

Läkemedelsbulletinen

Årgång 26 | Nummer 1 | Februari 2026

Bättre och säkrare tillgång på läkemedel



Tillgången till läkemedel är av central betydelse för en fungerande hälso- och sjukvård. Läkemedelsförsörjningen till och inom Sverige fungerar huvudsakligen väl men den utgörs av komplexa och sårbara globala kedjor och de senaste åren har rest- och bristsituationer blivit vanligare. Många aktörer samverkar för att säkerställa en robust läkemedelstillgång. I en alltmer osäker

omvärld där det säkerhetspolitiska läget, makroekonomiska faktorer och många andra omständigheter spelar in som påverkar läkemedelsförsörjningen, är det bra att känna till att mycket arbete sker på nationell och lokal nivå för att förebygga och hantera bristsituationer. Framtiden kan kännas mer oviss än någonsin men jag brukar tänka att det är bra att inte vänta på stabilitet, bättre att hantera osäkerhet och lägga fokus på det som går att påverka.

Samhällets resurser är begränsade och samtidigt som efterfrågan på hälso- och sjukvård är stor är prioriteringar nödvändiga. När resurser läggs på ett läkemedel eller någon annan behandling går samhället samtidigt miste om värdet av den hälsa som hade uppstått om resurserna hade använts på något annat sätt, så kallad "alternativkostnad". Nya läkemedel leder ofta till ökade kostnader, men så länge som de ger en god hälsovinst är de högre kostnaderna motiverade. Därför tillämpar vi i Sverige värdebaserad prissättning av läkemedel.

Ett sätt att hushålla med resurser är att följa rekommendationerna i basläkemedelslistan. Listan innehåller rekommenderade läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar och tillstånd. Den omfattar inte preparat för mindre patientgrupper med svåra eller ovanliga sjukdomstillstånd. Här finns "det bästa för de flesta", med all respekt för att vissa patienter behöver andra alternativ än de som finns på listan.

I detta nummer av Läkemedelsbulletinen har vi samlat intressanta artiklar från olika terapiområden och expertgruppernas kommentarer till de olika avsnitten av basläkemedelslistan. Läs gärna!

Det är viktigt att även stärka arbetet med levnadsvanor för att förebygga sjukdom, främja positiva effekter vid redan etablerade tillstånd samt undvika medikalisering av livsproblem. Många tillstånd kräver mer än bara läkemedel och för att skapa samhälleliga förutsättningar och nå en god och jämlik hälsa krävs det att flera sektorer och myndigheter samverkar.

Sista sidan i detta nummer innehåller en rekommendation för läkemedel som även kan köpas receptfritt. Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK) har gemensamt tagit fram en rekommendation för gränsdragningen mellan förskrivning av receptfria läkemedel och egenvård. Receptfria läkemedel kan vara till stor hjälp i vardagen – men de ska användas rätt. I Europa har flera läkemedelsmyndigheter, däribland Läkemedelsverket, gått samman i en gemensam informationskampanj om receptfria mediciner, "Läkemedel är inte godis". Målet är att öka medvetenheten om vikten av att använda receptfria läkemedel på ett säkert och ansvarsfullt sätt.

Tillsammans kan vi verka för en säker, vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i Region Västmanland. Stort tack till alla engagerade expertgruppsmedlemmar för ert arbete!

LENA OTTOSSON BIXO

Ordförande Läkemedelskommittén i Västmanland
lena.bixo@regionvastmanland.se



Vad nytt på levnadsvanefronten?

Vid första anblick kan det verka som om inget nytt har hänt kring levnadsvanor. Men riktigt så är det inte. Råden och rekommendationerna om fysisk aktivitet, matvanor, tobak, nikotin och riskbruk av alkohol är visserligen oförändrade från föregående år, men flera intressanta satsningar och uppdateringar sker framöver.

Nyheter i basläkemedelslistan

I basläkemedelslistan införs nu symbolen ”rekommendation om fysisk aktivitet” under avsnitten Psykiatri – ångest och Äldre – demenssjukdom. Det är två områden där forskning tydligt visar att regelbunden fysisk aktivitet både kan förebygga sjukdom och ha positiva effekter vid redan etablerade tillstånd.



Symbolen för ”Rekommendation om fysisk aktivitet”.

Nya satsningar inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2025–2027

I den nya förvaltningsplanen har det beslutats om flera aktiviteter för att stärka arbetet med levnadsvanor de kommande åren. Några av dessa är:

1. Uppföljning av regionala riktlinjer för rök- och alkoholfri operation

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för komplikationer i samband med operation. Det som tidigare varit mindre uppmärksammat är att även kortvariga insatser inför en operation kan göra stor skillnad. Patienter bör därför:

- tillfrågas om sina levnadsvanor inför operation,
- informeras om risker och fördelar med förändring,
- erbjudas stöd och behandling vid behov.

Socialstyrelsen lyfter särskilt rök- och alkoholstopp i samband med operation, men även fysisk aktivitet och god nutrition spelar en viktig roll. För en trygg och säker vårdkedja behöver både remitterande och opererande enheter



uppmärksamma levnadsvanor. Patienter som vill sluta röka eller använda nikotinprodukter kan få stöd av tobaksavvänjare på de flesta vårdcentraler och vid Hälsocenter Västmanland.

2. Samverkan mellan tandvården och Hälsocenter kring tobak

Idag snusar ungefär var femte ung vuxen. Sedan det så kallade "vita snuset" (nikotinsnus) kom ut på marknaden har användningen ökat markant. Inom Tandvården, som sedan länge engagerat sig i tobaksfrågor, ser man nu allt oftare skador på munslemhinnan hos snusare – skador som kan ta lång tid att läka. Därför har Tandvården tillsammans med Kunskapsstyrningen och Hälsocenter startat ett gemensamt projekt för att stärka samarbetet. Målet är att tandvården ska:

- uppmärksamma tobaks- och nikotinbruk,
- samt känna till vart patienter kan vända sig för stöd att sluta.

3. Ökad användning av Fysisk aktivitet på recept (FaR)

Sedan augusti 2023 finns en FaR-samordnare i Region Västmanland. Fysisk aktivitet på recept är en etablerad metod för att främja hälsa, och arbetet har nu fått ny fart både nationellt och regionalt. Under det senaste året har flera insatser genomförts, bland annat:

- webbutbildning FaR,
- reviderade rutiner,
- framtagande av aktivitetskatalog och stödmaterial,
- samt återupprättande av ett lokalt FaR-nätverk.

Tillsammans med Enheten för Folkhälsa planeras även införande av metoden Go FaR – ett utökat recept på fysisk aktivitet i skol-

miljö. Metoden har utvecklats i södra Sverige och innebär att elevhälsa och en för barnet viktig person gemensamt hittar aktiviteter som barnet faktiskt kan och vill genomföra.

Nya utbildningar

Expertgruppen för levnadsvanor vill också passa på att tipsa om nya, digitala utbildningar:

- Fysisk aktivitet på recept (FaR)
 - finns på Kompetensplatsen
- Hälsoamma matvanor
 - finns på Kompetensplatsen
- Levnadsvanor – fakta och arbetssätt i vården
 - nås via länken nedan

Expertgrupp Levnadsvanor

Lena Lönnberg

lenna.lonnberg@regionvastmanland.se

Länk

- [E-utbildning, Levnadsvanor – fakta och arbetssätt i vården \(levnadsvanor.se\)](https://levnadsvanor.se)

Take home message

Små steg i vardagen gör stor skillnad – tillsammans stärker vi patientens hälsa och bygger en mer hållbar vård.



Mun- och tandsjukdomar

Basläkemedelslistan för terapiområdet mun- och tandsjukdomar är oförändrad från föregående år.

Karies finns kvar – ökar hos vissa grupper

År 2024 publicerades en studie, genomförd av undertecknad tillsammans med kollegor från Centrum för klinisk forskning Västerås och Malmö universitet, där förekomsten av karies hos cirka 150 000 individer i åldrarna 20–90 år undersöktes under perioden 2010–2019. Studien baseras på data från det nationella kvalitetsregistret för karies och parodontit (SKaPa), som omfattar 7,4 miljoner svenskar. SKaPa hämtar automatiskt data från elektroniska patientjournaler inom tandvården.

Deltagarna delades in i tre grupper utifrån kariesaktivitet; hög, medel och låg. Resultaten visade att karieserfarenheten

ökade över tid i samtliga grupper, men särskilt hos de 15 % med hög kariesaktivitet – de som har karies får återkommande ny karies. Även i grupperna med låg och medelhög kariesaktivitet, de som tidigare inte haft karies eller endast lite karies, sågs en ökad kariesutveckling i de äldre åldersgrupperna.

Åldrande befolkning och läkemedelsanvändning påverkar kariesutvecklingen

Den ökade kariesförekomsten bland äldre tros bero på att vi har en allt äldre befolkning och allt fler behåller sina tänder högre upp i åldrarna. Samtidigt ökar läkemedelsanvändningen med stigande ålder, där muntorrhet är en vanlig biverkan som i sin tur ökar risken för karies.

För att motverka den kariesutveckling som observerats under de senaste 5–15 åren behövs mer förebyggande insatser, särskilt i form av extra fluorid.

Muntorrhet som läkemedelsbiverkan – en underskattad riskfaktor

Muntorrhet (hyposalivation) är en vanlig biverkan hos många läkemedel som förskrivs i primärvården, särskilt hos äldre patienter med polyfarmaci. Minskad salivproduktion försämrar den naturliga skyddsfunktionen i munhålan och ökar risken för karies, särskilt hos patienter med långvarig medicinering. Var uppmärksam på tecken på muntorrhet och kariesrisk vid läkemedelsgenomgångar.

