlig förklaring till buksmärta hos barn och ungdomar. Varje år insjuknar cirka 80 barn och ungdomar i Stockholm i IBD (det bor ungefär 350 000 individer under <18 år i regionen). Förskolebarn med IBD har nästan alltid lösa, blodiga avföringar och höga kalprotektinvärden i avföring (>500 µg/g). Hos tonåringar kan IBD vara svårare att upptäcka, särskilt vid den typ av Crohns sjukdom där inflammationen är begränsad till övergången mellan tunntarm och tjocktarm. Buksmärta kan då vara det enda symtomet och F-kalprotektin kan vara endast lätt förhöjt (>200 µg/g).

Diagnos och behandlingsprinciper

Misstanken om DGBI bör kommuniceras till familjen tidigt i förloppet. En formell diagnos enligt Rom IV-kriterierna (se faktaruta 3) bör fastställas och registreras med lämplig ICD-kod – detta kan göras på alla vårdnivåer (även inom primärvården).

Faktaruta 2

Provtagning vid diagnos

Rekommenderas på alla:

- Transglutaminas-antikroppar

Överväg:

- Blodstatus
- CRP eller SR
- Leverprover och pankreasamylas
- Kreatinin
- F-kalprotektin
- F-odling/PCR

Undvik:

- Provtagning för laktosintolerans
- F-H.pylori-antigen
- F-Hb
- Allergiprovtagning utan riktad frågeställning

Prognosen vid funktionell mag-tarmsjukdom är god. De flesta barn upplever tydlig symtomregress eller blir symtomfria inom några månader upp till ett år, särskilt efter att ha fått tydlig information om diagnosen och dess bakomliggande mekanismer. I flera regioner finns tillgång till strukturerade patientutbildningar, exempelvis "mag-tarmskola",

Faktaruta 3

Rom IV diagnostiska kriterier för barn med funktionell mag-tarmsjukdom och ICD-10-koder

Gemensamma kriterier som måste uppfyllas för alla tre diagnoser:

- Smärtan uppstår minst fyra tillfällen per månad.
- Symtomen har varat i minst två månader.
- Symtomen kan inte förklaras av annat medicinskt tillstånd.

Funktionell dyspepsi	Irritabel tarm (IBS)	Funktionell buksmärta
Ett eller flera av följande: • Postprandiell uppkördhet (känsla av fullhet efter måltid). • Tidig mättnadskänsla. • Epigastrisk smärta eller brännande känsla som inte är kopplad till avföring.	**Ett eller flera av följande**: • Smärtan är relaterad till tarmtömning. • En förändring i avföringsfrekvens eller -konsistens. • Hos barn med buksmärta och förstoppning försvinner inte smärtan när förstoppningen behandlas.	**Alla följande**: • Episodisk eller kontinuerlig buksmärta som inte enbart uppträder under fysiologiska händelser (t.ex. måltider, menstruation). • Otillräckliga kriterier för irritabel tarm (IBS), funktionell dyspepsi eller bukmigrän.
K30.9	K58.1, K58.2, K58.3	K59.8

som kan ges i grupp eller via digitala format. Vid svårare och mer långdragna besvär med funktionell buksmärta bör mer aktiv behandling övervägas, den kan påbörjas på primärvårdsnivå. Vid mer komplexa fall, där det finns misstanke om bakomliggande psykiatriska faktorer såsom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller komplicerad psykosocial problematik, bör ett samordnat omhändertagande övervägas – gärna i samarbete mellan barnmedicin och barnpsykiatri.

Kostråd

Vetenskapligt stöd saknas för att specifik dietbehandling (till exempel FODMAP eller laktosfri kost) är effektiv vid funktionell buksmärta hos barn. Onödiga kostbegränsningar bör därför undvikas. Allmänna kostråd kan däremot vara till hjälp för många barn; att äta regelbundet, välja en mångsidig och fiberrik kost, tugga maten ordentligt och minska intaget av sockerhaltiga livsmedel och kolsyrade drycker.

Psykologisk behandling

Psykologiska behandlingsmetoder, framför allt kognitiv beteendeterapi (KBT) och mag-tarmriktad hypnoterapi, har visat sig vara effektiva vid funktionella mag-tarmsymtom i ett flertal kliniska prövningar. KBT syftar till att gradvis exponera patienten för symtomen för att minska symtomrädsla och undvikandebeteenden. Ett centralt budskap i behandlingen är: "Det är du – inte din mage – som bestämmer över ditt liv." Hypnoterapi består av guidade avslappnings- och visualiseringsövningar där patienten i ett djupt avslappnat och fokuserat tillstånd lyssnar på suggestioner som syftar till att förändra symtomupplevelse, minska smärta och öka känslan av kontroll över kroppen. Det är ännu inte klarlagt vilken av dessa behandlingsformer – KBT eller hypnoterapi – som är mest effektiv, eller vilken metod som passar bäst för olika patientgrupper.

Tillgången till psykologisk behandling begränsas ofta av brist på psykologresurser – även vid

internetförmedlad KBT, som ges av BUP Stockholm. Hypnoterapi ges idag främst av enstaka terapeuter inom privat vård. En pågående klinisk studie i Stockholm, PIPPI-projektet, jämför internetbaserad KBT och hypnoterapi, med målet att implementera självstyrt hypnoterapiprotokoll som ett behandlingsalternativ i Sverige.

Remiss till internetbehandling via BUP kan utfärdas direkt från primärvården efter en fastställd diagnos. Remissen skickas via TakeCare: Barn – psykiatrisk konsultation – BUP Internetbehandling. I remissen ska det framgå att diagnosen är fastställd efter adekvat utredning enligt VISS och att inflammatoriska tarmsjukdomar är uteslutna. För mer information hänvisas till BUP Stockholm.

Farmakologisk behandling

Barn med buksmärta och symtom på förstoppning (främst glesa och hårda tarmtömningar) har ofta god nytta av behandling med osmotiskt verkande laxantia, i första hand makrogol. För detaljerad vägledning hänvisas till det nyligen uppdaterade nationella vårdprogrammet för funktionell obstipation.

För övriga läkemedel finns begränsad evidens från placebokontrollerade studier hos barn med funktionell buksmärta. Nedan sammanfattas några behandlingsalternativ som kan övervägas:

- Bulkmedel (till exempel psyllium): Kan bidra till att normalisera tarmfunktionen vid IBS – både vid tendens till diarré och förstoppning.
- Probiotika: Har visats ha viss effekt hos barn med IBS. Kombinationer av olika bakteriestammar rekommenderas, men Lactobacillus rhamnosus GG har haft bäst dokumenterad effekt i randomiserade studier.
- Pepparmyntolja: Antas ha en lokal muskelavslappnande effekt i magtarmkanalen, men evidensläget hos barn är svagt. Då oljan inte ingår i högkostnadsskyddet kan långvarig behandling medföra betydande kostnader för familjen.
- Loperamid: Kan användas vid diarrédominerad IBS i korta perioder vid behov, för att underlätta vardagen.
- Tricykliska antidepressiva: Kan övervägas i selekterade fall. Dessa läkemedel bör dock endast förskrivas av barnläkare med specialintresse inom barngastroenterologi och då gärna i samråd med barnpsykiatriker.

Observera att protonpumpshämmare (PPI) i regel inte har någon plats i behandlingen, eftersom symtom från övre mag-tarmkanalen hos barn och ungdomar ytterst sällan är syrarelaterade.

Oavsett läkemedelsval är det avgörande att effektutvärdering sker regelbundet och att behandlingen avbryts om ingen tydlig förbättring ses.

Sammanfattning

Återkommande buksmärta hos barn är vanligt och beror oftast på funktionella besvär utan organisk orsak. En tidig diagnos och begriplig förklaring till barnet och familjen är viktig för att minska oro och förbättra välmående. Tidigt och tryggt omhändertagande minskar risken för onödiga utredningar. Psykologiska behandlingsmetoder har bäst vetenskapligt stöd vid funktionell buksmärta.

Internationella riktlinjer för behandling av pediatrisk IBS och funktionell buksmärta har nyligen publicerats. Ett reviderat svenskt nationellt vårdprogram är också under arbete och publiceras våren 2026.

Referenser och länkar
Se, janusinfo.se

”Behandlingen av IBS handlar mycket om att lyssna”

FOTO: ANNA MOLANDER

Irriterad tarm, eller IBS, är den vanligaste orsaken till långvarig buksmärta. Trots att det fortfarande är oklart hur sjukdomen uppkommer eller fungerar så finns det många olika behandlingsalternativ att ta till. Men för att avgöra vilken behandling som ska användas är det viktigt att lyssna på patienten, menar Perjohan Lindfors, gastroenterolog vid Ersta sjukhus.

Den absolut vanligaste och mest kända orsaken till långvarig buksmärta är irriterad tarm, IBS, eller ”Irritable Bowel Syndrome” som det heter på engelska och som har givit upphov till akronymen. Sjukdomen drabbar cirka fem procent av befolkningen, men endast knappt en tredjedel av de drabbade söker någon gång under livet vård för sina problem. De flesta kan nämligen klara av att hantera symtomen själva.

Koppling mellan tarm och hjärna

Den rådande definitionen av IBS är att det är en av de sjukdomar som ingår i konceptet ”Disorder of Gut-Brain Interaction”, DGBI. Ett begrepp som myntades 2016 av den amerikanska oberoende och ideella Rom-stiftelsen (Rome Foundation) med syfte att ersätta benämningen funktionella magtarm-sjukdomar eftersom termen ”funktionella”, enligt stiftelsen, gjorde att sjukdomarna uppfattades som mindre legitima än andra sjukdomar.

– Ordet funktionell kan göra att man tror att det är någonting som man inbillar sig. Men det här är högst verkliga symtom för patienterna där uppkomstmekanismer inte är av känd strukturell art, inte med den vetenskap vi har idag i alla fall. Genom att kalla det för ”disorder of gut-brain interaction” vill man belysa att det inte bara är lokala processer i magtarm-kanalens nervsystem utan det är också hur magtarm-kanalens nervsystem kommunicerar med hjärnan och dess smärthantering, säger Perjohan Lindfors, överläkare vid Ersta sjukhus, docent i gastroenterologi vid Karolinska institutet och ledamot i läkemedelskommitténs expertgrupp för mag- och tarmsjukdomar.

Han flaggar också för att det kan komma nya benämningar redan nästa år. Rom-stiftelsen samlar och presenterar nämligen nya rön och vetenskapliga slutsatser kring magtarm-sjukdomar vart tionde år och 2026 är det alltså dags igen.

IBS inte en uteslutningsdiagnos

Det råder en viss förvirring kring diagnosen IBS där en missuppfattning är att det är en uteslutningsdiagnos, det vill säga att andra mag-tarm-sjukdomar som tjocktarmscancer, Crohns sjukdom och inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, måste ha uteslutits och sedan blir det till sist bara IBS kvar. Så är det inte poängterar Perjohan Lindfors.

– IBS är inte en uteslutningsdiagnos. Internationellt har man varit väldigt tydlig med det att det här är en positiv kriteriebaserad diagnos, där patienterna ska uppfylla de så kallade Rom IV-kriterierna, säger han.

Naturligtvis behöver differentialdiagnoser uteslutas, som vid all diagnostisering, men för att ställa diagnosen IBS handlar det om att patienten uppfyller kriterierna (se faktaruta).

– Har patienterna haft symtomen av och till i flera år tillbaka men det kanske är värre just nu och det är anledningen till att de söker. Då kan man ju känna sig mer trygg i att det här sannolikt är någonting som härrör från en funktionell tarmsjukdom. Men man måste också titta efter alarmsymtom som att man ser blod i avföringen, att patienten har gått ner i vikt utan anledning, kanske har patienten en blodbrist eller någonting sådant som man inte kan förklara. Och de patienterna ska man ju utreda mer noggrant, säger Perjohan Lindfors.

