

# Restless legs syndrom

Fastställd april 2026 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. april 2028.

## Huvudbudskap

Restless legs syndrom (RLS) kännetecknas av ett intensivt behov av att röra på benen, oftast kombinerat med stark obehagskänsla, och som förvärras av inaktivitet och lindras momentant under utförandet av rörelser. RLS är värre under kvällar och nätter.

- För diagnos krävs att samtliga symtomkriterier (Faktaruta 1) är uppfyllda.
- Tidigare åtskillnad mellan primär (Willis-Ekboms sjukdom) och sekundär RLS har ersatts av ett koncept där RLS uppstår från interaktioner mellan genetiska, socioekonomiska och miljömässiga faktorer samt samsjuklighet.
- Basal utredning görs alltid för att hitta behandlingsbar bidragande orsak.
- Sömnhygieniska åtgärder, undvikande av RLS-provocerande läkemedel och korrigerande av ferritinnivåer/transferrinmättnad utgör basbehandling vid RLS.
- Om detta inte räcker kan RLS med uttalade besvär behandlas intermittent med låg dos dopaminagonist eller gabapentinoid.

## Faktaruta 1

### Diagnostiska kriterier för RLS

Alla kriterier 1–5 måste vara uppfyllda<sup>1</sup>

1. Ett starkt behov av att röra på benen, vanligen åtföljt av, eller upplevt som orsakat av, obehagliga förnimmelser i benen och som:
2. ... uppstår eller förvärras under vila eller inaktivitet i liggande eller sittande.
3. ... lindras delvis eller helt av att gå eller sträcka på benen, åtminstone så länge denna aktivitet pågår.
4. ... uppträder enbart eller är svårast under kvällen eller natten.
5. ... inte kan förklaras av annat tillstånd såsom muskelsmärta, venös stas, bensvullnad, ledinflammation, muskelkramp, obehövlig kroppsställning eller vanemässigt fotvickande.

Ytterligare stöd för diagnosen är ärftlighet för RLS, besvärs lindring av dopaminerga läkemedel och förekomst av Periodic Limb Movement.

<sup>1</sup> International Restless Legs Syndrome Study Group

## Faktaruta 2

### RLS svårighetsgrad

Kliniskt betydelsefullt RLS definieras som att besvären medför signifikant lidande eller nedsatt funktion familjesocialt liksom i arbete eller skola, genom försämring av nattsömn, energi, humör, kognition eller stämningsslag. RLS svårighetsgrad korrelerar till hur ofta besvären uppträder. Intermittent RLS är därför oftast lindrigt medan kroniskt/persisterande RLS oftast är medelsvårt till svårt, eller mycket svårt.

#### Intermittent RLS:

Symtom som utan behandling uppträtt i medeltal < 2 gånger/vecka under senaste året och hittills i livet vid minst 5 tillfällen.

#### Kroniskt/persisterande RLS:

Symtom som utan behandling uppträtt i medeltal ≥ 2 gånger/vecka under senaste året.

Dessa definitioner gäller inte barn eller RLS sekundärt till graviditet eller läkemedel.

## Bakgrund

Diagnosen RLS är klinisk och utgår från patientens besvärsbeskrivning. Differentialdiagnoser är viktiga att identifiera, varför symtom och diagnostik poängteras i dessa riktlinjer. Riktlinjerna avser vuxna patienter.

I populationsstudier uppger 5–30 % av vuxna att de upplevt symtom tydande på RLS. En mindre andel, 2–3 %, uppger typiska RLS-besvär två eller fler dagar per vecka och har därmed persisterande RLS. RLS är vanligare hos kvinnor än hos män och vanligare vid neurologisk eller invärtesmedicinsk samsjuklighet. RLS kan uppträda under begränsad tid som biverkning av läkemedel, under graviditet, vid tillfällig järnbrist eller vid njurinsufficiens. De flesta individer som söker vård enbart på grund av RLS-symtom beskriver långvariga besvär som kommit att hindra nattsömn och begränsa vardagsfunktioner.

RLS kan debutera i alla åldrar, men vanligast är debut före 45 års ålder. Etiologin är bristfälligt känd, men ärftliga faktorer har betydelse. Det finns vetenskapligt stöd för att järnomsättning/ferritinnivåer liksom central dopaminsignalering är viktiga patofysiologiska faktorer.

En association mellan RLS och D-vitaminbrist har visats, men D-vitaminsubstitution har ingen etablerad roll för behandling av RLS-symtom.

## Symtom

Kännetecknet på RLS är ett obetvingligt rörelsebehov tillsammans med sensoriska obehag (ofta beskrivna som krypningar, mer sällan smärta), som uppträder eller förvärras under perioder av inaktivitet/vila (sittande eller liggande) och som momentant lindras av rörelser så länge rörelsen pågår.