Förebyggande behandling med fluorid – en viktig insats

För att minska risken för karies rekommenderas fluoridpreparat. Ett enkelt och effektivt alternativ är att byta till en tandkräm med extra hög fluoridkoncentration (5 000 ppm fluor), som används 2–3 gånger per dag. Alternativt eller som ett ytterligare komplement kan daglig munsköljning med natriumfluoridlösning med högsta möjliga koncentration (0,2 %) rekommenderas.

Då många läkemedelsbehandlingar pågår livet ut är det angeläget att förskriva fluoridpreparat som ingår i läkemedelsförmånen.

Exempel på produkter:

- **Tandkräm:** Duraphat, Natriumfluorid Morningside
- **Munsköljvätska:** Dentan, Fluorin och Flux (ej förmån)

Expertgrupp Odontologi

Håkan Flink

hakan.flink@regionvastmanland.se

Referenser

- Flink H, Hedenbjörk-Lager A, Liljeström S, Nohlert E, Tegelberg Å. Identification of Swedish caries active individuals aged 30-90 years using a life course perspective and SKaPa longitudinal national registry data over a 10-year period. *Acta Odontol Scand.* 2024;83:412–8.
- 1177 för vårdpersonal. Kliniskt kunskapsstöd: Muntorrhet. 2020.
- Tan ECK, Lexomboon D, Sandborgh-Englund G, Haasum Y, Johnell K. Medications that cause dry mouth as an adverse effect in older people: a systematic review and metaanalysis. *J Am Geriatr Soc.* 2018 Jan;66(1):76–84.

Take home message

Muntorrhet ökar risken för karies – fluoridbehandling är en enkel och effektiv förebyggande åtgärd.



Mage-Tarm



Efter att ha gjort en hel del förändringar i basläkemedelslistan under de senaste åren görs i år inga förändringar. Precis som de senaste åren är Inolaxol fortsatt restnoterat när detta skrivs. Det finns en förhoppning om att det skall återkomma i början av 2026, men lärd och tård av erfarenheten får man ta det med en stor nypa salt. Förhoppningen om att Inolaxol åter blir tillgängligt gör att det ändå får vara kvar på basläkemedelslistan.

Som en del i försöken att minska överförskrivningen av protonpumpshämmare (PPI) i regionen har läkemedelskommittén tagit fram en broschyr med tips och råd kring uttrappning. Patienter som inte har indikation för protonpumpsbehandling och har stått på PPI mer än ett par månader bör trappa ut medicinen långsamt, över två-tre månader, för att undvika s.k. "rebound-effekt" med försämring i dyspeptiska symtom i samband med utsättning. Regionens kostnad för PPI har ökat med drygt 40 % på fyra år. PPI-förskrivningen minskade dock med cirka 2 % under första halvåret 2025 jämfört med andra halvåret 2024, så förhoppningsvis skönjer vi en begynnande minskning i (över-)förskrivningen. Vill man repetera indikationerna för PPI-behandling kan man läsa om det i Läkemedelsbulletinen nr 3/2023.

Broschyren "Att sluta med protonpumpshämmare" finns tillgänglig på läkemedelskommitténs sida på regionens hemsida för vårdgivare och samarbetspartners och kan med fördel finnas färdigutskriven på aktuella vårdmottagningar.

Förstoppning – Svårlöst?

Ett annat område inom mag-tarmområdet där en hel del läkemedel förskrivs är vid förstoppning. Förstoppning är ett vanligt problem i befolkningen, särskilt hos de äldre.

Omkring 4 % av kvinnorna och 2 % av männen har färre än tre tarmtömningar per vecka. Samtidigt upplever upp mot 20 % av den kvinnliga befolkningen att de är förstoppade, medan upplevelsen hos män korrelerar med faktiskt låg tarmtömningsfrekvens, det vill säga cirka 2 %⁽¹⁾. Förstoppning innebär inte enbart fåtal tarmtömningar, utan kanske oftare svårigheter eller en otillfredsställande tarmtömning. Vanliga besvär är behov av att krysta för att tömma tarmen eller känsla av ofullständig tömning. Definitionen av förstoppning kan ses i tabellen nedan. Om buksmärta är det dominerande symtomet snarare än själva förstoppningen, bör istället diagnosen IBS med förstoppning (IBS-C) sättas⁽²⁾. Normal avföringsfrekvens definieras som från tre gånger per dag till tre gånger per vecka.

Kriterier för att sätta diagnos funktionell förstoppning.

Kriterium	Definition
Symptomduration	Minst 3 månader, debut minst 6 månader före diagnos
Minst 2 av följande vid >25 % av defekationer	1. Kraftigt krystande 2. Klumpig/hård avföring (Bristol 1–2) 3. Känsla av ofullständig tömmning 4. Känsla av anorektal blockering 5. Manuella manövrar för att underlätta 6. Färre än 3 spontana tarmtömningar/vecka
Ytterligare krav	Sällan lös avföring utan laxermedel; IBS-kriterier ej uppfyllda

Bristolskalan för avföringskonsistens. Kan vara ett praktiskt hjälpmedel för att utvärdera om förbättring i avföringskonsistens på insatt behandling.

Avföringsformer och konsistens enligt Bristolskalan

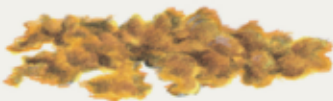
Typ	Beskrivning
1	 Separata hårda klumpar som liknar nötter
2	 Korvformad med klumpar
3	 Liknar en korv med sprickor på utsidan
4	 Liknar en korv, smidig och mjuk
5	 Mjuka klumpar med skarpa kanter (lätta att få ut)
6	 Småbitar
7	 Vattnig utan klumpar (enbart vätska)

Bild från 1177

Initial utredning vid förstoppningsproblematik

Anamnestiskt är det viktigaste vid förstoppningsproblematik att uppmärksamma alarmsymtom som kan tyda på koloncancer. Plötsligt förändrade avföringsvanor hos personer över 50 år, spår av blod i avföringen, viktnedgång, hereditet för koloncancer eller tecken på järnbrist är symtom som bör föranleda kompletterande utredning med F-Hb och eventuell remiss för koloskopi.

Läkemedelsbiverkan är en vanlig orsak till förstoppning och bör alltid beaktas.

Blodprovsmässigt rekommenderar europeiska riktlinjer kontroll av blodstatus, thyroideastatus, blodsocker samt kalcium. Blodstatus tas främst med syfte att hitta tecken till blödning/mikrocytär anemi, medan övriga prover syftar till att utesluta bakomliggande sjukdomar som kan ge förstoppningssymtom⁽³⁾. De något mer återhållsamma amerikanska riktlinjerna anser att det räcker med blodstatus i frånvaro av symtom som för tankarna till annan åkomma⁽⁴⁾.

Efter anamnesinhämtning är den mest värdefulla undersökningen vid förstoppning per rektum-palpation. PR-undersökning används för att upptäcka evakueringsstörningar ("rectal evacuation disorders"), både strukturella sådana som till exempel analfissurer, hemorrojder, rektocel, fekalom och tumörer, och även funktionell evakueringsstörning. Med funktionell evakueringsstörning menas dyssynergi vid tarmtömning, där patienten inte kan koordinera tömningsmotoriken adekvat. Patienten kan exempelvis ha ett paradoxalt knip i stället för krystning vid försök till tarmtömning. Därför bör man alltid be patienten att både krysta och knipa vid undersökningen, då det kan ge värdefull ytterligare information. Jämfört med anorektal manometri har PR-undersökning visat 75 % sensitivitet och 87 % specificitet för att identifiera funktionell evakueringsstörning⁽⁵⁾. Det är alltså endast en liten del av dessa som man inte upptäcker vid PR-undersökning.

Ökad erfarenhet av vad som är normal kryst- och knipförmåga kommer sannolikt göra att man i primärvården lättare och

Per rektum palpation där patienten kniper och krystar har nästintill samma sensitivitet och specificitet som "balloon expulsion test" och anorektal manometri.



mer träffsäkert kan identifiera patienter som behöver utredas för evakueringsstörning. Därför kan man ta för vana att be patienten knipa och krysta när man palperar PR, även vid andra besvär än förstoppning.

När utreda vidare?

Vid normala provsvar, frånvaro av alarmsymtom och normal PR-undersökning behövs ingen ytterligare utredning. Behandling kan då inledas enligt nedanstående rekommendation.

Remiss för vidare utredning bör övervägas i de fall patienten inte svarar adekvat på första eller andra linjens förstoppningsbehandling, samt naturligtvis vid misstanke om någon form av rubbning som kräver åtgärd. Vid behandlingsrefraktär förstoppning utesluter man i första hand evakueringsstörning genom vidare utredning med ballongexpulsionstest och defekografi.

Förstoppningsbehandling

Grunden i förstoppningsbehandling är alltid adekvat vätskeintag samt fiberintag. Vad är då adekvat intag? Vätskebehov är naturligtvis kopplat till kroppsvolym och förluster. Förluster är summan av perspiration och miktion, vilket skiljer mycket mellan individer. Ett adekvat vätskeintag kan därför definieras som att man kissar transparent till ljusgult, snarare än en absolut mängd vätska⁽²⁾. Ett ökat vätskeintag hos en normalt hydrerad patient ökar inte avföringsfrekvensen.

Avseende fibrer rekommenderar Livsmedelsverket ett dagligt intag av 25–35 gram⁽⁶⁾. Som referens innehåller en "normalstor" morot cirka 2 gram fibrer och en skiva fullkornsknäckebröd cirka 15 gram fibrer. Ett ännu högre intag lär knappast skada den förstoppade patienten.

Tvärt emot vad man kan tro finns ingen övertygande evidens om att motion ökar avföringsfrekvensen (ökad motion gav dock signifikant förbättrad Quality of Life hos de förstoppade).