Lyssna, lyssna, lyssna

Han menar att en av de viktigaste kliniska färdigheterna för en primärvårdsläkare när det gäller

Symtomkriterier IBS (Rom IV-kriterierna)

Återkommande episoder med buksmärta, minst en gång/vecka de senaste tre månaderna, associerat med två av följande påståenden:

- Smärtan påverkas av tarmtömning.
- Smärtan är associerad med förändrad avföringsfrekvens.
- Smärtan är associerad med förändrad avföringskonsistens.

Symtomdebut > sex månader innan diagnos.

Källa: Viss.nu

”IBS är inte en uteslutningsdiagnos”, säger Perjohan Lindfors, överläkare vid Ersta sjukhus och docent i gastroenterologi vid Karolinska institutet.

FOTO: ANNA MOLANDER

magsmärta är att lyssna.

– Att lyssna ordentligt på patientens berättelse är grundläggande och sen att lyssna efter alarmsymtom. Men för patienter utan alarmsymtom behöver man inte standard-utreda på något speciellt sätt. Det som riktlinjerna rekommenderar är att man tar blodprov för att utesluta glutenöverkänslighet, alltså celiaki, och så brukar man kanske ta ett blodstatusprov och ett CRP för att se att det inte är någon blodbrist eller att det verkar vara någon allmän inflammatorisk reaktion i kroppen, säger han.

Det finns däremot inga prover eller test man kan göra för att påvisa IBS som det finns för inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, till exempel. Men det handlar hela tiden om att bedöma informationen som patienten berättar och handla därefter.

– Vi kanske har den här patienten som berättar att den har ont i magen, men nästan bara har diarréer och tycker att det är jobbigt. Då finns det lite mer anledningar att fundera på IBD eller inflammatorisk tarmsjukdom som alternativ diagnos. Då kan det vara idé att patienten får lämna avföringsprov för kalprotektin, som är en inflammationsmarkör man kan titta på i avföringarna. Medan de som har lite omväxlande avföring, ibland är den hård ibland är den lös, men de har inte en tydlig förskjutning åt diarréhållet, de kanske man inte gör det på. Och hos den lite äldre populationen ska man vara väldigt frikostig med att göra koloskopi om det är nytillkomna symtom för då finns ju tjocktarmscancer där som en möjlig förklaring. Om man har mått helt bra i magtarmkanalen och sen när man är 63 år och plötsligt får en tarm som trasslar, då ska man ju tänka på cancer säger Perjohan Lindfors.

Många skäl att söka vård

Samtidigt gäller det att komma ihåg att det finns många skäl till varför patienter kommer och är oroliga. Eftersom många personer med IBS klarar sina symtom utan vård finns det många scenarier där de plötsligt kan behöva rådgöra med vården.

– Vår äldre patient kanske pratade med sin granne som berättade att han nyligen fått diagnosen tjocktarmscancer och att han hade de här och de här symtomen. Vår patient tänker då att de symtomen har ju jag också och söker vård, säger han.

Återigen är strategin att lyssna, fråga efter hur det har varit med tarmen tidigare.

– Då kanske patienten säger; ”Ja, men den har alltid varit trasslig, men nu har den blivit lite mer trasslig. Och det blev den faktiskt när jag blev orolig för att jag kanske har någon farlig sjukdom för att jag pratade med grannen.” Då kan det vara stressen i kroppen som bildas av oro som gör att man blir lite ytterligare känslig och får lite mer symtom och söker sjukvården. Plötsligt blir symtomen en större affär för patienten och då söker man sjukvård, säger Perjohan Lindfors.

Val av behandling beror på patienten

På samma sätt blir valet av behandling en fråga om att lyssna på patientens upplevelser och behov, menar han.

> Patienter med IBS bör tänka på att ha regelbunden fysisk aktivitet.

– Är det en patient som söker vård för att den har blivit fundersam på sina symtom och vill ha en diagnos för att känna sig trygg. Då kanske målet med konsultationen ska vara att sätta en diagnos och förklara hur det hänger ihop och då behöver man kanske inte någon behandling alls. Men är det en patient som söker eftersom symtomen gör att patienten behöver ha en toalett i närheten i allt den gör – att sjukdomen begränsar livet avsevärt – så finns det ju fog att försöka hjälpa till att minska symtomen, säger han.

Han påpekar att det inte finns någon bot för IBS, men det finns lindring att erbjuda. Och förstahandsbehandlingen handlar om råd om livsstil och kost.

– Patienter med IBS bör tänka på att ha regelbunden fysisk aktivitet. Det finns studier som talar för att fysisk aktivitet minskar symtomgraden om man har IBS. Att göra något tre gånger i veckan som är lustfyllt och trevligt och som innefattar fysisk aktivitet kan vara ett bra råd, säger han.

– Sedan är det jätteviktigt att man försöker äta ofta och mindre portioner på huvudmålen och att äta långsamt, om man är en snabbätare. Bara att man rätar upp det kan göra att man skruvar ner symtomgraden betydligt.

Stress är också en faktor som påverkar symtomen. Perjohan Lindfors liknar stress vid en volymkontroll för symtomen.

– Men stress är ju å andra sidan ett värdeord för många så det måste man hantera på ett bra sätt. Skulle jag ta upp det här med stressen med en patient som söker för ont i magen, då kanske den patienten skulle känna sig påhoppad. Då får man istället kanske säga att; ”Andra patienter som, precis som du, har den här typen av symtom, som är IBS, berättar för mig att när det är mycket i livet och stressen finns där så får de värre symtom. Är det något du har tänkt på?” För då blir det mer som att det är ofarligt att börja prata om det eftersom det är något som är vanligt hos andra, säger han.

Laborera med kosten

Även innehållet i kosten, särskilt typen av fibrer, kan belasta magtarm-kanalen vid IBS. Här kan patienten själv att välja bort olika typer av fibrer för att testa sig fram. Mer information om kostråd finns till exempel i det som kallas NICE Guidelines. Dessutom har det nyligen visats att så kallad medelhavskost är fördelaktigt vid IBS. Om det inte hjälper finns det ytterligare steg att ta, men då menar Perjohan Lindfors att de endast bör tas i samarbete med en dietist.

– Det är något som kallas för ”Low FODMAPS”, som står för ”fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols”. Det handlar om att ta bort alla jäsande kolhydrater ur kosten under några veckor, vilket är ett ganska stort ingrepp i kosthållningen. Minskar det symtomen ska man sedan återinsätta kolhydraterna en efter en, med stöd av en dietist, för att hitta en balans som fungerar. Men utan en dietist är det många som fastnar i eliminationsfasen och får då en undermålig kost, som i sig kan resultera i nya symtom, säger han.

Läkemedel mot dominanta symtom

Den farmakologiska behandlingen av IBS bör fokusera på det symtom som patienten upplever som jobbigast, det som kallas dominanta symtom. Eftersom detta tema fokuserar på buksmärta så är utgångspunkten att det är smärtan som är det dominanta symtomet. Behandling av förstoppning och diarré kommer därför inte att beröras även om det också kan finnas med.

Vissa IBS-patienter upplever endast smärta någon gång i veckan. Det är tillräckligt för att få diagnosen IBS och för patienten är det jobbigt när smärtan kommer.

– En sådan patient är lämplig att behandla med en vid-behovs-behandling som används reaktivt. Då kan man välja någon form av spasmolytika – hyoscyamin eller pepparmyntolja – alltså någonting som minskar reaktiviteten i magtarmkanalen, som patienten kan ta vid symtom, säger Perjohan Lindfors.

Men de flesta IBS-patienter har dock smärta varje dag. Då är det bättre att behandla proaktivt och försöka förebygga att smärtan alls uppkommer.

– Då använder vi gärna någonting som vi kallar för neuromodulatorer som betyder att vi ska försöka minska den här onödiga signaleringen mellan hjärnan och det enteriska nervsystemet och lägga locket på så att man inte upplever det här på samma jobbiga sätt. Då använder vi i princip uteslutande läkemedel som från början är framforskade för depression och ångest, säger Perjohan Lindfors.

Han poängterar att inga av dessa neuromodulatorer är godkända för behandling av IBS. Det finns en måttlig evidens för deras effekt vid IBS, men behandlingen blir ”off label”. Förstahandsbehandlingen här är tricykliskt antidepressiva läkemedel,

”Koloskopi ska utföras vid misstanke om IBD och hos äldre med nytillkomna eller förändrade tarmsymtom”, säger Perjohan Lindfors.

FOTO: ANNA MOLANDER

Det har nyligen visats att så kallad medelhavskost är fördelaktigt vid IBS.

FOTO: ISTOCK

som amitriptylin, som används i väldigt mycket lägre doser än vad som tidigare användes vid depression.

– Man titrerar upp en dos genom att starta på den lägsta dosen, 10 mg, i tio dagar. Om inte det ger tillräckligt effekt kan patienten själv höja till 20 mg under ytterligare tio dagar. Om inte det räcker kan patienten höja igen till 30 mg och sedan brukar jag ha en uppföljning efter en månad för att se hur det har gått. Kanske räcker det där eller så behöver vi skruva upp dosen ytterligare, man får individualisera dosen på så vis, säger han.

I dessa låga doser är biverkningarna inte särskilt problematiska.

– Muntorrhet och trötthet brukar vara de vanligaste biverkningarna och då gör man så att oavsett storlek på dos så tar man hela dosen på kvällen, ett par timmar innan man går och lägger sig, och då sover man ofta gott på natten. Det kan möjligen vara lite morgontrötthet i början innan man har vant sig men det blir ingen katastrof-dagtrötthet, säger Perjohan Lindfors.

SNRI eller SSRI beror på patienten

Nästa steg, om amitriptylin inte fungerar, eller om patienten av andra skäl inte gillar det, är modernare antidepressiva, och då i första hand SNRI-preparat (serotonin- och noradrenalin-återupptagshämmare), enligt Perjohan Lindfors.

– Man ska inte välja ett SSRI som bara hämmar återupptaget av serotonin eftersom det inte är lika bra mot smärtan vid IBS. Använd exempelvis

> Muntorrhet och trötthet brukar vara de vanligaste biverkningarna och då gör man så att oavsett storlek på dos så tar man hela dosen på kvällen, ett par timmar innan man går och lägger sig, och då sover man ofta gott på natten.

duloxetin i låg normaldos, det kommer man jättelångt med för dessa patienter även i primärvården, säger han.

Men det finns ett undantag från regeln om att välja SNRI vid IBS. En relativt stor andel av patienterna med IBS lider av samsjuklighet med ångest och depression. För sådana patienter kan man tänka precis tvärtom, förklarar Perjohan Lindfors.

– Om vi har en patient som kanske har varit lite mera IBS-människa och sen så får den själsliga besvär, då brukar det ofta vara så att IBS-problematiken blir värre. Man får mer ont i magen av depression och ångest. Då kanske det är ett SSRI som man ska använda i alla fall och behandla ångesten och depressionen. Då brukar magtarm-problematiken avta sekundärt. Man måste vara lite listig och förstå sig på patienten när man väljer preparat, säger han.

Traditionella smärtlindrare används sällan, även om det finns viss evidens för att paracetamol skulle kunna lindra buksmärtan. En klar kontraindikation finns också för att använda opioider mot funktionell buksmärta.