Symtomen är mest intensiva i benen (speciellt underbenen) men kan engagera armar och i sällsynta fall bål och ansikte. Det karakteristiska dygnsmonstret innebär att patienten har svårt att somna efter sänggående och kan vakna flera gånger under nattens första halva. Många beskriver sig som nattvandrare. Besvär även tidigare under kvällen är vanligt och kan hindra stillasittande. Nattsömnen förkortas och splittras av uppvaknanden, omedvetna mikrouppvaknanden och periodiskt återkommande ryck- och sparkrörelser i sömnen, s.k. Periodic Limb Movement, kan förekomma.

## Diagnos och utredning

### Diagnos

I avsaknad av diagnostisk biomarkör är patientens besvärsbeskrivning avgörande. Diagnosen RLS får ställas endast om samtliga symtomkriterier enligt Faktaruta 1 är uppfyllda. Det är viktigt att överväga differentialdiagnoser.

### Utredning

- Detaljerad besvärsbeskrivning som belyser samtliga diagnoskriterier (Faktaruta 1)
- Intermittent eller kroniskt/persisterande RLS? (Faktaruta 2)
- Vid behov frågeformulär för skattning av svårighetsgrad ([IRLSG skattningsskala](#)).
- Används RLS-provocerande läkemedel? Exempel: neuroleptika, litium, mirtazapin, venlafaxin, tricykliska, SSRI, sederande antihistaminer inkl. propiomazin, antiemetika (metoklopramid), antiepileptika (fenytoin, valproat)
- Neurologiskt status, särskilt motorik, muskelreflexer, känsel för smärta, beröring, vibration
- Perifer cirkulationsstatus
- Blodprover: Hb, ferritin, transferrinmättnad, kreatinin, HbA1c, homocystein, D-vitamin

## Differentialdiagnostik – vad annat behöver identifieras?

- Vid järnbrist/järnbristanemi utreds underliggande orsaker som t.ex. malignitet.
- Avvikelser i nervstatus – polyneuropati eller annan neurologisk sjukdom/samsjuklighet?
- Vid smärtsamma tillstånd som artros, fibromyalgi och muskelkramp ses inte RLS-typisk omedelbar lindring under rörelseaktivitet.
- Symtom som kan feldiagnosticeras som RLS är motorisk rastlöshet/akatisi, sömnrelaterade myoklonier, ospecifika nattliga obehag i benen, oro, ångest, claudicatio, venös insufficiens.
- RLS-liknande symtom har också beskrivits vid B12-brist, folatbrist, polyneuropati, myelopati, lumbal spinal stenosis, MS, cancer, Parkinsons sjukdom. Graviditet ger RLS hos 20 %, ofta kopplat till låga ferritinnivåer.
- Sömnapné förvärrar RLS på grund av frekventa uppvaknanden.

## Behandling

Behandlingens syfte är att minimera symtomen och deras påverkan på nattsömn och vardagsfunktioner. Egenvård inklusive förbättrad sömnhygien är basbehandling som kan vara tillräcklig vid intermitterande RLS. När samsjuklighet bidrar till RLS, optimeras behandlingen av denna! Flertalet patienter som söker vård på grund av RLS är i behov av symtomlindrande läkemedel. Varje beslut om behandling eller ändrad behandling bör föregås av provtagning avseende ferritin och transferrinmättnad.

### Icke-farmakologiska åtgärder

- Dosreducera/sätt ut besvärframkallande läkemedel (se Utredning)
- Förbättra sömnhygien med mål att få snabb insomning, t.ex.:
  - regelbundna sömnvanor
  - optimerad säng och sovrumsmiljö
  - gå inte till sängs hungrig
  - undvik fysisk träning eller längre stillasittande 3–4 timmar före sänggående
  - undvik alkohol kväll och natt (ökar RLS-besvär och försämrar nattsömn)
- Prova varmt bad, kall avspolning, stretching, massage, TENS före sänggående
- Minimera koffein och tobak kvällstid (osäkert evidensstöd)
- Akupunktur saknar evidensstöd

### Läkemedel

#### Järn

Om ferritin ligger under 100 µg/L eller om transferrinmättnad är < 0,20 kan järntillskott minska RLS-symtom för vissa, men inte alla patienter. Man kan erbjuda oral järnbehandling (50–100 mg/dag) tillsammans med C-vitamin (500 mg) om patientens ferritinvärde ligger under 75 µg/L. Om sådan behandling inte förbättrar symtomen och man har fortsatt behandlingskrävande RLS-symtom rekommenderas försök med intravenöst järntillskott 1000 mg, eftersom parenteral behandling krävs för att få upp ferritin över 75 µg/L. Klinisk effekt utvärderas 4–6 veckor efter intravenöst järntillskott. Kontroll av ferritin och järnmättnad görs efter 2–3 månaders peroral behandling eller 2–3 månader efter intravenös dos. Målnivå efter

intravenös behandling är > 100 µg/L. Järninfusion kan upprepas tidigast 12 veckor efter föregående intravenös dos och bara om ferritin < 100 µg/L och transferrinmättnad är ≤ 0,45.