Är inte ovanstående åtgärder tillräckliga, vilket ofta är fallet när patienten väl söker läkare för sin förstoppningsproblematik, kan läkemedelsbehandling påbörjas. Det finns flera olika läkemedelsgrupper att ta till. De med bäst evidens är bulkmedel samt osmotiskt verkande läkemedel, vilka verkar genom att aktivt dra in ytterligare vätska till tarmen och därmed göra avföringen mjukare. Dessa är också de läkemedel som rekommenderas i första hand på basläkemedelslistan. Testa dessa preparat var för sig eller i kombination. Vid dåligt svar kan ytterligare preparat läggas till, alternativt kan något av preparaten bytas ut.

Vid funktionell evakueringsstörning – dyssynergi – används biofeedback, där patienten får lära sig att koordinera bäckenbottenmusklerna adekvat.

Expertgrupp Mage-Tarm

Markus Gustafsson

markus.gustafsson@regionvastmanland.se

Referenser

1. Walter S, Hallböök O, Gotthard R, Bergmark M, Sjö Dahl R. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scand J Gastroenterol*. 2002 Aug;37(8):911-6.
2. Rome IV Criteria. Rome Foundation.
3. Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducrotté P, Gourcerol G, et al. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterol Motil*. 2020 Feb;32(2):e13762.
4. Alavi K, Thorsen AJ, Fang SH, Burgess PL, Trevisani G, Lightner AL, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the evaluation and management of chronic constipation. *Dis Colon Rectum*. 2024 Oct 1;67(10):1244-57.
5. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, et al. ACG clinical guidelines: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2021 Oct 1;116(10):1987-2008.
6. Livsmedelsverket. Referensvärden för energi och näringsämnen. 2023.

Take home message

- Det är viktigt att uppmärksamma röda flaggor vid förstoppning.
- PR-undersökning och blodprover i form av blodstatus, TSH, Ca samt glukos är tillräcklig utredning i de allra flesta fall.
- Glöm inte adekvat vätske- och fiberintag, speciellt hos de äldre.



Typ 2-diabetes

Årets basläkemedelslista innehåller en del mindre förändringar beskrivna nedan. Vid typ 2-diabetes är stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor en viktig del av behandlingen. Se specifikt avsnitt om levnadsvanor i basläkemedelslistan och Läkemedelsbulletinen. Mer utförlig information avseende glukossänkande läkemedelsbehandling vid typ 2-diabetes finns i kunskapsstödet på 1177 för vårdpersonal, se länk.

För att minska risken för mikro- och makrovaskulära komplikationer är även effektiv behandling av högt blodtryck samt blodfettssänkande behandling av central betydelse.

Typ 2-diabetes är en progressiv sjukdom som förändras i sin karaktär över tid. Med stigande ålder ökar risken för sviktande insulinproduktion och samsjuklighet. Det innebär

att den farmakologiska behandlingen måste anpassas, omvärderas och emellanåt ändras för att på bästa sätt ge skydd mot sjukdomsprogress och komplikationer.

Glukossänkande läkemedel vid typ 2-diabetes

Metformin

Metformin bör rekommenderas alla patienter med typ 2-diabetes, där det inte finns kontraindikationer. Gastro-intestinala biverkningar är vanliga men kan ofta undvikas med god information och långsam upptrappning. Nedsatt njurfunktion är en stark riskfaktor för metforminassocierad laktatacidos. Vid måttligt nedsatt njurfunktion ska metformindosen därför reduceras, och vid uttalat nedsatt njurfunktion är metformin kontraindicerat.



Det är viktigt att informera patienten om att göra tillfälligt uppehåll med metformin i händelse av magsjuka, hög feber eller andra sjukdomar som medför risk för uttorkning och njurpåverkan. Metforminbehandling kan leda till sänkta nivåer av vitamin B12.

Typ 2-diabetes och etablerad kardiovaskulär sjukdom eller hög kardiovaskulär risk

Definitionerna av hög kardiovaskulär risk vid diabetes varierar, men de flesta innefattar ålder ≥ 55 år tillsammans med ≥ 2 av följande riskfaktorer: obesitas, hypertoni, rökning, hyperlipidemi eller albuminuri.

SGLT2-hämmare och GLP-1-analoger

Något av dessa läkemedel bör, om inte särskilda skäl föreligger, sättas in hos alla patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom. Samma rekommendation gäller vid hög kardiovaskulär risk i kombination med HbA1c över målvärde.

Vid hög kardiovaskulär risk och optimalt HbA1c är evidensläget oklart, men något av dessa läkemedel kan övervägas oavsett HbA1c-nivå, särskilt till personer med flera riskfaktorer. Välj av kostnadsskäl i första hand SGLT2-hämmare. Överväg GLP-1-analoger före SGLT2-hämmare vid BMI över 35 där HbA1c-mål inte uppnåtts.

SGLT2-hämmare har en vätskedrivande effekt, framför allt vid uttalad hyperglykemi, varför dosen av eventuella vätskedrivande läkemedel kan behöva reduceras. Minskat kolhydratintag vid till exempel fasta, illamående/kräkningar eller kost med lågt kolhydratinnehåll kan medföra ökad risk för ketoacidosis. Informera patienten om att göra tillfälligt uppehåll med SGLT2-hämmare i händelse av magsjuka, hög feber eller andra sjukdomar som medför risk för ketoacidosis. SGLT2-hämmare ska alltid sättas ut inför större kirurgiskt ingrepp och bör användas med försiktighet hos patienter med fotsår. Övriga biverkningar är framför allt urogenitala infektioner.

Inled inte behandling med SGLT2-hämmare vid misstanke om insulinbrist, till exempel vid högt blodsocker och ofrivillig vikttnedgång. SGLT2-hämmare ska inte användas vid typ 1-diabetes.

GLP-1-analoger bör, om inte särskilda skäl föreligger, erbjudas alla patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom, där behandling med SGLT2-hämmare ej tolererats eller bedömts som olämplig. Om HbA1c-mål inte nås med metformin och SGLT2-hämmare vid hög kardiovaskulär risk

bör GLP-1-analoger läggas till behandlingen. Vid uttalad obesitas och kardiovaskulär sjukdom kan GLP-1-analog erbjudas som förstahandsbehandling. Vid val av GLP-1-analog rekommenderas i första hand injektionsform. Patentet på Victoza (liraglutid) har gått ut. Diavic är en biosimilar till Victoza och ersätter denna på basläkemedelslistan. Diavic och Victoza är inte automatiskt utbytbara på apotek – ett nytt recept krävs.



Typ 2-diabetes och kronisk njursjukdom

Albuminuri är som regel det första tecknet på en begynnande njurpåverkan. Förutom glukossänkning ska läkemedelsbehandling vid kronisk njursjukdom (CKD) ha en dokumenterad skyddande effekt mot kardiovaskulär sjukdom och progress av CKD.

RAS-blockad, statiner, metformin och SGLT2-hämmare är basbehandling hos flertalet personer med typ 2-diabetes och CKD. Metformin måste dosreduceras vid sänkt eGFR och ska inte användas vid eGFR < 30 ml/min. SGLT2-hämmare har en måttlig blodsockersänkande effekt vid nedsatt njurfunktion men har visat sig minska risken för progress av CKD, hjärtsvikt och kardiovaskulär sjukdom hos patienter med CKD. Flertalet patienter med CKD bör därför behandlas med någon SGLT2-hämmare, oavsett HbA1c-nivå. Beakta att den blodsockersänkande effekten avtar med sjunkande GFR. Oavsett samsjuklighet behöver många patienter förr eller senare insulinbehandling för acceptabel glukoskontroll.

Avancerad njursvikt (eGFR <30 ml/min)

Metformin är kontraindicerat vid avancerad njursvikt. Njurarnas förmåga att eliminera insulin minskar, och ofta behöver insulindoser sänkas. SGLT2-hämmare har vid avancerad njursvikt en blygsam blodsockersänkande effekt, men uppvisar njurskyddande egenskaper. GLP-1-analoger har en bra blodsockersänkande effekt, men kan ge mag-tarm-biverkningar. Detta måste beaktas vid behandling av patienter med CKD och avancerad njursvikt, där risken för malnutrition och hypoglykemier kan vara förhöjd. DPP4-hämmare kan användas vid alla nivåer av njursvikt. Sitagliptin ska dos-reduceras vid nedsatt njurfunktion.

Insulinbehandling vid typ 2-diabetes

Överväg alltid tillägg av insulin om det behövs för att uppnå individuellt glukosmål, vid symptomgivande hyperglykemi, vid uttalad njursvikt eller vid katabola tillstånd. Viktminskning vid högt blodsocker kan vara ett tecken på insulinbrist.

Vid behov av basinsulin rekommenderas NPH-insulin i första hand. Humulin NPH finns på basläkemedelslistan. Insulatard utgår. Abasaglar eller Toujeo kan användas i stället för NPH-insulin vid nattliga hypoglykemier som kvarstår trots justerade insulindoser. Tresiba har inte visat några kliniska fördelar jämfört med andra långverkande insulinanaloger och är dessutom betydligt dyrare, varför det inte rekommenderas som behandling till personer med typ 2-diabetes.

Vid behov av snabbverkande insulin (måltidsinsulin) rekommenderas i första hand Insulin aspart Sanofi (biosimilar till NovoRapid), som har betydligt lägre pris.



Anpassning av blodsockersänkande behandling för de mest sjuka och sköra äldre

Vid hög grad av samsjuklighet, behov av stödinsatser på grund av nedsatt autonomi eller kort återstående livslängd bör fokus skifta mot livskvalitet, god nutrition och säkerhet. Symtomfrihet är målet. Riktvärde för p-glukos är 6–15 mmol/L, där lägre värden kan accepteras om patienten inte står på läkemedel med risk för hypoglykemi. Högre värden kan accepteras om patienten inte är katabol och går ner i vikt. Enstaka höga blodsockervärden (>20 mmol/L) hos en välmående patient kan lämnas utan åtgärd.