– Opioider kan faktiskt ge en uppgraderad smärta. Man kan drabbas av något man kallar för ”narcotic bowel syndrom” som är en slags super-IBS som man blir fruktansvärt sjuk av. Så opioider är helt förbjudet att sätta in för sån här typ av smärta, men samtidigt om en IBS-patient som har jätteont i magen bryter benet så ska den ju ha morfin för den sakens skull förstås, men man kan inte behandla buksmärta med opioider, säger Perjohan Lindfors.

Psykologisk behandling ett alternativ

Utöver den farmakologiska behandlingen finns även psykologisk behandling. Den bottnar i teorierna kring samspelet mellan tarmen och hjärnan.

– Det är psykologisk behandling kopplat till att det här är en störning i ”brain-gut interaction” så kan man påverka hjärnans hantering av signaler och göra dem mindre intensiva och mindre obehagliga och skrämmande så kan man då må bättre.

Dels finns det kognitiv beteendeterapi, KBT, inriktad på IBS och dels finns en slags hypnosbehandling.

– De två är väldigt väl beforskade och sen finns det också ren stresshantering, mindfulness och sådant som ibland kan vara en liten pusselbit i hur man mår, men de är inte lika väl studerade vad det gäller effekt just på IBS eller funktionell buksmärta, säger Perjohan Lindfors.

Andra metoder som TENS, akupunktur och yoga tas ibland upp som möjliga behandlingsmetoder vid IBS och buksmärta, men de är ännu alltför dåligt studerade för att de ska gå att rekommendera inom rutinsjukvården, menar han.

– Det finns ju mycket som är studerat till en viss del men det finns inte tillräckligt bra studier för att vi egentligen ska kunna rekommendera dessa. Så ska man prata om vad vi ska rekommendera som är evidensbaserat då är det den här verkslådan med livsstilsråd, kostbehandling, farmakologisk behandling och psykologisk behandling. Det finns evidens för allt av det, säger Perjohan Lindfors.

Fredrik Hedlund

”Ju mer av vardagen man tar bort desto större plats får smärtan”

Den bästa behandlingen mot långvarig, svårbehandlad, buksmärta är oftast inte ett läkemedel utan information. Den gör smärtan mindre hotfull och på så vis kan patienten få hjälp att upprätthålla så mycket normal funktion och aktivitet i vardagen som möjligt. Det menar Karl-Fredrik Sjölund, överläkare, högspecialiserad smärtvård, Karolinska universitetssjukhuset.

Smärtsystemets fundamentala funktion är att varna och skydda mot faror. Det gäller oavsett om smärtan kommer utifrån eller inifrån. Det är därför i grunden ingen egentlig skillnad mellan smärta som uppstår utanför kroppen och den som uppstår inuti, som buksmärta. Det menar Karl-Fredrik Sjölund, överläkare på mottagningen för högspecialiserade smärtvård vid Karolinska universitetssjukhuset och läkemedelskommitténs expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar.

– Smärtsystemet är ett varningssystem som syftar till att vi ska undvika skada och initiera läkning när vi lever i en farlig värld. Omgivningen innehåller en massa läskiga hot. Sedan har vi ju generellt sett väldigt få sensoriska fiber inuti kroppen om vi jämför med yttervärlden där vi möter en massa farliga saker hela tiden. Utsidan har ju en väldigt mycket mer finstilt och detaljerad bestyckning av sensorer, medan insidan har en mycket glesare och fattigare varningsmatris. Vi känner ju till exempel aldrig av vänster njure, säger han.

Att det ser ut så här handlar helt enkelt om vår evolutionsmässiga utveckling som art, menar han.

– Vad behövs för att överleva? Funktioner som vi inte har någon nytta av, de finns inte. Hjärnvävnaden verkar till exempel helt sakna smärtvarningssignaler. Det beror sannolikt på att vi genom tiderna aldrig har överlevt en penetrerande skada i hjärnan. Det var liksom ingen poäng att få någon varning, för det var redan kört, säger han.

FOTO: PRIVAT

Karl-Fredrik Sjölund

Svårstuderad hypotes

Den rådande förklaringsmodellen för funktionell buksmärta handlar om att man tror att det kan vara ett komplex samspel mellan låggradig inflammation i tarmen, barriärskador, förändrad mikrobiota och en påverkan på tarm-hjärnaxeln.

Karl-Fredrik Sjölund poängterar dock att väldigt mycket i dessa teorier fortfarande är oklart. Det handlar om ett komplicerat samspel på olika nivåer med nedåtgående och uppåtstigande signaler som kan dra åt olika håll. Vilket gör det väldigt svårt att studera.

> Avsaknaden av effektiva farmakologiska behandlingar är ett tydligt tecken på att kunskapen om de funktionella buksmärtorna inte riktigt är framme ännu.

– I regel kan man ju bara titta på en detalj på en nivå i taget och då kan man inte samtidigt med detaljupplösning dra slutsatser om det blir ett plus eller minus när man går upp till nästa våning eller hur återkopplingen därifrån ser ut. Så det är en massa loopar där kunskapen idag har ökat väldigt vad det gäller detaljögonblicksbilder men de sitter inte ihop mer än att man *tror* att det är den här typen av samspel, säger han.

Avsaknaden av effektiva farmakologiska behandlingar är ett tydligt tecken på att kunskapen om de funktionella buksmärtorna inte riktigt är framme ännu, menar han.

– Man tittar genom ett sugrör hela tiden och så ser man någonting som verkar jätteviktigt just i den riktningen och så inriktar man sig på det, men sedan händer det inte så mycket, säger han.

Akut smärta enkelt

När det gäller behandling av buksmärta vill han gärna dela upp den i två fundamentalt olika situationer.

– Dels handlar det om en akut skada. Till exempel att man får en blindtarmsinflammation, då vet vi ganska väl hur den signalen fungerar och vi har läkemedel som påverkar signalen som resulterar i en tydlig, bra och tillräcklig smärtlindring, säger han.

– Sedan har vi utmaningen som handlar om långvariga smärt-tillstånd. Där hänger inte smärtan samman med en påtagligt tydlig vävnadsskadeprocess. Det blir en symtomdiagnos utan en tydlig orsak som går att visa i ett mikroskop eller på en röntgen-bild, säger han.

Behandlingen av de olika smärt-tillstånden blir därför också helt olika.

– Om man har en sjukdom eller skada som man har identifierat så behandlar man den. Har man en spik i foten så tar man bort spiken. Här finns det bra läkemedel som fungerar. Sedan ska vi inte glömma bort att det normala och helt dominerande är att smärta går över av sig självt. Och den går ofta över ganska snabbt. Det är inte alls så att man måste läka färdigt för att smärtan ska gå över, säger han.

Information bästa behandling

Problemet blir hur den långvariga buksmärtan utan tydlig orsak ska behandlas. Karl-Fredrik Sjölund poängterar att de patienter med buksmärta som han i huvudsak träffar är ett selekterat urval som inte har blivit hjälpta av tidigare farmakologiska behandlingar. Och för dessa patienter menar han att det bästa valet av behandling oftast inte är något läkemedel.

– Min erfarenhet är att det som hjälper framförallt är information om långvarig smärta. Information kan hjälpa patienten att inte tolka smärtan som så hotfull. Informationen ska vara saklig utifrån den kunskap vi har idag och med de kunskapsluckor vi har. Tanken är att stötta patienten att försöka upprätthålla så mycket som möjligt av normal funktion och aktivitet i vardagen. Ju mer av livet och vardagen som man plockar bort desto större plats blir det kvar för smärtan, säger han.

Utöver saklig information finns det ytterligare en sak som kan hjälpa patienter med långvarig buksmärta, enligt Karl-Fredrik Sjölund.

– Något som man generiskt kan föreslå som är positivt för balansen i de endogena regleringssystemen är fysisk aktivitet och träning. Kroppen behöver sitt och även hjärnan och regleringssystemen av smärtan i sig behöver den fysiska aktiviteten, säger han.

Fredrik Hedlund

FOTO: ISTOCK

Buksmärta kan även orsakas av motilitetsstörning

Symtomen vid IBS och buksmärta orsakad av motilitetsstörning i mag-tarmkanalen kan vara väldigt lika och sjukdomarna kan initialt vara svåra att skilja åt, men det finns en avgörande skillnad – motilitetsstörningar går att mäta objektivt.

Motilitetsstörningar i tarmen, även kallat neurogastroenterologiska sjukdomar, kan orsaka buksmärta som beror på att mag-tarminnehållet antingen rör sig för snabbt eller för långsamt.

– Om det går för snabbt blir det som en krampande smärta som man har vid gastroenteriter. Det är dock mindre vanligt att det går för snabbt, men det förekommer. Det som är vanligare är att det går för långsamt. Då kan tarmen blåsa upp sig och man får vidgade tarmar. Då kan den här distensionen ge smärta. Det här gäller egentligen hela magtarmkanalen. Vid exempelvis gastropares, som är när det går för långsamt i magsäcken, så kan man få ont på grund av att magsäcken utvidgar sig och att den inte töms, säger Ghazaleh Mohammadian Kermani, biträdande överläkare inom gastroenterologi på Magtarmcentrum vid Karolinska universitetssjukhuset som även har doktorerat på IBS.

> Till exempel kan patienter med diabetes drabbas av neuropatier i magsäcken som kan leda till gastropares.

Hon berättar att mycket av mag-tarmbesvären hänger samman med samspelet mellan det centrala nervsystemet och det enteriska nervsystemet, som är ett nätverk av nerceller i mag- och tarmkanalen som styr matsmältningen, som tarmrörelser, blodflöde och utsöndring av ämnen. Det enteriska nervsystemet fungerar självständigt från det centrala nervsystemet, men de båda systemen kommunicerar med varandra.

– Om du ska röra en arm behöver du ha din hjärna och det centrala nervsystemet. För att tarmen ska röra sig behöver du inte hjärnan. Om du tar ut en bit tarm så rör den sig själv. Tarmen och hjärnan pratar ändå med varandra. Det går signaler från tarmen ut till ryggmärgen upp till hjärnan och hjärnan ger signaler tillbaka. Den här signaleringen mellan tarmen och hjärnan går åt båda hållen, någon man kallar för ”The gut-brain interaction, säger hon.

När det blir något fel i den här kommunikationen så kan mag-tarmbesvären uppstå. Symtomen kan vara ganska lika, berättar Ghazaleh Mohammadian Kermani, men det finns en avgörande skillnad.

– Vi kan hitta fynd vid neurogastroenterologisk sjukdom. Symtomatologin skiljer kanske inte alltid med funktionella motorikrubbningar som IBS. Men vi har ju objektiva fynd vid neurogastroenterologiska rubbningar, säger hon.

Till exempel kan patienter med diabetes drabbas av neuropatier i magsäcken som kan leda till gastropares, något som går att mäta med en metod som heter ventrikeltömningsscintigrafi. Medan förändringar i tarmarna kan ses med olika radiologiska metoder.

– Alla de här undersökningarna är ju normala vid IBS. Men det är de inte vid motilitetsstörningar, säger hon.

FOTO: PRIVAT

Ghazaleh Mohammadian Kermani

Funktionella mag-tarmsjukdomar, som IBS, ska hanteras i primärvården medan de neurogastroenterologiska sjukdomarna ska remitteras till specialister som Ghazaleh Mohammadian Kermani. Men eftersom symtombilden är väldigt likartad mellan de båda sjukdomstyperna gäller det för primärvården att identifiera vad som är vad. När det gäller gastropares hos diabetespatienter är vårdcentralernas dietister ofta bra på att fånga upp dem, berättar Ghazaleh Mohammadian Kermani. Sedan kan anamnesen ge vissa ledtrådar som om patienten upplever att buken blåser upp sig. Det går också att se vidgade tarmar på röntgenbilder. Annars handlar det om att börja behandla patienterna för IBS.