### Intermittent RLS med minst medelsvåra besvär

- Vid begynnande besvär eller någon timme innan förväntade besvär, t.ex. vid flygresa/annat långvarigt stillasittande, antingen:
  - Låg dos dopaminagonist, t.ex. pramipexol 0,088–0,36 mg

eller undantagsvis:

- Låg dos levodopa, 50 mg. Löslig tablett (Madopark Quick) ger effekt inom 15–30 minuter

Levodopa har lägre risk för illamående, men hög risk för augmentation (se nedan) och ska därför inte användas oftare än i genomsnitt en gång per vecka.

### Kroniskt/persisterande medelsvårt till svårt RLS

- Överväg först järntillskott.
- Andrahandsbehandling vid typisk RLS är daglig dopaminagonist eller (off label) gabapentinoid 1–3 timmar innan besvären brukar starta på kvällen. Starta med lägsta dos och öka i små steg med 1–2 veckors utvärderingstid
- Före behandling och dosökning informera om biverkningar
  - illamående
  - trötthet, insomningsrisk
  - nedsatt impuls kontroll (dopaminagonist), t.ex. spelberoende, hetsätning, ökat intag av läkemedel/droger, ökat köpbeteende, ökad sexaktivitet.

## Behandlingsförslag vid medelsvårt till svårt RLS

### Järnbehandling

- om ferritin < 100 µg/L eller transferrinmättnad < 0,20

### Dopaminagonist

- Pramipexol kortverkande tablett:  
Startdos 0,088 mg innan sänggående  
Maxdos 0,36 mg per dygn (kortvarigt 0,54 mg)
- Ropinirol kortverkande tablett:  
Startdos 0,25 mg innan sänggående  
Maxdos 2,5 mg per dygn (kortvarigt 4 mg)

Depotberedningar enbart om det finns behov av symtomlindring dagtid.

### Gabapentinoid (α2δ-kanalantagonist)

- Gabapentin kapsel:  
Startdos 100–300 mg före sänggående.  
Maxdos 1 800 mg per dygn varav 1/3 på eftermiddag och 2/3 på kväll.
- Pregabalin kapsel:  
Startdos 50–75 mg före sänggående  
Maxdos 450 mg per dygn, max 300 mg per dostillfälle

*Gabapentinoid används företrädesvis vid smärtsam RLS eller risk för impulsivitet/ augmentation.*

### Dopaminagonist eller gabapentinoid?

I vissa internationella riktlinjer avråds från att använda dopaminagonist mot RLS på grund av risk för augmentation och impulsivitet. Gabapentinoider (gabapentin och pregabalin) är dock förknippade med något förhöjd risk för andningsdepression, särskilt om de kombineras med alkohol och/eller andra sederande/andningshämmande substanser och de har beroendepotential. De ska inte användas under graviditet och har bara indikationen RLS i USA (off label i Europa). Gör därför ett individuellt val.

### Augmentation

Med augmentation menas att RLS-besvär under läkemedelsbehandling börjar uppträda tidigare under dygnet, med ökad intensitet och ibland ökad utbredning i kroppen. Lindringen efter dosintag blir kortvarig eller uteblir och dosökning ger endast tillfällig förbättring.

Augmentation är ett välkänt problem vid daglig dosering av levodopa mot RLS, men förekommer även med dopaminagonister. Det är mycket sällsynt med gabapentinoider. Risken, som generellt ökar med stigande dygnsdos (även inom ramen för godkänd dos), varierar individuellt. Troligen bidrar genetisk predisposition och lågt ferritin. För att undvika augmentation ska eventuell behandling med levodopa begränsas till en gång per vecka och dopaminagonist-doser hållas så låga som möjligt. Vid tecken på augmentation kontrollera ferritin och transferrinmättnad och överväg järntillskott. Dopaminerg behandling kan gradvis ersättas med gabapentinoid vid augmentation.

### Övriga läkemedel vid medelsvårt till svårt RLS

#### Sömnläkemedel

Vid svår sömnstörning/sömnbrist kan rent sederande läkemedel övervägas. För klonazepam finns låggradigt evidensstöd vid RLS, men dess långa halveringstid (minst 40 timmar) och andra nackdelar med bensodiazepiner motiverar försiktighet. Används främst vid sömnstörande Periodic Limb Movement. Zopiklon vid behov till natten kan fungera. Undvik kontinuerligt bruk. Enstaka studier tyder på att RLS ibland kan försämras av melatonin.

#### Opioider

Vid svårt till mycket svårt RLS med långvarigt terapiresistent besvär, där annan läkemedelsbehandling misslyckats eller resulterat i ohållbar augmentation, kan tillfällig peroral opioid i kvällsdos övervägas (några oxyodon/naloxon-kombinationer har RLS som registrerad indikation). Behandling med opioider vid RLS bör hanteras av läkare med stor erfarenhet av RLS-behandling.

## Vårdnivå

Patienter med RLS utreds och behandlas i första hand inom primärvården. I komplicerade behandlingsfall konsulteras neurolog eller sömnmedicinsk specialist.

## FÖR TERAPIGRUPP NEUROLOGI

Filip Bergquist, ordförande

### Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Neurologi  
Ellinor Rålid, ellinor.ottosson@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel.  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.