Metformin kan vara riskfyllt till sköra äldre. En fördel med metformin i monoterapi är att det inte medför risk för hypoglykemi, vilket dock måste balanseras mot risken för laktat-acidos orsakad av plötslig njurfunktionsnedsättning, vid till exempel dehydrering. DPP4-hämmare kan vara ett alternativ och innebär vid monoterapi låg risk för hypoglykemi, men effekten är ofta otillräcklig. Sitagliptin behöver dosjusteras vid nedsatt njurfunktion. GLP-1-analoger kan ge oönskad viktminskning och är olämpliga vid bristfällig nutrition och viktminskning.

På grund av biverkningsrisk rekommenderas inte SGLT2-hämmare som glukossänkande läkemedelsbehandling till sköra äldre, men det kan vara motiverat vid andra indikationer. Vid intorkning, svår sjukdom eller svält ska SGLT2-hämmar-behandling pausas för att undvika insjuknande i normoglykem ketoacidos.

I de flesta fall, när blodsockersänkande behandling bedöms nödvändig, är insulin det mest lämpliga behandlingsalternativet. Behövs insulin bör i första hand medellångverkande NPH-insulin användas. Medel- eller långverkande insulin i morgondos är ofta det bästa alternativet. Då kan födointag säkerställas under dagen och därmed minskar risken för nattlig hypoglykemi. Kortverkande insulin och mixinsulin bör användas med försiktighet på grund av ökad risk för hypoglykemier. Vid typ 1-diabetes är det nödvändigt att fortsätta med insulin i flerdosregim.

Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Lena Ottosson Bixo

lena.bixo@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

- Davies MJ, Aronda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2022 Dec;65(12):1925-66.
- National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management (update). Health economic model report. NICE Guideline NG28. 2022.
- 1177 för vårdpersonal. Kliniskt kunskapsstöd: Diabetes – glukossänkande läkemedelsbehandling vid typ 2-diabetes. 2024.
- Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre – behandlingsrekommendationer 2024.

Take home message

Patientutbildning och stöd vid ohälsosamma levnadsvanor är basen vid behandling av typ 2-diabetes och en förutsättning för bra resultat av behandling med läkemedel.

Glukossänkande läkemedelsbehandling

MÅL: God metabol kontroll och kardiorenal riskreduktion till personer med hög kardiovaskulär risk

MÅL: God metabol kontroll

MÅL: God livskvalitet

1 Basbehandling: Metformin* och stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor

Etablerad kardiovaskulär sjukdom

1 SGLT2

Vid hög risk eller vid njursjukdom bör SGLT2-hämmare behållas, tillägg av GLP1-analog vid behov av ytterligare metabol kontroll.

2 GLP1*** subkutant

Hög kardiovaskulär risk**** där HbA1c-mål inte nåtts**

2 SGLT2

3 GLP1*** subkutant

Njursjukdom* GFR<60 och / eller albuminuri

1 SGLT2

2 GLP1 subkutant

Varken hög kardiovaskulär risk eller njursjukdom

Viktökande

Insulin

SU/Repaglinid

Pioglitazon

Viktneutralt

DPP4

Viktminskande

SGLT2

GLP1***

Sköra äldre/kakeksi

DPP4

Repaglinid

Insulin

Överväg alltid tillägg av **insulin** om det behövs för att uppnå individuellt HbA1c-mål, vid symptomgivande hyperglykemi, vid uttalad njursvikt eller hos katabola patienter.

* Metformin ska dosanpassas vid nedsatt njurfunktion, GFR ≤ 60, och ska inte användas vid GFR < 30
 ** Till personer med multipla riskfaktorer kan behandling övervägas även om individuellt mål för HbA1c nåtts
 *** GLP1-analoger kan övervägas före SGLT2-hämmare vid BMI > 35 där HbA1c-mål inte uppnåtts

****Definitionerna på hög kardiovaskulär risk vid diabetes varierar men de flesta innehåller ålder ≥ 55 år tillsammans med ≥ 2 av följande riskfaktorer: obesitas, hypertoni, rökning, dyslipidemi eller albuminuri

Osteoporos

Utredning rekommenderas för patienter med hög risk för osteoporos och osteoporosfraktur, och som kan acceptera och tolerera läkemedelsbehandling. Sekundär osteoporos förekommer vid ett flertal tillstånd. Basal provtagning utförs för att inte missa annan bakomliggande sjukdom, för att bedöma njurfunktion samt för att kartlägga kalcium- och D-vitaminstatus inför behandling. Basutredning innefattar riskfaktorgenomgång, status och läkemedelsgenomgång. Exempel på läkemedel som kan orsaka eller bidra till osteoporos är kortison, vissa antiepileptika, protonpumpshämmare, SSRI samt antihormonell behandling vid prostata- eller bröstcancer.

Behandlingsrekommendationer

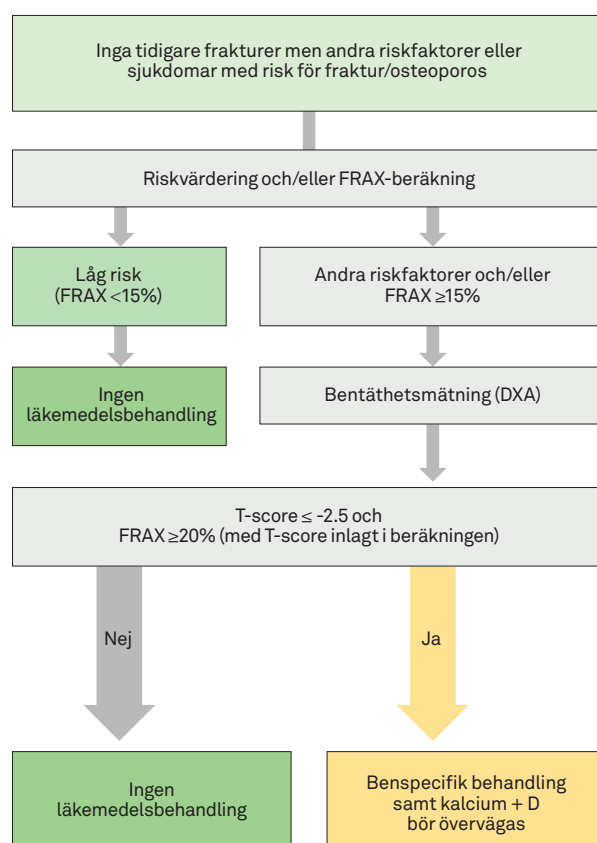
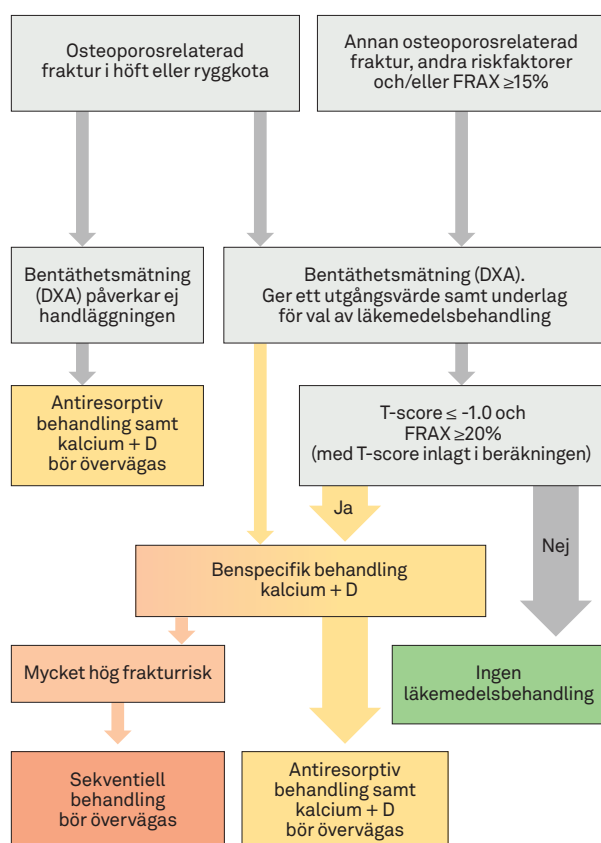
Indikation för läkemedelsbehandling ska baseras på frakturrisk. Frakturrisksbedömning ska inte enbart baseras

på resultatet av bentäthetsmätning eller FRAX, utan på en sammanvägd bedömning av patientens samtliga riskfaktorer för fraktur. FRAX kan användas som ett stöd för bedömning inför behandling, men tar inte hänsyn till frakturtyp, antal tidigare frakturer, fallrisk eller kortisondos. Det ersätter därför inte den kliniska bedömningen. Länk till Svenska Osteoporossällskapets behandlingsråd finns i FRAX.

Skelettspecifik behandling

Eventuell hypokalcemi samt D-vitaminbrist ska korrigeras innan behandling med skelettspecifika läkemedel. Kalcium och D-vitamin rekommenderas vid dokumenterad brist, bristfälligt intag, kortisonbehandling eller vid samtidig benspecifik behandling. Kalcium och D-vitamin har dock otillräcklig frakturförebyggande effekt vid osteoporos och rekommenderas därför inte som monoterapi.

Svenska Osteoporossällskapets (SVOS) vårdprogram:





Alla patienter bör tillfrågas och uppmanas till god munhygien samt regelbunden kontakt med tandvården. Behandling behöver som regel ej förskjutas på grund av tandläkarbesök, eftersom risken för osteonekros är mycket låg vid behandling av osteoporos. Risken är däremot betydligt högre om bisfosfonat ges som cancerbehandling. Vid svår manifest osteoporos, framför allt vid flera kotkompressioner, uttalat låg bentäthet och hög frakturrisik rekommenderas remiss till osteoporosspecialist för ställningstagande till anabol behandling.