– Och funkar inte det så kan man faktiskt remittera och ställa frågor, säger Ghazaleh Mohammadian Kermani.

Hon vill också lyfta fram Ehlers-Danlos syndrom, en bindvävs-sjukdom, som ofta kan påverka motoriken och magtarmkanalen och ge buksmärta.

– De patienterna har ju oftast överrörlighet i sina leder, ledsmärtor, oftast ledluxationer. De har elastisk hud. Det är något som missas i primärvården, men det missas överallt egentligen. Sen kan man ju alltid remittera och fråga, eller ringa vår konsult och fråga. Det händer rätt ofta. Det är viktigt att vi har en dialog om patienterna. Särskilt de patienter som vi sedan remitterar tillbaka när vi är färdiga. Många av de här patienterna ska ju sen följas i primärvården, säger hon.

Fredrik Hedlund

Endometrios – en vanlig orsak till buk- och bäckensmärta hos kvinnor

Endometrios är en vanlig orsak till buk- och bäckensmärta hos fertila kvinnor. Sjukdomen är kronisk, inflammatorisk och östrogenberoende. När sjukdomen har progredierat ger den ofta mer svårtolkade smärtor även utanför mensperioden och det försvårar diagnostiken. Det finns en samsjuklighet med IBS, fibromyalgi och annan smärtproblematik.

Ingrid Sääv, PhD, specialistläkare i gynekologi och obstetrik, MLA för SLSO Ungdomsmottagningar.
Anna-Sofia Melin, PhD, specialistläkare i gynekologi och obstetrik, SLSO Ungdomsmottagningar.

Ingrid Sääv

Anna-Sofia Melin

FOTO: PRIVAT

> För de flesta kvinnor debuterar sjukdomen redan under tonårsperioden

Endometrios förekommer, uppskattningsvis, hos 10–15 procent av alla fertila kvinnor, och mellan två och tre procent har en svårare form, så kallad djup endometrios.

Sjukdomen innebär att celler som liknar cellerna i livmoderslemhinnan växer utanför livmodern, i bukhålan på olika organ. Vid mens blöder det i dessa cellhärdar ger vilket ger upphov till smärta, inflammation och ärrbildning.

För de flesta kvinnor debuterar sjukdomen redan under tonårsperioden, där det första symtomet brukar vara svår menssmärta som ofta tilltar under de första åren efter menarche. Sjukdomen betraktas som kronisk men symtomen klingar av för de allra flesta efter klimakteriet. Övriga typiska symtom är smärta vid avföring och miktion under mensen, djup samlagssmärta och smärta vid ägglossning. Vissa individer får allmänsymtom med sjukdomskänsla, illamående och subfebrilitet speciellt under mensperioden. Endometrios är idag den vanligaste orsaken till ofrivillig barnlöshet hos kvinnor.

Tidigt insatt hormonell behandling kan effektivt bromsa sjukdomen på ett tidigt stadium och förhindra uppkomsten av nya endometrioshärdar.

FOTO: ISTOCK

Diagnosen kan ibland fastställas genom ultraljud, MR eller i samband med kirurgi. I övriga fall räcker symtom för att få behandling, som då följs upp avseende på effekt. Man behöver inte invänta fastställd diagnos!

Alla kvinnor som söker för buksmärta, mensrelaterade besvär, tarmbesvär, preventimedelsrådgivning eller fertilitetsutredning bör få frågor om mensen, med fokus på blödning och smärta. Alla som anger återkommande smärta vid mens och/eller smärta vid ägglossning, samlag, miktion/tarmtömning under mens bör få information om effektiva hormonella behandlingar. Behandling ska påbörjas så fort som möjligt för att minska symtom, öka livskvaliteten och förhindra framtida komplikationer som nedsatt fertilitet och kronisk svår smärta. All insatt behandling ska följas upp avseende effekt och symtomlindring, och dessa kvinnor bör få en fast läkarkontakt eller behandlas i team där läkarkompetens finns att tillgå.

Hormonbehandlingen vid endometerios kan ses som en behandlingstrappa, där man startar med vanliga p-piller, mellandoserade gestagena metoder (mellanpiller eller p-stav), eller hormonspiral. Man räknar med att man uppnår full effekt av metoden efter ungefär sex månaders användning. Vi otillräcklig effekt kan man prova att byta till ett annat preparat, och därefter kan olika preparat

Faktaruta 1

Symtom vid endometrios:

- Svår mensvärk.
- Smärta vid ägglossning.
- Djup samlagssmärta.
- Smärta vid miktion och/eller avföring under mensen.

Faktaruta 2

Här kan man få hjälp vid svår mensvärk/ misstanke om endometrios:

- Ungdomsmottagning
- Vårdcentral/hälsocentral
- Gynekologisk öppenvårdsmottagning
- Kvinnoklinik på sjukhus
- Endometrioscentrum

kombineras, eller doseringen av gestagen ökas. Som sista steg finns alternativ inom specialistsjukvården med andra gestagener och GnRh analoger.

Tidigt insatt hormonell behandling kan effektivt bromsa sjukdomen på ett tidigt stadium och förhindra uppkomsten av nya endometrioshärdar, cystor och sammanväxningar. Effekten av behandlingen kan följas genom att bedöma symtomlindring vad gäller smärta och blödningar. Målet med behandlingen är minska eller eliminera smärtan, och att eliminera behov av sjukskrivning och skolfrånvaro på grund av mensvärk. Ett annat bra mått är om man lyckas minska behovet av smärtlindrande behandling vid smärtgenombrott.

Vid smärtgenombrott används i första hand NSAID i kombination med paracetamol och det är viktigt med tidig start när smärtan uppstår och regelbunden administrering för att få full effekt. Övriga effektiva metoder är TENS och fysioterapi som ofta har stort värde vid kronisk bäckensmärta. En majoritet av kvinnor med endometrios har även symtom som vid IBS, och många kan må bättre om de även får behandling med tarmreglerande läkemedel, till exempel Inolaxol, Vi-siblin eller Movicol. De svårast sjuka kan ha behov av

Faktaruta 3

Frågor att ställa till kvinnor med buksmärta:

- Har du mensvärk?
- Har du ont vid ägglossning?
- Har smärtan samband med menscykeln?
- Har du smärta vid miktion under mens?
- Har du smärta vid tarmtömning under mens?
- Har du samlagssmärtor?

Faktaruta 4

Hormonell behandling vid svår dysmenorre och/eller endometrios:

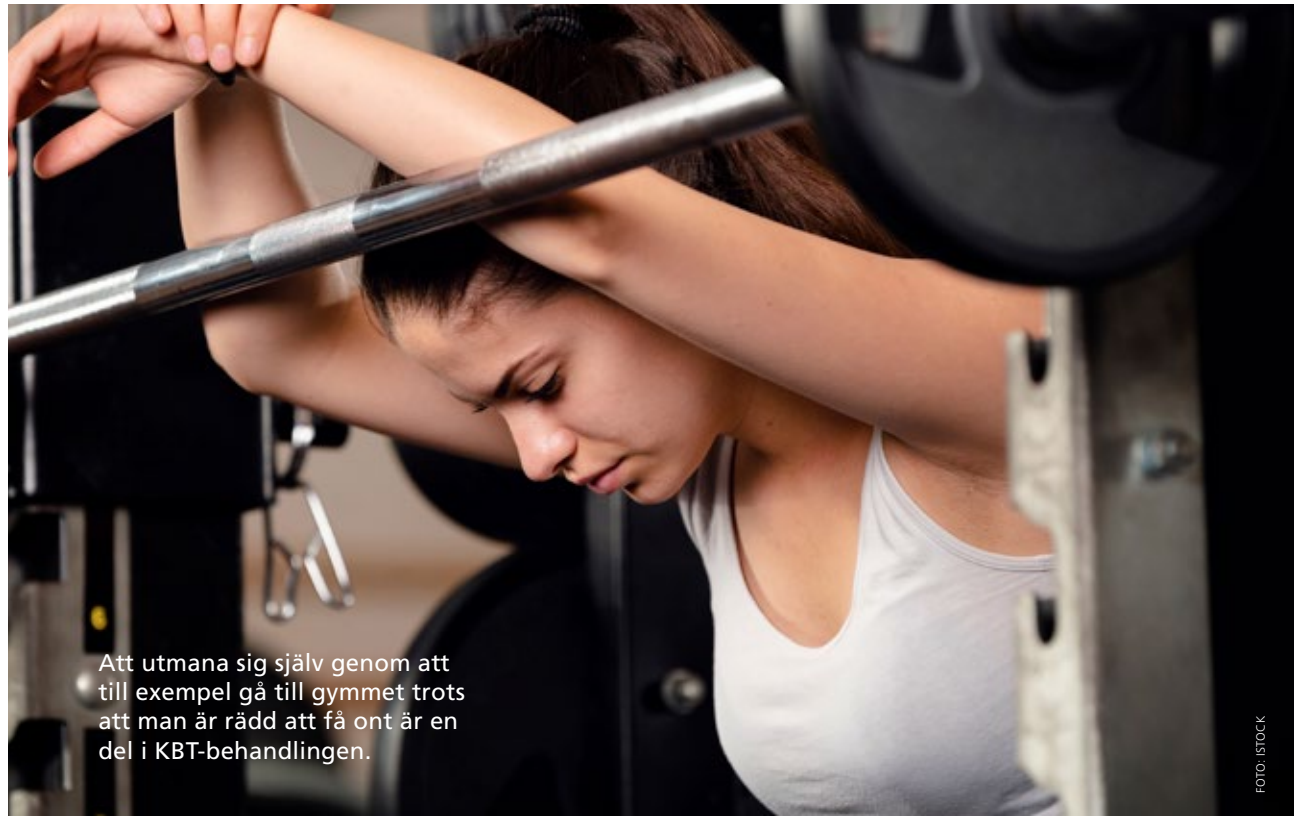
- Kombinerat p-piller i långcykelbehandling, gestagent mellanpiller, p-stav, hormonspiral (LNG_IUS 52 Mirena/Levosertone) Här väljer man metod beroende på patientens preferens och eventuella kontraindikationer.
- Kombinationsbehandling med flera läkemedel i grupp 1, eller dosökning av ovanstående gestagena preparat.
- Andra gestagena preparat (MPA, NETA, Dienogest).
- GnRH analoger.

> Tidigt insatt hormonell behandling kan effektivt bromsa sjukdomen på ett tidigt stadium

hjälp i ett multidisciplinärt team på sjukhus. En mindre del av patienterna som har en djupt infiltrerande endometrios, kan behöva operation för avlägsna endometrioshärdar. Denna behandling behöver alltid kompletteras med effektiv hormonbehandling för att undvika recidiv av endometrios och att smärtorna återkommer.

Så fungerar KBT mot IBS-relaterad buksmärta

Kognitiv beteendeterapi kan hjälpa patienter som lider av IBS-relaterad buksmärta. Behandlingen går ut på att gradvis låta patienten utmana sig själv i sina undvikande- och kontrollbeteenden och på så vis göra smärtan mindre hotfull.



Att utmana sig själv genom att till exempel gå till gymmet trots att man är rädd att få ont är en del i KBT-behandlingen.

FOTO: ISTOCK

Kognitiv beteendeterapi, KBT, har länge använts för att behandla fobier, ångest och tvångstankar, där patienten, enkelt uttryckt, stegvis utsätter sig för det den upplever som jobbigt för att se att den kan hantera de obehagliga känslor det väcker.

KBT mot IBS-relaterad buksmärta fungerar på ett likartat sätt förklarar Brjánn Ljótsson, professor i klinisk psykologi vid Karolinska institutet och psykolog vid Karolinska universitetssjukhuset. Det är han, som i samarbete med andra forskare, har utvecklat behandlingsmetoden via forskning på

patienter med IBS och på barn och ungdomar med funktionell buksmärta.

– Patienterna har ofta haft mycket negativa erfarenheter av sin IBS. Sjukdomen orsakar diarréer, förstoppning och buksmärta, symtom som hindrar dem från att göra saker. Symtomen kanske förstör på jobbet, de har svårt att fokusera. De kanske hindrar dem i fysisk aktivitet, det gör ont att vara på gymmet. Effekterna av det här är att magen lärs in som ett hot och då kommer hjärnans uppmärksamhet ofrivilligt att riktas mer mot magen, vilket gör att man kommer att upptäcka fler symtom än vad man skulle ha gjort annars, säger han.

Blir en ond cirkel

I samband med detta aktiveras kamp/flykt-systemet, eller ångestsystemet som i sin tur påverkar magens funktion så att den blir mer orolig. Patientens symtom blir värre och det hela blir en ond cirkel.

– För att hantera det här hotet, för att få mindre symtom helt enkelt, så kommer patienterna att börja ägna sig åt olika undvikande- och kontrollbeteenden. Det kan vara att gå mycket på toaletten, eller att äta en särskild kost, som man tänker är bra för magen. Undvikande-beteenden kan vara sånt som man undviker när man har ont, att man kanske inte vill träna. Man kanske också undviker sex för att man tycker att det är obekvämt om man har ont. Om man är uppblåst så kan det kännas obehagligt, säger Brjánn Ljótsson.

Utmanar sig själv

Det innebär att sjukdomen steg för steg begränsar livet för patienterna som blir alltmer fokuserade på sin sjukdom. Det är det beteendet som KBT-behandlingen är tänkt att bryta.

– KBT-behandlingen som vi bedriver har en väldigt stor betoning på exponering och går helt enkelt ut på att stegvis och gradvis låta patienten utmana sig själv i sina undvikande- och kontrollbeteenden. Det handlar om att minska på toalettbesök, äta mat som man normalt undviker, och våga gå in i situationer där man är rädd för att det

Brjánn Ljótsson

FOTO: STEFAN ZIMMERMAN

ska bli mer smärta, eller där det är väldigt obehagligt att ha smärtan, säger han.

– På det viset är det väldigt likt en klassisk KBT-behandling mot ångestsjukdomar. Möjligen med den lilla valörskillnaden att alla patienter inte känner igen sig i att de ska vara rädda för magen. De kanske snarare upplever att det är jobbigt eller plågsamt. Men oavsett det så kommer hjärnan hela tiden vara vaksam och på alerten när det gäller magen. Vi vill att patienterna ska lära sig att magen inte är så hotfull. Att smärtan inte är så hotfull. Det här görs gradvis, men det är en ganska tuff behandling, säger Brjánn Ljótsson.

Kan remittera sig själv

Varje patient får en individuell plan baserad på en ganska omfattande kartläggning av vad de upplever som jobbigt och vad de försöker undvika eller kontrollera. Enligt Brjánn Ljótsson har behandlingen god effekt på IBS-relaterad smärta.

– Vi ser att 60–70 procent av patienterna som

genomgår behandlingen får en ordentlig minskning av sina symtom. Så inte alla blir hjälpta, men en stor andel, säger han.

Den KBT-behandling som Brjánn Ljótsson har utvecklat och forskat på bedrivs via internet där patienten får sina uppgifter via nätet och har kontakt med sin terapeut via en säker elektronisk kommunikationsväg. Och för de patienter som vill prova internet-KBT mot IBS-relaterad buksmärta är det enkelt, de kan nämligen remittera sig själva.

– Ja, om det är IBS så kan patienten själv anmäla sig till internetpsykiatri.se. Det är en mottagning som jag var med och startade 2007, men inte längre jobbar med, som bedriver internet-behandlingar för ångest, depression, hälsoångest och IBS bland annat, säger Brjánn Ljótsson.

Kort kö, samma effekt

Väntetiden för att få internet-KBT är inte särskilt lång och det finns många praktiska fördelar att bedriva KBT-behandlingen via internet. Men för den patient som hellre vill ha individuell KBT och sitta öga mot öga med en terapeut så ska vårdcentralerna nu ha psykologer knutna till sig så då bör det gå att lösa lokalt beroende på förutsättningar på den enskilda vårdcentralen. Samtidigt är det viktigt att veta att även vid internet-KBT så är den terapeut-kontakt som patienten har också individuell, och det är en riktig människa bakom. Dessutom pekar flera internationella studier på att resultaten vid telefon- och internet-KBT är jämförbara med individuell KBT.

Fredrik Hedlund

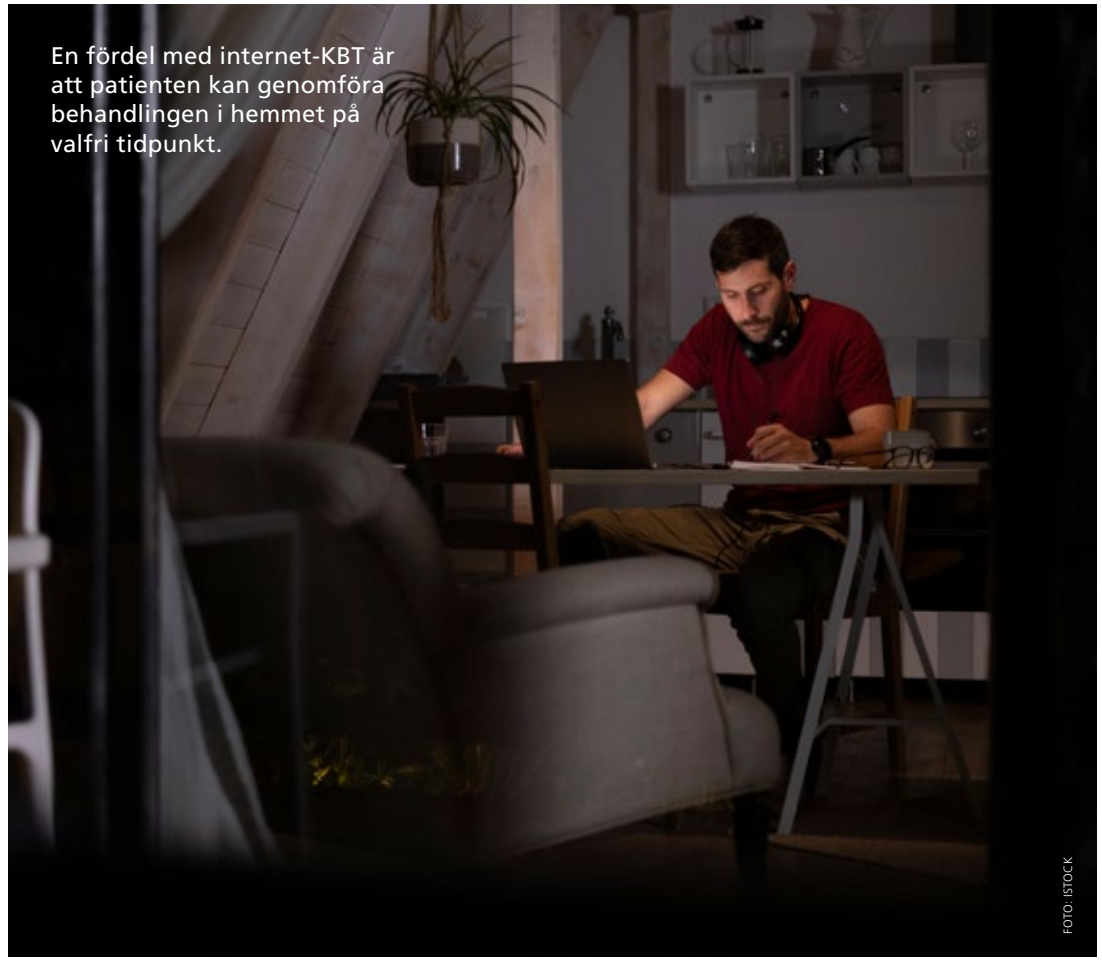

En fördel med internet-KBT är att patienten kan genomföra behandlingen i hemmet på valfri tidpunkt.

FOTO: ISTOCK

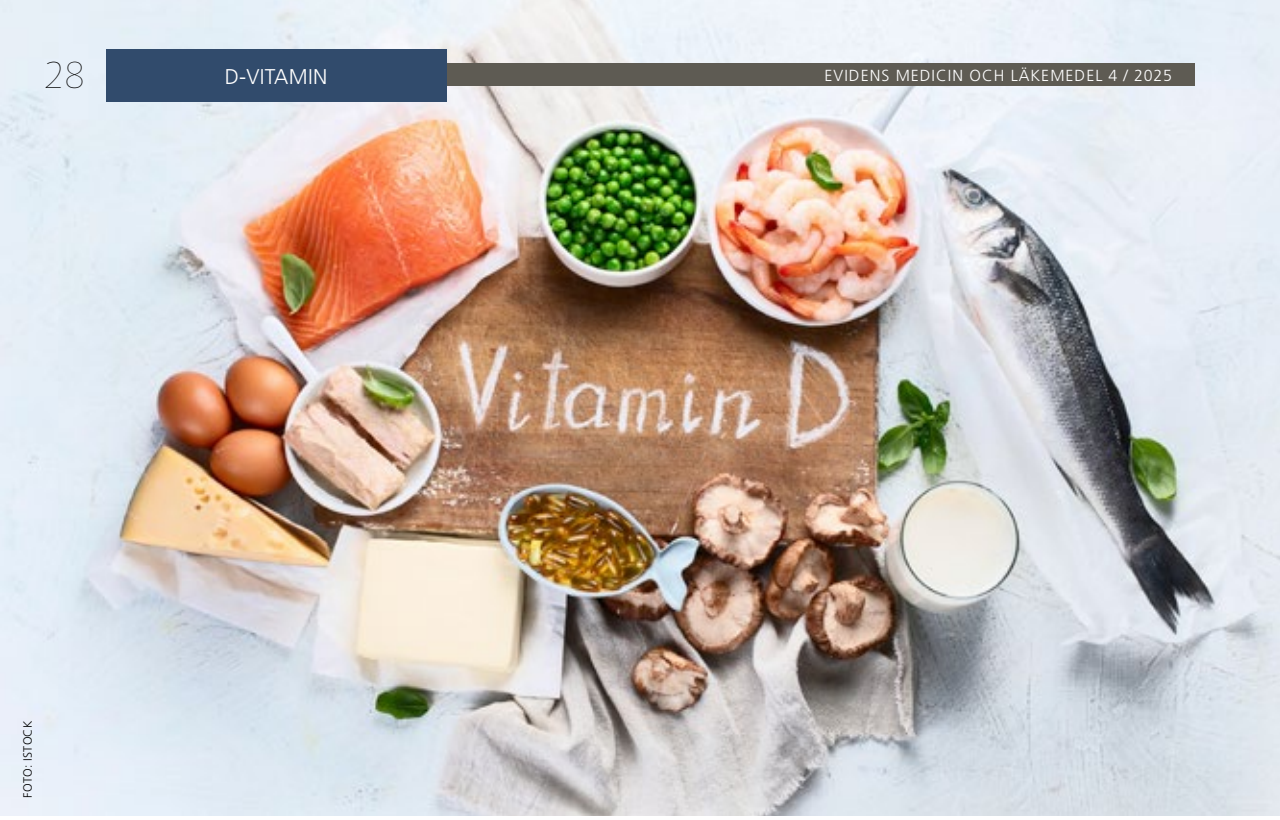


FOTO: ISTOCK

Förskriv bara D-vitamin vid konstaterad brist

I Region Stockholm har förskrivningen av D-vitamin och provtagning av 25-OH-vitamin D ökat kraftigt, ofta utan tydlig medicinsk indikation. En evidensbaserad och restriktiv handläggning rekommenderas för att undvika överdiagnostik, överbehandling och onödig resursanvändning.