Bisfosfonater är förstahandsval vid behandling av osteoporos. Zoledronsyra ges som intravenös infusion en gång årligen och är att föredra framför alendronat veckotablett på grund av bättre följsamhet, färre gastrointestinala biverkningar och längre effektduration. Njurfunktionen ska alltid bedömas före behandling. Zoledronsyra ska inte ges vid eGFR <35 ml/min. Behandling ges vanligtvis under tre år, men kan förlängas upp till sex år vid kvarvarande hög frakturrisik.

Peroralt bisfosfonat (Alendronat veckotablett) används inte vid sväljningssvårigheter och ges endast till patienter med eGFR >35 ml/min. Behandlingen pågår initialt i tre till fem år, vanligen fem. Vid mycket hög frakturrisik kan längre behandlingstid övervägas, dock maximalt tio år.

Denosumab (Prolia - men fler generika förväntas inom det närmaste året) rekommenderas vid intolerans eller kontraindikationer mot bisfosfonater, till exempel vid nedsatt njurfunktion (eGFR <35 ml/min), eller hög ålder och samsjuklighet. När denosumab övervägs på grund av nedsatt njurfunktion ska risken för grav hypokalcemi beaktas. Den ökade bentäthet som erhålls av behandlingen med denosumab förloras efter utsättning, och risken för kotfrakturer kan öka (så kallat reboundfenomen). Därför rekommenderas tillsvidarebehandling, om det inte finns kontraindikationer. Ibland är denosumab att föredra vid uttalad osteoporos, det vill säga vid så låga bentäthetsvärden att tre års zoledronsyrabehandling inte kommer att förbättra benmassan tillräckligt. Detta då denosumab kan ges i upp till 10–12 år och därefter följas av zoledronsyrabehandling – benmassan ökar under hela behandlingstiden. Zoledronsyra under tre år ger inte så stor ökning av benmassan. Diskutera med endokrinolog hur utsättning av denosumab ska gå till.

Teriparatid (specialistpreparat) kan övervägas vid mycket uttalad benskörhetsrisk med upprepade kotfrakturer. Behand-

lingen ska efterföljas av antiresorptiv behandling. Romosozumab (specialistpreparat) är ytterligare ett effektivt anabol läkemedel för postmenopausala kvinnor med svår osteoporos efter höft- eller kotfraktur.

Övriga frakturförebyggande åtgärder

Träning av balans, muskelstyrka och koordination bidrar till att minska fallrisiken. Det är viktigt med adekvat kost, bedöm energiintag vid risk för låg vikt. Tobaksbruk samt riskbruk av alkohol bör uppmärksammas och åtgärdas. Beakta läkemedel som kan öka fallrisiken och minska dosen/sätt ut vid behov.

Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Ulrika Stenmark Gatti

ulrika.stenmark.gatti@regionvastmanland.se

Lena Ottosson Bixo

lena.bixo@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

- 1177 för vårdpersonal. Kliniskt kunskapsstöd: Osteoporos. 2021.
- Region Västmanland. Vårdprogram för Osteoporos. Ledningssystemet (Centuri) dok nr 13260-8. 2023.
- Läkemedelsverket. Läkemedel vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfrakturer – behandlingsrekommendation. 2020.
- Svenska Osteoporossällskapet. Vårdprogram. 2024.
- Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, Storbritannien. FRAX (Fracture Risk Assessment Tool).

Take home message

- Utred och behandla osteoporos hos fler patienter. Uppmärksamma särskilt personer över 50 års ålder med lågenergifraktur, patienter med ärftlighet för osteoporos samt patienter med peroral kortisonbehandling som förväntas pågå i minst tre månader.
- Zoledronsyra och även denosumab beställs via rekvisition.

Blod

Nytt i årets basläkemedelslista är att MonoFer (järnderisomaltos) läggs till som ett alternativ till Ferinject (järnkarboximaltos) vid behandling med intravenöst järn.

Vid Ferinjectbehandling kan hypofosfatemi förekomma, oftast asymtomatisk. Osteomalaci med risk för frakturer kan i sällsynta fall utvecklas på grund av långvarig hypofosfatemi. Till patienter som behöver upprepade/stående behandlingar med intravenöst järn bör det övervägas att kontrollera fosfatnivåer, eller välja MonoFer som ej har hypofosfatemi som biverkan.

MonoFer har också fördelen att det kan ges i en högre dos per tillfälle (20 mg/kg) än Ferinject, för vilket den maximala dosen är 1000 mg per behandlingstillfälle.

Allvarliga allergiska reaktioner vid behandling med intravenöst järn är sällsynta, och det föreligger ingen skillnad i förekomst av sådana i jämförelser mellan MonoFer och Ferinject.

I Region Västmanland finns lång klinisk erfarenhet av behandling med Ferinject, vilket gör att preparatet har kvar sin plats på listan.

Observera att peroral behandling är förstahandsval för de allra flesta patienter med järnbrist.

I övrigt lämnas listan oförändrad. Att tänka på är att beakta kommande patentutgångar vid nyinsättning av NOAK.

Expertgrupp Blod

Josefin Hidman

josefin.hidman@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

- Richards T, Breymann C, Brookes MJ, Lindgren S, Macdougall IC, McMahon LP, et al. Questions and answers on iron deficiency treatment selection and the use of intravenous iron in routine clinical practice. *Ann Med*. 2021 Dec;53(1):274-85.
- Wolf M, Rubin J, Achebe M, Econs MJ, Peacock M, Imel EA, et al. Effects of iron isomaltoside vs ferric carboxymaltose on hypophosphatemia in iron deficiency anemia: two randomized clinical trials. *JAMA*. 2020 Feb 4;323(5):432-43.
- Kennedy NA, Achebe MM, Biggar P, Pöhlmann J, Pollock RF. A systematic literature review and meta-analysis of the incidence of serious or severe hypersensitivity reactions after administration of ferric derisomaltose or ferric carboxymaltose. *Int J Clin Pharm*. 2023 Jun;45(3):604-12.





Hjärta, njurar och kretslopp

Läkemedlen inom hjärta, njurar och kretslopp är välkända, välbeprövade och lämpliga för många patienter. De är i stort sett desamma i basläkemedelslistan som tidigare år. I en kortfattad lista ryms inte kommentarer kring preparatval, så denna artikel syftar till att ge fördjupning och en del goda råd. För ytterligare information hänvisas till behandlingsrekommendationer på 1177 för vårdpersonal.

För alla sjukdomar inom det kardiovaskulära området gäller att genomgång av levnadsvanor, fysisk aktivitet, rökstopp och kost är viktiga grundpelare i behandlingen.

Hypertoni

I basläkemedelslistan har vi slagit samman grupperna ACE-hämmare och angiotensin-II-receptorblockerare (ARB) för att understryka att man väljer ett preparat inom gruppen till sin patient. Såväl ACE-hämmare/ARB som kalcium-antagonister och tiazider räknas som förstahandsval vid behandling av hypertoni. Dessa läkemedel går att kombinera och det är generellt bättre med låga doser av flera preparat än högsta dos av ett enskilt läkemedel, både för blodtrycks-sänkande effekt och ur biverkningssynpunkt. Som tillägg

efter dessa, och därmed som andrahandspreparat, skulle jag främst välja spironolakton. Eplerenon är inte riktigt lika effektivt och kräver ofta doser på 50 mg eller mer för en tydlig blodtryckssänkande effekt. Det är bra att känna till om man vill välja eplerenon för att undvika risken för gynekomasti med spironolakton. Betablockerare är också ett bra andrahandspreparat, i synnerhet för patienter med förmaksflimmer eller ischemisk hjärtsjukdom⁽¹⁾.

Kronisk kranskärslssjukdom

Här gäller samma rekommendationer som förut; sätt in trombocythämning och statin till alla, och som symtomlindring är betablockerare, kalciumantagonisten amlodipin och långverkande nitrater rekommenderade.

Hjärtsvikt

Vi fortsätter med "The Big Four" för HFrEF (hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarfunktion, EF <40 %), det vill säga att alla patienter bör få högsta tolerabla doser av ACE-hämmare eller ARB, betablockerare, aldosteronantagonist (MRA) och SGLT2-hämmare.

För HFmrEF (hjärtsvikt med lätt nedsatt vänsterkammarsfunktion, EF 41–49 %) och HFpEF (hjärtsvikt med bevarad EF) är huvudbudskapet att behandla komorbiditeter som hypertoni, förmaksflimmer, diabetes och KOL. Gör gärna smarta preparatval så att läkemedlet fyller flera funktioner; exempelvis betablockad till patient med förmaksflimmer som ger effekt på både frekvensreglering av flimret och hjärtsvikten. SGLT2-hämmarna dapagliflozin och empagliflozin har visat effekt vid såväl HFmrEF som HFpEF. I det senare fallet var det framför allt sjukhusinläggning för hjärtsvikt som minskade i studierna och inte någon signifikant mortalitetsminskning⁽²⁾.

Intravenös järnbehandling vid HFrEF och HFmrEF och samtidig järnbrist har gett symtomförbättring och ökad livskvalitet. Indikationen för intravenöst järn är S-ferritin <100 µg/L eller S-ferritin 100–299 µg/L och transferrinmättnad <20 %. S-ferritin bör ingå i proverna vid ett årligt hjärtsviktsbesök⁽²⁾. I år finns därför Ferinject och MonoFer med på basläkemedelslistan.

Emboliprofylax vid förmaksflimmer

DOAK (direktverkande orala antikoagulantia) har funnits så länge att det är tid för patentutgångar. Redan nu ses stora prissänkningar och vi förväntar oss att fler kommer. Dabigatran har förlorat patentet och saluförs av ett tiotal tillverkare. Kostnaden är för närvarande (december 2025) knappt 3 kr/dag, jämfört med Eliquis (apixaban) som kostar cirka 20 kr/dag. Dabigatran går numera att dosdispensera. Vid nyinsättning hos patienter med normal njurfunktion och utan stor risk för GI-blödning rekommenderar vi att ta priset i beaktande och gärna välja dabigatran. Under våren 2026 förväntas patentet för Xarelto (rivaroxaban) gå ut. Eliquis kommer förmodligen förlora patentet under senare delen av 2026. En stark rekommendation är därför att kontrollera priser vid val av preparat vid nyförskrivning.