FOTO: PRIVAT

Anna Ugarph Morawski

Anna Ugarph Morawski, Spec Allm Med / Med Dr, Ordförande Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för endokrina sjukdomar.

I Region Stockholm genomförs förskrivning av vitamin D och provtagning för 25-OH-vitamin D i omotiverat hög utsträckning. Detta är ett växande problem som riskerar att leda till överanvändning av vårdresurser som saknar tydlig medicinsk indikation och potentiellt onödiga behandlingar. Samtidigt är det avgörande att identifiera och behandla patienter med faktisk D-vitaminbrist för att förebygga allvarliga hälsotillstånd som osteomalaci och frakturer.

En tydlig och evidensbaserad strategi är därför nödvändig för att säkerställa att handläggningen av D-vitaminrelaterade tillstånd sker på ett medicinskt motiverat och kostnadseffektivt sätt.

Bakgrund

D-vitamin är ett fettlösligt vitamin som reglerar kroppens kalcium- och fosfatbalans. Det är nödvändigt för skelettets mineralisering, normal muskelfunktion och immunsystemets funktion. Vitaminet bildas i huden vid exponering för UVB-strålning, men tillförs även via kosten och som tillskott.

I Sverige är många livsmedel berikade med D-vitamin, exempelvis mjölkprodukter, växtdrycker, margarin och matfettsblandningar. För att uppnå tillräckliga nivåer rekommenderas dessutom intag av fet fisk 2–3 gånger per vecka. Ägg, kött och vildväxande svamp bidrar i mindre grad. Under vinterhalvåret (oktober–mars) kan tillskott behövas, särskilt för personer med låg solexponering eller begränsat intag av berikade livsmedel.

Med låg solexponering avses till exempel att man vistas mycket inomhus, bär heltäckande klädsel, undviker solen av medicinska skäl, är äldre eller bor i norra Sverige där UVB-strålningen under vinterhalvåret är otillräcklig för kroppens egen produktion av vitamin D. Personer som sällan äter fet fisk, inte väljer berikade livsmedel eller äter små portioner löper ökad risk för brist. Vegankost utan tillskott är också en riskfaktor.

Försäljningen av D-vitaminpreparat har ökat kraftigt och drivs delvis av marknadsföring som överdriver bristens omfattning. Tillskott marknadsförs ibland som lösning på en rad hälsoproblem, trots att evidens ofta saknas.

Internationella riktlinjer (IOM, EFSA) rekommenderar ett dagligt intag på 400–600 IE (10–15 µg) för friska vuxna, vilket oftast räcker för att uppnå serumhalter >50 nmol/l vid normal solexponering. Behovet varierar dock utifrån ålder, hudtyp, geografi och hälsa. Riskgrupper kan behöva högre doser, men överdosering innebär risk för hyperkalcemi och njurskador.

Livsmedelsverket har fastställt övre gränser för säkert intag av D-vitamin, för att undvika toxisk påverkan (Fig 1). Dessa gränser grundar sig på rekommendationer från EFSA och de nordiska näringsrekommendationerna (NNR).

Behandling och tillskott bör därför alltid baseras på medicinska indikationer, inte allmänna hälsotrender.

Fig 1: Livsmedelsverkets rekommendationer

Grupp	Rekommenderat intag av D-vitamin per dag
Alla barn under 2 år	10 µg (400 IE)
Barn och vuxna som inte äter fisk	10 µg (400 IE)
Barn och vuxna som inte äter fisk eller berikade livsmedel	10 µg (400 IE)
Barn och vuxna som bär kläder som täcker ansikte, armar och ben eller inte är ute i solen under sommaren	10 µg (400 IE)
Barn och vuxna som bär kläder som täcker ansikte, armar och ben eller inte är ute i solen under sommaren och dessutom inte äter fisk och D-vitaminberikade livsmedel	20 µg (800 IE)
Alla 75 år och äldre	20 µg (800 IE)

Vitamintillskott kan vara motiverat, särskilt under vinterhalvåret när solexponeringen är begränsad.

FOTO: ISTOCK

Riskgrupper

Flera grupper i befolkningen löper en ökad risk att utveckla D-vitaminbrist, ofta i kombination med lågt kalciumintag. Identifiering av dessa riskgrupper är viktigt för att kunna förebygga bristsymtom och säkerställa adekvat behandling.

1. **Låg solexponering**: Personer med begränsad solexponering, som de som bor på nordliga breddgrader eller arbetar inomhus, riskerar D-vitaminbrist.
2. **Täckande klädsel och pigmenterad hud**: Personer med täckande klädsel eller mörk hud har svårare att syntetisera D-vitamin från solen.
3. **Hög ålder**: Äldre personer har nedsatt förmåga att syntetisera D-vitamin och vistas mindre utomhus. De kan också ha sämre absorption av D-vitamin från kosten.
4. **Sällan utomhus**: Personer som sällan vistas utomhus, som äldre på boenden, löper högre risk för brist om de inte får D-vitamin via kosten eller tillskott.
5. **Kortisonbehandling**: Långvarig behandling (flera månader) med kortison kan minska D-vitaminets effekter och absorption.
6. **Läkemedel**: Vissa läkemedel, som antiepileptika och kortison, kan påverka D-vitaminmetabolismen negativt.
7. **Malabsorption**: Sjukdomar som påverkar näringsupptaget som celiaki, Crohns sjukdom, eller patienter som genomgått gastric bypass, har nedsatt förmåga att absorbera D-vitamin från kosten.
8. **Strikt vegankost**: Veganer har ofta låga D-vitamin-nivåer och kan behöva tillskott.
9. **Lever- eller njursjukdom**: D-vitaminbrist kan uppstå vid leverfunktionsnedsättning, särskilt vid kronisk leversjukdom och MAFLD, eftersom levern lagrar och aktiverar vitaminet. Nedsatt leverfunktion försämrar upptag, lagring och aktivering.
   Vid måttlig kronisk njursjukdom (stadium 2–3) minskar njurarnas produktion av aktivt D-vitamin (kalcitriol). Vid svår kronisk njursjukdom (stadium 4–5) blir produktionen otillräcklig, vilket kan leda till lågt kalcium, överaktivitet i bisköldkörtlarna och benskörhet.
10. **Endokrina tillstånd**: Tillstånd som hyperparatyreoidism kan påverka D-vitaminbehovet och benmetabolismen.
11. **Granulomatösa tillstånd**: Sjukdomar som sarkoidos, TBC och vissa lymfom kan orsaka en överproduktion av aktivt D-vitamin, vilket kan leda till hyperkalcemi och ökad risk för D-vitaminbrist i andra delar av kroppen.
12. **Övervikt**: Det finns inget exakt BMI-gränsvärde för D-vitaminbrist, men obesitas, definierat som BMI över 30, är kopplat till lägre D-vitaminnivåer. D-vitamin lagras i fettvävnad, vilket minskar mängden tillgängligt i blodet hos personer med högre BMI. Därför kan överviktiga behöva högre doser för att uppnå samma effekt som normalviktiga. Detta kan förklara varför vissa tillskott ibland ger sämre resultat.
13. **Ammande barn**: Ammande barn utan D-vitamintillskott löper högre risk för brist, eftersom bröstmjölk innehåller låga nivåer av D-vitamin. Rekommendationen är att ammande barn får D-vitamintillskott från födseln.

Klinisk betydelse och indikation för behandling

D-vitaminbrist orsakar rakit hos barn och osteomalaci hos vuxna, vilket kan ge diffusa symtom som muskelsmärta, proximal muskelsvaghet och gångsvårigheter. Behandling med D-vitamin vid verifierad brist är väldokumenterad och syftar till att lindra bristsymtom samt att förebygga och reversera osteomalaci.

Vid osteoporos rekommenderas dagligt D-vitamin- och kalciumtillskott som komplement till benspecifik behandling, för att säkerställa mineralbalans och optimera behandlingseffekten. Däremot är evidensläget svagt för att D-vitamin som monoterapi, utan konstaterad brist, förebygger andra tillstånd som cancer, hjärt-kärlsjukdom, psykisk ohälsa eller infektioner. I avsaknad av laboratoriebekräftad brist bör D-vitaminsupplementering därför inte rutinmässigt rekommenderas i dessa sammanhang. Det finns inte belägg för att behandla personer under 80 år med vitamin D och kalcium som monoterapi, ens vid osteopeni.

Storskaliga studier har inte visat tydliga fördelar med D-vitamintillskott vid exempelvis cancer, kardiovaskulära sjukdomar, psykisk ohälsa eller autoimmuna tillstånd hos friska individer med normala nivåer. Tillskott i dessa fall bör därför inte ges utan laboratoriebekräftad brist.

Symtom och utredning

D-vitaminbrist (<25 nmol/l) ger ofta inga tydliga symtom men kan orsaka proximal muskelsvaghet och diffus värk, särskilt i ländrygg, bäcken och lår. Vid uttalad brist kan gångrubbning (till exempel ankgång) och skelettsmärta uppstå, i sällsynta fall osteomalaci. Kramper och stickningar kan förekomma. Lindrig brist ger ofta inga symtom (Fig 2).

Vid misstanke om brist bör följande prover övervägas:

- S-25(OH)D – huvudanalys.
- Kalcium (joniserat kalcium), albumin – låga värden stärker misstanken.
- S-PTH – ofta förhöjt vid brist.
- S-ALP – kan vara förhöjt vid osteomalaci.
  Vid misstänkt malabsorption: komplettera med Hb, järnstatus, B12, folat, magnesium, transglutaminasantikroppar.

Observera: kalcium och ALP kan vara normala även vid allvarlig brist.

Behandlingsprinciper:

- Barn <2 år ska dagligen få D-vitamindroppar via barnhälsovården.
- Behandla vid S-25(OH)D <25 nmol/l.

Fig 2: Definitioner D-vitaminbrist

D-vitaminstatus	S-25(OH)D nmol/l
Brist	< 25
Risk för otillräcklig koncentration	25–49
Tillräcklig*	≥ 50
Risk för toxisk nivå**	> 250

Källa: viss.nu

- Överväg behandling vid 25–49 nmol/l, särskilt vid förhöjt PTH.
- Ingen behandling vid nivåer ≥50 nmol/l.
- Ge kost- och solexponeringsråd.
- Vid risk för brist kan egenvårdstillskott ges utan provtagning.
- Symtomfria personer behöver inte testas före egenvård.

Särskilda behandlingsfall

- Långvarig kortisonbehandling: kombination av D-vitamin, kalcium och benspecifik behandling (till exempel bisfosfonater eller denosumab) rekommenderas.
- Osteoporos eller ökad frakturrisk: komplettera benspecifik behandling med D-vitamin och kalcium.

Vårdnivå Handläggning

Handläggning av D-vitaminbrist inom primärvården

De flesta patienter med D-vitaminbrist kan handläggas i primärvården med rätt dosering, uppföljning och rådgivning.

Det är viktigt att identifiera och behandla patienter med bekräftad D-vitaminbrist genom lämplig dosering av D-vitamin och kalcium samt att ge råd om kost och solexponering.

Remiss till specialiserad endokrinologisk öppenvårdsmottagning

- Vid misstänkt osteomalaci som inte förbättras med behandling för vidare utredning och behandling.
- Vid uteblivet behandlingssvar eller kvarstående symtom trots korrekt behandling.

Behandlingsrekommendationer för D-vitaminbrist och kalciumtillskott

Läkemedelsbehandling:

1. **Initial behandling av D-vitaminbrist:**
   - För vuxna med 25-OH-D-vitamin <25 nmol/l, eller 25–50 nmol/l i kombination med förhöjt PTH, rekommenderas en initial dos av 1 600–4 000 IE (40–100 µg) kolekalciferol per dag.
   - Behandlingen bör pågå i 3–6 månader, med målsättning att uppnå ett D-vitaminvärde på 50–75 nmol/l i serum.
   - Dosen justeras individuellt utifrån behandlingssvar och kontroll av D-vitaminnivåer efter avslutad initial behandling.
2. **Underhållsbehandling**:
   - Efter uppnått målvärde, rekommenderas en underhållsdos på 800–1 600 IE (20–40 µg) kolekalciferol per dag.
   - Ökning av 25(OH)D i serum varierar mellan individer beroende på faktorer som genetisk, tarmupptag och elimination. Vanligtvis ger 1 000 IE/dag (25 µg) en ökning på cirka 25 nmol/l.
3. **Övre dosgräns**:
   - Maximal säker dos vid långtidsbehandling anses vara 4 000 IE/dag (100 µg) per dag för vuxna.
   - Behandlingen bör följas upp regelbundet för att undvika överdosering och potentiella biverkningar, som hyperkalcemi.
4. **Kontraindikationer för D-vitaminbehandling**:
   - Behandlingen är kontraindicerad vid hyperkalcemi.
   - För patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion bör särskilda riktlinjer för behandling vid njursjukdom och nedsatt njurfunktion följas.

Tillägg av kalcium:

- Kalciumtillskott rekommenderas för patienter som inte får i sig tillräckligt med kalcium via kosten, särskilt vid samtidig D-vitaminbrist. Enligt Livsmedelsverket är det rekommenderade dagliga intaget av kalcium för vuxna 800 mg.

D-vitamindroppar ska dagligen ges till barn under två år

FOTO: JOHNER

Fig 3: D-vitamin Kloka listan 2025, Region Stockholm

D-VITAMIN

kolekalciferol	⇔	Kolekalciferol …, Divifarm, Divisun

Vid samtidigt lågt kalciumintag

kalciumkarbonat + kolekalciferol	⇔	Kalcium/Kolekalciferol …, D-Calsor, Kalcipos-D forte, Recikalc-D Forte *tablett*
kalciumkarbonat + kolekalciferol	⇔	Bencium, Calcichew-D3 Citron, Kalcipos-D forte, Kalcium/Kolekalciferol Citron, Recikalc-D Forte *tuggtablett*

Överdosering av D-vitamin kan orsaka symtom som törst, illamående, förstoppning, och i allvarliga fall njursvikt.

FOTO: ISTOCK

- Vid behov rekommenderas kombinationspreparat som innehåller 500 mg kalcium och 800 IE vitamin D. Dessa kan tas 1–2 tabletter dagligen beroende på individuellt behov och kostintag

Risker med behandling

De främsta riskerna med D-vitaminbehandling uppstår vid för höga doser, vilket kan leda till hyperkalcemi. Överdosering av D-vitamin kan orsaka en rad symtom som törst, illamående, förstoppning, och i allvarliga fall kan det leda till njursvikt. Vid långvarig överdosering kan kalciuminlagringar uppstå i mjuka vävnader som njurar, hjärta och blodkärl, vilket kan resultera i organskador och försämrad funktion. Dessa risker är huvudsakligen förknippade med D-vitamintillskott snarare än med D-vitamin från kosten, eftersom den naturliga regleringen av vitamin D i kroppen hindrar toxisk ackumulering vid normalt kostintag.

Bedömning av njurmedicinsk specialist ska göras vid eGFR under 30 ml/min/1,73 m² (CKD stadium 4–5) innan D-vitaminbehandling påbörjas eller justeras. Detta är viktigt på grund av risk för obalanser i kalcium, fosfat och PTH samt för att undvika hyperkalcemi och kärlförkalkningar.

Interaktioner med andra läkemedel:

Vitamin D är ett biologiskt aktivt och potent preparat som kan påverka, och påverkas av, andra läkemedel. Därför är det viktigt att beakta möjliga interaktioner vid behandling med D-vitamin och kalciumtillskott. Kombinationer med vissa läkemedel kan förändra absorption, metabolism eller effekt, vilket kan kräva dosjustering eller särskild övervakning.

D-vitamin och kalciumtillskott kan interagera med andra läkemedel, inklusive:

- Levotyroxin – kalcium kan hämma absorptionen av levotyroxin vid samtidigt intag. Doserna bör därför tas med flera timmars mellanrum.
- Tiaziddiuretika – ökar återresorptionen av kalcium i njurarna och kan, i kombination med D-vitamin, öka risken för hyperkalcemi.
- Digitalis – D-vitamininducerad hyperkalcemi kan förstärka digitalis toxiska effekter på hjärtat. Kombinationen kräver noggrann monitorering.
- Järntabletter – kalcium kan minska upptaget av järn; preparaten bör ej tas samtidigt.
- Tetracyklin och kinoloner – kalcium binder till dessa antibiotika i tarmen och försämrar deras absorption. Intaget bör separeras med minst två till tre timmar.

Klinisk betydelse

Vid insättning av D-vitamin- eller kalciumtillskott bör alltid en läkemedelsgenomgång göras för att identifiera potentiella interaktioner. Patienter med polyfarmaci, särskilt äldre, löper ökad risk för kliniskt betydelsefulla interaktioner och bör följas med regelbundna laboratoriekontroller.

Receptbelagda D-vitaminpreparat:

- Kolekalciferol (vitamin D3) finns i doser om 800 IE/dygn eller 2 000 IE/dygn.
- För patienter med samtidigt lågt kalciumintag kan kombinationspreparat som innehåller kalciumkarbonat och kolekalciferol vara ett alternativ. Dessa finns ofta som tuggtabletter och kan tas dagligen eller vid behov, beroende på kostintag och laboratorienivåer.

Behandlingens längd och uppföljning

Behandlingens varaktighet med vitamin-D beror på den underliggande orsaken till bristen och patientens individuella behov. Vid konstaterad D-vitaminbrist kan det ta 3–6 månader att normalisera nivåerna med en högre dosering. Därefter kan ett regelbundet tillskott vara fördelaktigt, särskilt under vinterhalvåret när solexponeringen är begränsad. För vissa grupper rekommenderas D-vitamintillskott året runt, exempelvis barn under 2 år och vuxna över 75 år, samt personer med begränsad solexponering eller ökad risk för brist. Det är viktigt att behandlingen sker enligt läkares ordination och att den rekommenderade dagliga dosen inte överskrids, då överdosering kan leda till förhöjda kalciumnivåer och andra oönskade effekter. Regelbunden uppföljning av D-vitaminnivåer och kalciumstatus rekommenderas vid längre tids behandling. Uppföljning bör göras tre månader efter insatt behandling och därefter årligen, gärna under perioden februari – april, tills D-vitaminnivån är stabil. Underhållsbehandling fortsätter så länge riskfaktorn för D-vitaminbrist kvarstår. För många räcker det med tillskott under vinterhalvåret.

Referenser

Se janusinfo.se

”En bok som kan göra skillnad för många familjer”

FOTO: EVA LINDBLAD

Li Åslund

Boken Tonårssömn är lätt att förstå, bygger på forskning och evidens och fungerar både som en manual för föräldrar och ungdomar och som ett stöd för elevhälsan och vården. Jag tror att boken kan bidra till att både föräldrar, ungdomar och vi i vården blir bättre på att ta sömnen på allvar, samtidigt som den kan minska behovet av att förskriva sömnmediciner, skriver Rania Hanna Chabo, allmänläkare på Tallhöjdens vårdcentral i Södertälje och informationsläkare vid Akademiskt primärvårdscentrum.

När jag läser boken Tonårssömn av Li Åslund får jag ganska snabbt en känsla av att boken är både tydlig, lätt att läsa och användbar. Det märks att boken riktar sig mest till föräldrar, men jag tycker också att den lika gärna kan läsas tillsammans med en tonåring. Författaren betonar tidigt att boken inte är tänkt att skapa fler regler eller mer oro, utan snarare handlar om att ge förståelse för hur sömn fungerar och ge enkla verktyg som kan hjälpa i vardagen.

Redan i innehållsförteckningen märks det hur författaren vill rama in boken. Två budskap lyfts fram direkt: **”Bättre sömn börjar med förståelse”** och **”Så är boken tänkt att användas.”** För mig kändes det klokt. Det första pekar på att man behöver kunskap och insikt innan man kan ändra något, och det andra visar att boken inte behöver läsas från början till slut. Man kan ta fram den när det behövs och slå upp just det kapitel som passar i stunden. Det gör att boken känns mer som en manual än en berättelse, och det tror jag gör att fler faktiskt vill läsa den.

Boken är uppdelad i elva kapitel som tillsammans täcker in olika aspekter av tonårssömnen: att förstå sömnens biologiska grunder, hur den kan mätas, betydelsen av ljus och mörker, sovrumsmiljö, kvällsrutiner, skärmtid, plugg i sängen, stressiga perioder, avslappning, vad man gör när sömnen krånglar rejält och slutligen hur föräldrar kan hantera sin egen oro och frustration. Denna tydliga struktur är enligt mig en av bokens största styrkor. Läsaren får först en stabil grund genom att förstå hur tonårssömnen fungerar biologiskt, att dygnsrytmen faktiskt förändras under puberteten och inte bara handlar om ”lathet” samt hur olika yttre faktorer påverkar vanorna. Med den kunskapen blir det också lättare att avgöra vad som är normalt och när det kan finnas skäl att göra förändringar. Därefter följer kapitlet om att mäta sömnen, där både ungdomar och föräldrar får verktyg för att upptäcka mönster och samband mellan vanor och sömnkvalitet. Sedan byggs innehållet på med mer praktiskt inriktade kapitel, som erbjuder konkreta strategier i vardagen. Avslutningsvis riktas fokus mot föräldrarna och deras oro, något jag tycker är särskilt klokt. Även om boken främst handlar om ungdomarnas sömn är det ofta föräldrarnas reaktioner och känslor som styr hur situationen hanteras. Att få stöd i att behålla tålamodet och undvika onödiga konflikter blir därför en viktig del av helheten.

Något jag fastnar för är att varje kapitel inleds med en mening som skulle kunna vara hämtad direkt från en ungdoms mun. Det gör att man snabbt känner igen sig i situationen och förstår vad kapitlet kommer att handla om. Därefter följer en kort förklaring av temat, där det ofta betonas att små förändringar kan göra stor skillnad. Det är ett bra upplägg som gör texten lätt att ta till sig utan att kännas övermäktig.

En annan styrka är att varje kapitel innehåller ett fall med en tonåring som har sömnbesvär, och att detta fall vävs in genom kapitlet. På så sätt blir boken mer levande, eftersom den inte stannar vid teori utan också visar verkliga situationer man kan känna igen. Efter varje fall förklarar författaren varför just det problemet är viktigt och vad som kan göras åt det. Det är skrivet på ett enkelt och inbjudande sätt, och både föräldrar och ungdomar kan ta till sig råden. Tonen är aldrig dömande, utan alltid uppmuntrande.