Sammantaget gör detta att vi rekommenderar dabigatran, Xarelto och Eliquis som likvärdiga alternativ. Lixiana (edoxaban) är ett bra endospreparat med god säkerhet vid nedsatt njurfunktion, men eftersom preparatet kom senare än de andra förväntas det förlora patentet först om ett par år och bör därför väljas i andra hand vid nyförskrivning.

Kronisk njursjukdom med albuminuri

Vi har inte ändrat något i våra rekommendationer. ACE-hämmare eller ARB är basbehandling för prevention till-

sammans med livsstilsförändringar. SGLT2-hämmare bör ges till patienter med nedsatt njurfunktion och albuminuri, oavsett förekomst av diabetes. Behandling med läkemedlen måste förväntas kunna pågå under ett antal år för den enskilde patienten för att vinsten av preventionsbehandlingen ska uppnås. Det är potenta läkemedel som kräver att patienten kan hantera till exempel dehydrering.

Perifer kärlsjukdom

I år har vi infört ett avsnitt om läkemedel vid perifer kärlsjukdom. Acetylsalicylsyra och klopido­grel är likvärdiga förstahandspreparat som ges till patienter med symtomgivande perifer arteriell insufficiens för att förebygga kärlhändelser. Statiner ingår i behandlingen och vi hänvisar till avsnittet om blodfettssänkare under rubriken kranskär­lssjukdom. Behandlingsmålet är LDL <1,4 mmol/L, precis som efter hjärtinfarkt⁽³⁾. Det är förstås också viktigt att behandla hypertoni och annan samsjuklighet.

Expertgrupp Hjärta, njurar och kretslopp

Charlotta Hammar

charlotta.hammar@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

1. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024 Oct 7;45(38):3912–4018.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023 Oct 1;44(37):3627–39.
3. Mazzolai M, Teixido-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024 Sept 21;45(36): 3538–700.

Take home message

Kontrollera aktuellt pris för DOAK eller dess generika vid insättning till ny patient – det är stora prisskillnader. Väg in det i ditt läkemedelsval.



Hud

Introduktion

I årets basläkemedelslista införs en ny rubrik och läkemedelsrekommendation för primär axillär hyperhidros. Vi har även gjort mindre textändringar i listan samt lagt till beredningsform (kräm, salva, lotion, lösning, skum) för samtliga topikala preparat. Det kan vara till hjälp vid förskrivning, då hänsyn måste tas till den lokal som ska behandlas och till patientens egna preferenser.

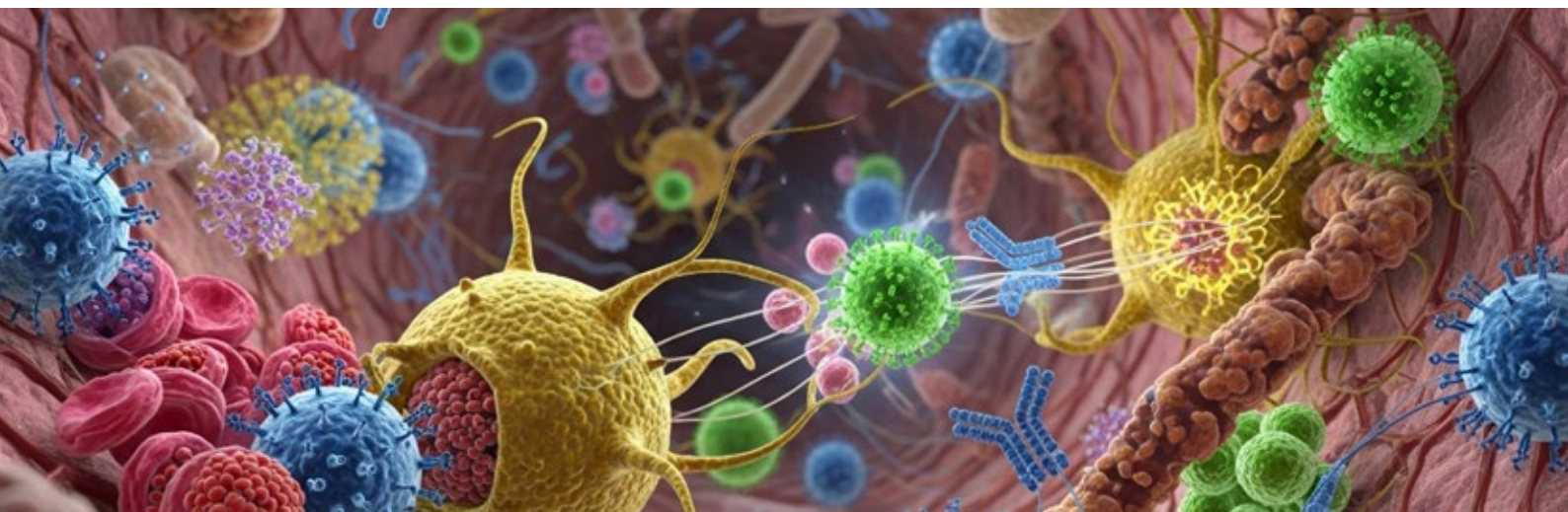
Under de senaste åren har forskning och utveckling kring målinriktade systemiska behandlingar för inflammatoriska och autoimmuna hudsjukdomar accelererat, och antalet specialistpreparat inom dermatologin ökar stadigt. För sjukdomar som atopisk dermatit, alopecia areata, vitiligo och psoriasis ser vi nya läkemedel och mekanismer – i synnerhet hämmare av JAK/STAT-vägen och TYK 2 samt biologiska läkemedel – vilket omformar behandlingslandskapet. Nya behandlingsmöjligheter ställer i sin tur krav på ökad kunskap om indikationer, risker, uppföljning och patientutbildning.

Genom att kombinera klinisk erfarenhet med aktuell evidens kan vi förbättra patienternas behandlingsutfall och livskvalitet.

Primär axillär hyperhidros

Primär axillär hyperhidros införs som ny rubrik. Under den finns ett lokalt verkande antikolinergikum vid namn Axhidrox. Det är en kräm innehållande glykopyrronium som verkar mot svettningar. Läkemedlet ska prövas i andra hand om receptfria antiperspiranter med aluminiumklorid (t ex Absolut Torr, Stopp 24) inte fungerar eller ger intolerabla lokala biverkningar.

Krämen med glykopyrronium har god tolerabilitet utan lokala biverkningar och med mycket få eller inga systembiverkningar. Applicering sker dagligen i fyra veckor, därefter fortsatt underhållsbehandling två gånger i veckan. Läkemedlet är receptbelagt och ingår inte i läkemedelsförmånen. Marknadspriset ligger runt 600 kr per pumpflaska, och beräknad åtgång vid underhållsbehandling är ungefär en flaska var tredje månad.



Akne

Aklief är ett topikalt akneläkemedel mot både bål- och ansiktsakne, godkänt från 12 års ålder. Krämen innehåller den aktiva substansen trifaroten, som är en retinoid. Läkemedlet appliceras en gång dagligen på kvällen och behandlingen bör pågå i minst tre månader med upprepning vid behov. Aklief ingår ej i läkemedelsförmånen och står ej med på basläkemedelslistan. Dock kan det vara ett lämpligt preparatval vid behandling av stora hudytor när tetracykliner eller isotretinoin inte är indicerat, eller till patienter med oförmåga att svälja tabletter. Aklief kan ges som monoterapi eller i kombination med lymecyklin.

Kvinnliga fertila patienter med svår akne som remitteras till hudkliniken för behandling med isotretinoin ska parallellt med remiss hjälpas till effektiv antikonception. Isotretinoin är ett kraftigt teratogent läkemedel, och ett välfungerande preventivmedel är ett krav för behandling. Om inga kontraindikationer föreligger kan det kombinerade p-pillret Dienorette, med dubbelindikation antikonception och akne, övervägas.

Extempore och egenvård

APL-produkter ska, med hänsyn till kostnad, förskrivas restriktivt – undantaget salicylsyrapreparat >2 %. Ofta krävs salicylsyra 5–10 % för att uppnå tillräcklig avfjällning inför medicinsk behandling av exempelvis psoriasis och aktinisk keratos. För behandling av lindrigt till måttligt förtjockad, torr och fokalt hård hud kan naturligtvis receptfria krämer innehållande högre koncentrationer av urea och mjölksyra rekommenderas. Vi ska fortsatt gemensamt tänka på gränsen mellan recept och egenvård. Mjukgörande medel endast till patienter med atopisk dermatit, psoriasis, iktyos samt till äldre (>65 år) med torr hud och risk för exkorationer.

Systembehandling vid inflammatoriska hudsjukdomar

Atopisk dermatit är en immunmedierad, kronisk inflammatorisk hudsjukdom som kännetecknas av nedsatt hudbarriär med torra, rodnade och kliande utslag i huden. Sjukdomen drivs av Th2-inflammation och de viktigaste cytokinerna som involveras är IL-4, IL-5, IL-13 och IL-31. Även JAK/STAT-

signaler är involverad i sjukdomsprocessen och driver produktion av nämnda pro-inflammatoriska cytokiner. De historiskt sett vanligaste läkemedlen för systembehandling av atopisk dermatit är metotrexat och ciklosporin. Under senare år har behandlingsmöjligheterna förstärkts påtagligt med ett antal nya läkemedel, såsom interleukin- och JAK-hämmare. Idag finns tre godkända interleukinhämmare för behandling av måttlig till svår atopisk dermatit; dupilumab (Dupixent), tralokinumab (Adtralza) och lebrikizumab (Ebglyss) samt tre godkända JAK-hämmare; abrocitinib (Cibinqo), baricitinib (Olmiant) och upadacitinib (Rinvoq). Systembehandling ska alltid individanpassas med särskild hänsyn till patientens ålder och komorbiditeter. Oavsett preparatval är behandlingsmålet minimal sjukdomsaktivitet sett till både utslag och klåda.

Psoriasis är en immunmedierad, kronisk inflammatorisk systemsjukdom som i huden kännetecknas av rodnade, fjällande och kliande plack. Sjukdomen drivs, till skillnad från vid atopisk dermatit, av Th1- och Th17-inflammation. Th17-/IL-23-axeln samt interferoner spelar en nyckelroll. Även TYK2 har identifierats som en viktig signalväg i sjukdomen med produktion av proinflammatoriska cytokiner såsom IL-12 och IL-23. Systemisk behandling ska övervägas till alla patienter med måttlig till svår psoriasis. Metotrexat är fortsatt förstahandsval utifrån kostnadseffektivitet, bred klinisk erfarenhet och stark evidens. Vid behandlingssvikt eller kontraindikationer mot metotrexat finns ett stort antal biologiska läkemedel, både TNF-hämmare och IL-hämmare, samt småmolekylära läkemedel att tillgå. Helt eller närmast helt utläkt hud är idag realistiska behandlingsmål.

Alopecia areata är en autoimmun sjukdom som drabbar hårsäckarna och som karaktäriseras av fläckvis till totalt håravfall i hårbotten, skäggbotten och på andra hårbevuxna kroppsytor. Vid svår alopecia areata finns två JAK-hämmare med godkänd indikation; baricitinib (Olmiant) och ritlecitinib (Litfulo). I dagsläget (december 2025) saknar båda läkemedlen subvention.

Vitiligo är en autoimmun sjukdom med selektiv förlust av melaninproducerande celler (melanocyter) och som känne-

tecknas av välavgränsade, vita fläckar i huden. Sjukdomen är inte sällan associerad med andra autoimmuna hudsjukdomar (atopisk dermatit och alopecia areata) vilket talar för gemensamt terapimål. Vitiligo är svårbehandlat och vi använder idag topikala steroider, topikala kalcineurin-hämmare och smalbands-UVB med tveksam evidens och effekt. Ruxolitinib (Opzelura) är en topikalt applicerad JAK-hämmare som nyligen fått godkänd indikation för behandling av icke-segmentell vitiligo i ansikte hos vuxna och barn över 12 år. Resultaten ser lovande ut. Förskrivning är möjlig, men behandlingskostnaden är mycket hög för patienten då läkemedlet saknar subvention. Flera orala JAK-hämmare visar också lovande resultat i kliniska studier, i synnerhet i kombination med ljusterapi. Repigmenterad hud kan vara ett tänkbart behandlingsmål i framtiden.

Teledermatoskopi

Teledermatoskopi är här för att stanna och kommer med tiden att utvecklas med bättre kamerautrustning och sannolikt även AI. På hudkliniken ställs i nuläget bildkrav endast på remisser gällande hudtumörer, men bilder är även mycket användbara vid bedömning och prioritering av inflammatoriska sjukdomar i hud, slemhinnor, hårbotten och naglar. Via bilder går det ibland även att diagnostisera skabb! Fotografering av hudtumörer bör alltid ske på ett standardiserat sätt. Vidare bör allt som stansbiopseras eller opereras bilddokumenteras före och eventuellt efter aktuellt ingrepp.

För en bra och samlad teledermatoskopisk tumör-/nevus-bedömning krävs god bildkvalitet (skarpt, tydligt, detaljerat foto) i angiven ordning på:

- **Avståndsbild** (cirka 50–60 cm från aktuell lesion)
 - ska tydligt avslöja den exakta anatomiska lokalen och aktuell(a) lesion(er).



- **Närbild** (ca 15 cm från aktuell lesion).
- **Dermatoskopisk bild** med kontakt- eller icke-kontakt-dermatoskop. Gärna bild både i polariserat och icke-polariserat ljus. Använd i regel alltid kontaktmedium såsom handsprit, alcogel eller ultraljudsgel. Alltid gel framför lösning på konvexa ytor såsom naglar. Vid trikoskopi bör inget kontaktmedium användas.

Kom ihåg att kontrollera bildkvaliteten och att bild(er) finns tillgängliga i PACS innan remissen sänds till hudkliniken. Vid dålig bildkvalitet eller avsaknad av bilder riskerar remissen att avisas, vilket förlänger handläggningen. Regionala cancercentrum i samverkan tillhandahåller en mycket pedagogisk och bra webbutbildning i teledermatoskopi, se länk nedan.

Venereologi

Hemmatester för klamydia och gonorré via 1177 ökar och ses som positivt. Det står i paritet med att testning för sexuellt överförbara sjukdomar ska vara lättillgänglig och ge snabbt svar. Därefter ska alla som behöver få behandling. Provtagning ska fortsatt erbjudas vid kontakt med ungdomsmottagning, vårdcentral eller venereologmottagning. Ingen som önskar provtagning bör nekas.

Positiva gonorré- och syfilissvar handläggs av venereologmottagningen. Region Västmanland har, likt flera andra regioner, nyligen slutat med kontrollprov efter behandling av okomplicerad gonorré, med undantag för gravida. Nytt från 2025 är även att venereologmottagningen erbjuder män under 26 års ålder som har sex med män HPV-vaccination med Gardasil 9, och oavsett ålder Mpox-vaccination med Jynneos.

Pre-exponeringsprofylax (PrEP) erbjuds sedan tidigare till män som har sex med män samt till transpersoner med ökad risk för hiv-infektion. Däremot ska doxy-PEP (200 mg doxycyklin inom 72 h efter oskyddat sex med okänd partner) fortsatt undvikas utifrån tveksamma behandlingsvinster och risk för icke rationell antibiotikaanvändning. Profylax kombineras alltid med rådgivning om säkrare sex och kondom-användning.

Expertgrupp Hud

Jenny Aldén
jenny.alden@regionvastmanland.se

Länkar

- Regionala cancercentrum i samverkan (RCC): Webbutbildning i teledermatoskopi.
- Hudpraktikan: topikala behandlingar, licenspreparat och praktiska färdigheter. 2023.

Take home message

Bra bilder – bättre remissbedömning – bäst utfall för patienten!



Gyneologi

Årets basläkemedelslista bjuder inte på några förändringar inom vårt område.

Det vi glädjande nog kan konstatera är att förskrivningen av systemisk menopausal hormonbehandling (MHT) fortsätter att öka i länet. Antal uthämtade recept har ökat med 64 % de senaste fem åren.

Kvinnor under 60 år i peri- eller postmenopaus med östrogenbristsymtom som påverkar livskvaliteten negativt rekommenderas MHT, om icke-farmakologisk behandling har prövats och inte givit tillräcklig effekt och om inga kontraindikationer finns. MHT rekommenderas också till kvinnor med tidig menopaus (yngre än 45 år), samt för att förebygga osteoporos hos postmenopausala kvinnor under 60 år med hög risk för fraktur.

I en artikel i Läkartidningen från 2025 uppmärksammades risken för sekundär exponering vid transdermal hormonbehandling. Det har förekommit fall där barn och husdjur drabbats av misstänkta hormonella biverkningar efter att ha blivit sekundärt exponerade för transdermala hormonläkemedel. Det är viktigt att informera om detta vid förskrivning, samt att patienten följer rekommendationerna om handtvätt och användning av täckande kläder.

Bioidentiskt progesteron

I november 2024 godkändes mikroniserat progesteron, så kallat bioidentiskt progesteron, för förskrivning med indikationen tillägg vid MHT. Intresset för mikroniserat progesteron har ökat de senaste åren, där bakgrunden har varit indikationer på att det kan vara säkrare avseende risken för bröstcancer och eventuellt ge mindre depressiva besvär jämfört med gestagen som tillägg till östrogen. Forskningsresultat talar för en något lägre risk för bröstcancer vid användning av östrogen kombinerat med mikroniserat progesteron jämfört med gestagen, medan risken för endometrieccancer kan vara högre. Denna risk gäller även för dydrogesteron, som är snarligt mikroniserat progesteron.

En systematisk översikt från 2016 konkluderar att oralt mikroniserat progesteron i sekventiell regim (200 mg dagligen i 12–14 dagar/månad) är säkert för endometriet upp till fem år, medan risken för endometrieccancer är ökad efter mer än fem års behandling. Däremot finns otillräckligt underlag för konklusion om säkerheten med oralt mikroniserat progesteron i kontinuerlig regim med östrogen.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) rekommenderar regelbundna ultraljudsundersökningar efter mer

än fem års behandling med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron som tillägg till östrogen. På grund av begränsade resurser har Kvinnokliniken i Västerås dock beslutat att inte utföra ultraljudskontroller av endometriet hos patienter som behandlats med mikroniserat progesteron eller dydrogesteron i mer än fem år. Då endometriekontroll inte kan erbjudas kommer vi inte att förskriva dessa preparat längre än fem år, såvida inte evidensläget ändras.

Antikonception

Abortantalet ligger fortsatt relativt konstant kring 35 000 per år, men har förskjutits från kvinnor under 25 års ålder till kvinnor runt 30 års ålder. De flesta aborter görs före graviditetsvecka sju och medicinskt i hemmet. Långverkande reversibla preventivmetoder (long-acting reversible contraception, LARC), såsom spiral och p-stav, förebygger oönskade graviditeter bäst och är de mest kostnadseffektiva metoderna.