En ytterligare styrka i boken är växlingen mellan tonåringens och förälderns perspektiv. Som förälder känner man igen sig i situationer som tjat, kontroll eller uppgivenhet, och författaren visar på varför dessa reaktioner sällan hjälper. I stället ges små, konkreta förslag som kräver mindre energi men kan göra stor skillnad något som känns både realistiskt och uppmuntrande. Även medicinska och psykologiska begrepp, som pubertetens biologiska förändringar, dygnsrytm, social jetlag och sambandet mellan sömn och psykisk hälsa, förklaras på ett enkelt sätt så att både föräldrar och ungdomar kan förstå.

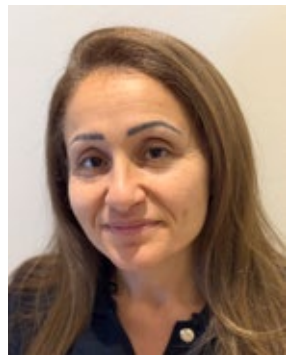
Boken påminner gång på gång om att det inte handlar om perfekta rutiner, utan om små steg: dagsljus på morgonen, att lägga undan mobilen innan läggdags eller att hålla en jämnare dygnsrytm. Den kan också vara ett värdefullt stöd för skolpersonal och inom primärvården, där många ungdomar söker för trötthet eller koncentrationssvårigheter. Fallbeskrivningarna är lätta att ta vidare i samtal och råden är tillräckligt konkreta för att kunna användas direkt.

En svaghet är att ungdomar med samsjuklighet som ADHD, autism eller psykisk ohälsa inte får något särskilt utrymme, även om mycket av innehållet är tillämpbart även för dem. Trots det väger styrkorna tyngre.

Boken avslutas med avsnittet ”Bättre sömn byggs med tålamod och tillit”, som på ett fint och hoppfullt sätt binder ihop helheten. Föräldrar påminns om att deras tålamod och engagemang faktiskt gör skillnad, och ungdomar får veta att de inte är ensamma – dålig sömn är inget fel i sig, utan något som går att påverka.

Sammanfattningsvis tycker jag att Tonårssömn är en värdefull bok. Den är lätt att förstå, bygger på forskning och evidens och fungerar både som en manual för föräldrar och ungdomar och som ett stöd för elevhälsan och vården. Den är inte en medicinsk handbok, men det är inte heller meningen. För mig känns det som en bok som kan göra skillnad för många familjer, och jag tror att den kan bidra till att både föräldrar, ungdomar och vi i vården blir bättre på att ta sömnen på allvar, samtidigt som den kan minska behovet av att förskriva sömnmediciner.

FOTO: PRIVAT



Raina Hanna Chabo

Hantera GI-biverkningar av GLP-1-agonister: informera, individualisera och identifiera

Gastrointestinala biverkningar av GLP-1-agonister som semaglutid (Ozempic, Wegovy, Rybelsus) och tirzepatid (Mounjaro) är vanliga. Här presenteras en strategi för att hantera dem i form av de tre I:na – informera, individualisera och identifiera.

FOTO: ANNA MOLANDER

Maria Ljungdahl om läkemedelsfrågor

Hur många som får gastrointestinala biverkningar vid insättning av GLP-1-agonister varierar stort i olika studier, men någonstans mellan 10–50 procent av användarna tros kunna drabbas. Illamående är vanligast, men även förstoppning, diarré, buksmärta och kräkningar räknas som vanliga biverkningar. Oavsett frekvens rör det sig om många personer, med tanke på att det förskrevs 5,5 miljoner dygnsdoser semaglutid i Region Stockholm under januari till och med juni 2024 och 10 miljoner samma period år 2025 (SAS VA).

Snabb upptrappning och hög dos ökar risken för biverkningar

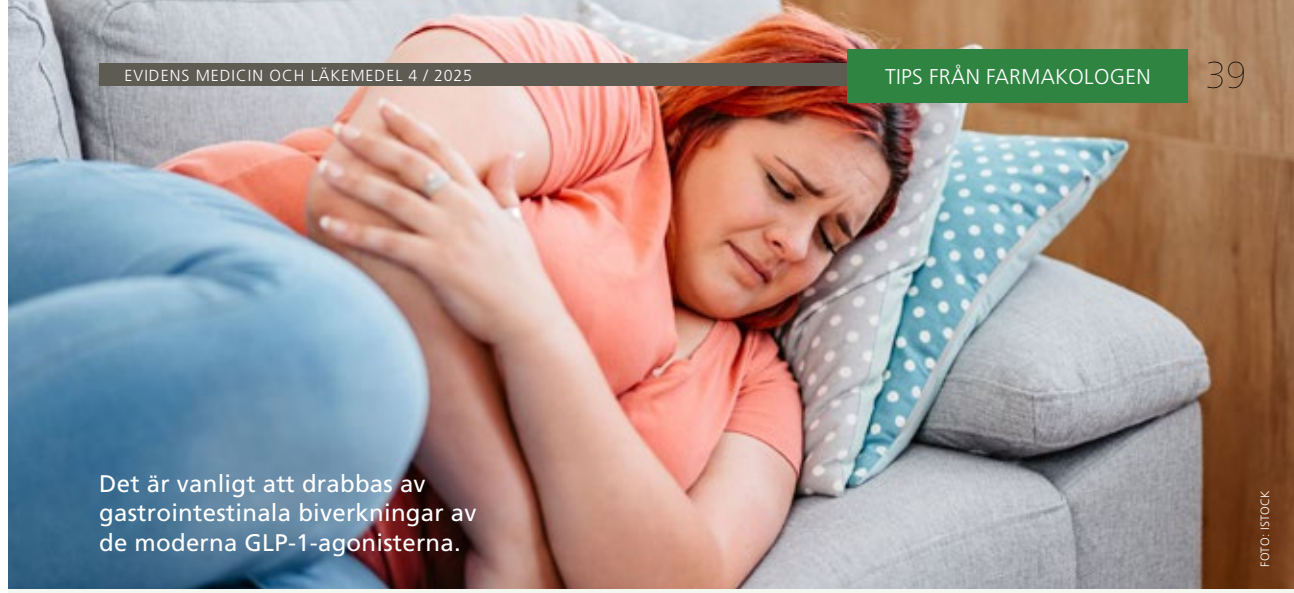
De initiala gastrointestinala biverkningarna är dosberoende, vanligen övergående och oftast av mild till måttlig karaktär. Ingen korrelation mellan grad av biverkningar och viktnedgång har setts i studier. Biverkningarna förekommer vid både oral och parenteral administrering och oavsett daglig eller veckovis behandling. Vid obesitasindikation har högre frekvens av biverkningar rapporterats, vilket tros bero på den högre dosen jämfört med dosen vid diabetes mellitus. Samtidig behandling med till exempel metformin, känd för sina gastrointestinala biverkningar, kan öka risken för besvär. Biverkningarna brukar avta efter att underhållsdosen är uppnådd. Vid snabb upptrappning ökar frekvensen av biverkningar.

Lindra biverkningarna med tre I:n

Det finns tips och råd publicerade för att minska patientens lidande. Råden är baserade på klinisk expertis utan säkert bevisad effekt, men kan vara av stor nytta ändå. Ett hopkok av dessa tips har lett till följande förslag – **informera**, **individualisera** och **identifiera**.

Informera patienten innan insättning om de vanligaste biverkningarna och mättnadskänslan som kan uppstå. Informera om att dessa vanligen inte är allvarliga och att de oftast är övergående. Det är viktigt för patienten att veta att biverkningarna inte har något med effekten på behandlingen att göra. Informera även i förväg om möjliga sätt att minska biverkningarna beroende på hur de ter sig, se tabellen nedan för tips på åtgärder.

Individualisera behandlingen genom att ta reda på patientens habituella mag-tarmfunktion, för att kunna bedöma eventuell försämring. Förekommer det redan besvär med förstoppning, diarré eller illamående och är det något som skulle kunna hanteras innan GLP-1-agonisterna förskrivs? Till exempel kan en patient med förstoppning tipsas om fiberrik kost och ökat vätskeintag.



Det är vanligt att drabbas av gastrointestinala biverkningar av de moderna GLP-1-agonisterna.

FOTO: ISTOCK

Tips vid mag-tarmbiverkningar av GLP-1-agonister. Glöm inte att utesluta behandlingskrävande differentialdiagnoser och att rekommendera kontakt med sjukvården vid svåra och allvarliga besvär.

Allmänna matvanor
Ät långsamt
Ät små måltider ofta
Ät bara om du är hungrig
Ligg inte ner efter en måltid, men var heller inte för aktiv efter att ha ätit
Drick inte med sugrör
Ät lättsmält mat med låg fetthalt
Öka intag av klara drycker, små klunkar ofta
Vid illamående
När minst 30 minuter gått efter senaste dosen – minska symtom med kex, äpple, mint, ingefära

Vid GERD – gastroesofageal refluxsjukdom
Extra fokus på allmänna matvanor enligt ovan
Överväg farmakologiska alternativ som protonpumpshämmare eller H2-blockerare för lindring under kort begränsad tid
Vid förstoppning
Ökat vätskeintag och fiberrik kost
Mjukgörande laxermedel
Vid diarré och kräkning
Noggrann med rehydrering
Använd vätskeersättning vid behov
Receptfria propulsionsdämpande medel
Informera om vilka läkemedel som patienten kan behöva pausa vid stora vätskeförluster (exvis ACE-hämmare)

Tabell adapterad från: Gorgojo-Martinez et al, 2022 och Wharton et al, 2022.

Identifiera eventuella biverkningar och anpassa behandling och dosupptrappning därefter för att finna en underhållsdos som ger tillräckligt god effekt och är tolerabel för patienten. Om besvärande biverkningar uppstår kan upptrappning pausas eller återgå till föregående dos och avvakta dosökning. Undvik att öka dosen under pågående gastrointestinala biverkningar. Eventuellt får en lägre underhållsdos än planerat accepteras utifrån biverkningsprofilen. På individnivå kan biverkningarna vara olika mellan olika GLP-1-agonister och i vissa fall kan ett byte av preparat vara värt ett försök. Slutligen kan vissa patienter behöva avsluta behandlingen, tillfälligt eller permanent, om biverkningarna är för svåra och då behöver andra behandlingsalternativ övervägas.

Referenser: Se janusinfo.se

Returadress vid okänd adressat:
Internpost: Region Stockholms läkemedelskommitté. Lindhagensgatan 98
Postadress: Box 30017, 104 25 Stockholm

Missa aldrig ett nummer av Evidens!
Gå in på janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

Fortbildning – ett axplock

ONSDAG 14 JAN

Kloka listan forum 2026

14 januar, kl. 08.30–16.30
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor
Plats: 7 A Posthuset

ONSDAG 21 JAN

Obesitasläkemedel inom psykiatrin, hur ska vi tänka?

21 januari, kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

FREDAG 13 FEB

Endokrint forum Stockholm vårmöte 2026 tema osteoporos och kalcium

13 februari, kl. 10.00–16.30
Målgrupp: Läkare inom: Endokrinologi, internmedicin och allmänmedicin
Plats: HSF, Lindhagensgatan 98

TISDAG 17 FEB

Utbildningsdag om astma och allergi

17 februari, kl. 08.30–16.30
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

Region Stockholms läkemedelskommitté anordnar fortbildningar för läkare och sjuksköterskor verksamma i Stockholms län. Alla aktiviteter är producentoberoende och de flesta är kostnadsfria. Anmälan görs på janusinfo.se/fortbildning

ONSDAG 14 JAN

Årets viktigaste läkemedelsdag!

KLOKA LISTAN FORUM 2026

Anordnas av Region Stockholms läkemedelskommitté