Den brittiska läkemedels- och hälsovårdsmyndigheten (MHRA) har uppmärksammat att kvinnor blivit oönskat gravida under tiden de använt glukagonlik-peptid-1-analoger (GLP-1-analoger), trots att de använt p-piller. Därför rekommenderas tillägg av barriärmetod alternativt byte till LARC för dessa kvinnor. Med tanke på att det saknas tillräckliga säkerhetsdata för användning av GLP-1-analoger under graviditet rekommenderas effektiv antikonception under behandling samt upp till två månader efter avslutad behandling.

Menorragi

Menorragi förekommer hos 10–20 % av alla kvinnor i fertil ålder och definieras som regelbundet återkommande blödningsningar som är rikligare och/eller mer långvariga än normal menstruation, med en total blödningsmängd över 80 ml. Ofta får anamnesen (antal genomblödda tamponger/bindor per dygn) ge vägledning om blödningsmängden.

Menorragi kan leda till anemi med lågt hemoglobin och/eller låga järndepåer. Det är viktigt att komma ihåg att man kan behöva kontrollera järndepåer vid anamnes på menorragi och järnbrist, även vid normalt hemoglobin.

Vid riklig och regelbunden menstruation rekommenderas i första hand tranexamsyra 1–1,5 g x 3–4 under de rikligaste blödningsdagarna. Detta minskar blödningsmängden med cirka 50 %. Behandlingen kan kombineras med NSAID vid avsaknad av koagulationsrubbing. Hormonspiral (Mirena) är en mer effektiv och kontinuerlig behandling av menorragi, och minskar blödningsmängden med cirka 90 %. Ett annat alternativ kan vara kombinerade p-piller, och då framför allt i kontinuerlig regim.

PCOS

Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS) är en vanlig hormonell rubbing hos fertila kvinnor och karaktäriseras av hyperandrogenism, oregelbunden eller utebliven menstruation och polycystiska äggstockar. Två av dessa kriterier ska vara uppfyllda för diagnos. PCOS är även förknippat med förhöjda insulin-nivåer, övervikt, hypertoni, nedsatt fertilitet, hudbesvär och psykisk ohälsa. Det har 2025 publicerats en ny SBU-rapport

som granskat den vetenskapliga litteraturen kring behandling med kombinerade p-piller, antiandrogena läkemedel, metformin samt GLP-1-analoger för patienter med PCOS.

I rapporten anges att kombinerade p-piller och metformin kan ha positiva effekter på frekvens och regelbundenhet av menstruation. För GLP-1-analoger och antiandrogena läkemedel bedömdes underlaget otillräckligt för att bedöma effekten på menstruation.

För behandling av hirsutism kan kombinerade p-piller som innehåller cyproteronacetat ha en något större effekt på hirsutism jämfört med vanliga kombinerade p-piller. Man måste dock väga detta mot de kända biverkningarna som finns med dessa p-piller. Underlaget är otillräckligt för jämförelser mellan andra olika typer av kombinerade p-piller och för jämförelsen mellan kombinerade p-piller och ingen behandling. Antiandrogena läkemedel tycks ensamt eller som tilläggsbehandling inte ha någon effekt på hirsutism, men underlaget är begränsat och baseras på studier som har många olika tilläggs- och jämförelsebehandlingar.

För patienter med övervikt eller obesitas kan metformin eller GLP-1-analoger ge en viss vikttnedgång. Underlaget är otillräckligt för kombinerade p-piller och antiandrogena läkemedel. Metformin ger en liten förbättring av riskmarkörer gällande glukos- och insulinbalans, men har ingen effekt på blodfetter.

Expertgrupp Gynekologi

Emma Hultqvist

emma.hultqvist@regionvastmanland.se

Anna Ersberg Jonsson

anna.ersberg.jonsson@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. SFOG-råd för menopausal hormonbehandling (MHT) 2025 – bakgrundsdocument. 2025.
- Risker vid sekundär exponering för hormonläkemedel. Läkartidningen. 2025;122:24107.
- Stute P, Neulen J, Wildt L. The impact of micronized progesterone on the endometrium: a systematic review. Climacteric. 2016 Aug;19(4):316-28.
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). GLP-1 medicines, contraception and pregnancy. 2025.
- Läkemedelsbehandling av polycystiskt ovarialsyndrom – hälsa och livskvalitet på kort och lång sikt. SBU-rapport. 2025.

Take home message

Tänk på att förskriva LARC eller rekommendera barriärmetod i tillägg till p-piller till kvinnor som får GLP-1-analoger.

Smärta och smärtanalys

Evidensbaserad smärtbehandling

Långvarig smärta drabbar minst var femte vuxen i Sverige, men det är en mindre del av dessa som utvecklar ett omfattande vårdbehov och funktionsnedsättning. Konsekvenserna för individ, arbetsliv och hälso- och sjukvård är betydande, vilket talar för en enhetlig, evidensbaserad linje där rätt åtgärd sätts in på rätt nivå vid rätt tidpunkt.

Smärta är ett komplext tillstånd som påverkar både individens livskvalitet och samhällets resurser. För att uppnå en effektiv och hållbar behandling krävs en strukturerad och evidensbaserad strategi där smärtanalys utgör grunden. I Västmanland har expertgruppen för smärta och inflammation inom läkemedelskommittén tagit fram rekommendationer som stödjer en helhetssyn på smärtbehandling – från initial bedömning till uppföljning och rehabilitering.

För vårdpersonal innebär det ett behov av strukturerade insatser och samverkan mellan olika vårdnivåer. Det nationella vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna, tillgängligt via 1177, ger vägledning för ett personcentrerat och sammanhållet omhändertagande.

Smärtanalys som grund för behandling

En noggrann smärtanalys är avgörande för att förstå smärtans mekanismer – nociceptiv, neuropatisk eller nociplastisk – samt dess påverkan på funktion och livskvalitet. Analysen bör inkludera psykologiska och sociala faktorer, vilket möjliggör en individanpassad handlingsplan.

Primärvården – navet i vårdförloppet

Primärvården är ofta den första kontakten för patienter med långvarig smärta, definierad som smärta som varat i minst tre månader. Här initieras vårdförloppet och följande insatser genomförs:

- Bedömningen ska utgå från ett biopsykosocialt perspektiv, där smärtans påverkan på funktion, psykiskt mående och social situation kartläggs.
- Diagnostiken bör inkludera smärtmekanism (nociceptiv, neuropatisk, nociplastisk) och förslag på ICD-diagnos.
- En rehabiliteringsplan ska upprättas inom en månad efter diagnos, med tydliga mål, insatser och ansvarsfördelning.
- Patienten ska erbjudas en fast vårdkontakt som samordnar insatserna, och ett patientkontrakt kan användas för att tydliggöra förväntningar och ansvar.

Insatserna i primärvården kan vara unimodala, där en enskild profession arbetar utifrån sin kompetens – exempelvis en fysioterapeut som leder fysisk träning eller en psykolog som erbjuder KBT. I många fall krävs dock intermediära insatser, där flera professioner samverkar kring patienten utan att arbeta i ett fullt integrerat team. Det kan innebära att till exempel läkare, arbetsterapeut och fysioterapeut gemensamt planerar insatser för att stödja patientens aktivitetsförmåga och hantering av smärtan.

Utöver detta kan primärvården erbjuda:

- **Patientutbildning** om smärtans neurobiologi och egenvård
- **Fysisk aktivitet och funktionsträning**, anpassad efter funktionsnivå
- **Psykologiskt stöd**, exempelvis KBT eller ACT
- **Arbetsterapeutiska insatser** för att främja aktivitet i vardagen
- **Läkemedelsbehandling**, med försiktighet – särskilt vad gäller opioider
- **Psykosocialt stöd**, vid samsjuklighet eller social belastning

Uppföljning ska ske regelbundet, och rehabiliteringsplanen revideras vid behov.



Smärtrehabilitering – när primärvården inte räcker

Vid mer komplex smärtproblematik, där primärvårdens resurser inte är tillräckliga, remitteras patienten till specialiserad smärtrehabilitering. Här kan multimodal rehabilitering (MMR) vara aktuellt – ett samordnat teamarbete med insatser från flera professioner, där patienten är en aktiv deltagare.

Läkemedel som del i helheten

Farmakologisk behandling är ofta en del av den multimodala strategin, men ska alltid utvärderas noggrant. Målet är inte enbart smärtlindring, utan även förbättrad funktion och livskvalitet. Vid långvarig smärta är restriktiv användning av opioider särskilt viktig.

Multimodal behandling har visat sig förbättra funktion, minska smärtintensitet och stärka patientens egen förmåga att hantera sin situation.

Evidensläget. SBU:s översikt visar att multimodala och interdisciplinära insatser vid långvarig smärta ger minst likvärdiga, och ibland bättre, hälsoeffekter än läkemedelsbehandling, framför allt på livskvalitet och funktion. Hälsoekonomin är svårare att säkert beräkna, men effekter på sjuk-skrivning och vårdkonsumtion kan ge långsiktiga vinster.

Patientdelaktighet och mål. Rehabiliteringen formuleras som ett patientkontrakt med tydliga, uppföljningsbara mål och en planerad tidsram. Patientundervisning enligt en neurobiologisk förklaringsmodell (skillnad mellan smärta och skada, sensitisering, nedreglerade bromssystem) rekommenderas framför förenklade mekaniska/biologiska förklaringar, som ofta skapar rädsla och passivitet.

Unimodala insatser räcker för patienter med väl bevarad funktion, medan MMR bör prioriteras vid mer komplex påverkan.

Farmakologisk behandling – dosoptimering och uppföljning

Läkemedel bör användas som en del av en bredare behandlingsstrategi. Rekommendationer från Läkemedelsverket betonar följande:

- **Paracetamol och NSAID** som förstahandsval vid nociceptiv smärta
- **Gabapentinoider, TCA och SNRI** vid neuropatisk smärta
- **Opioider:** När? Hur? Hur lite?

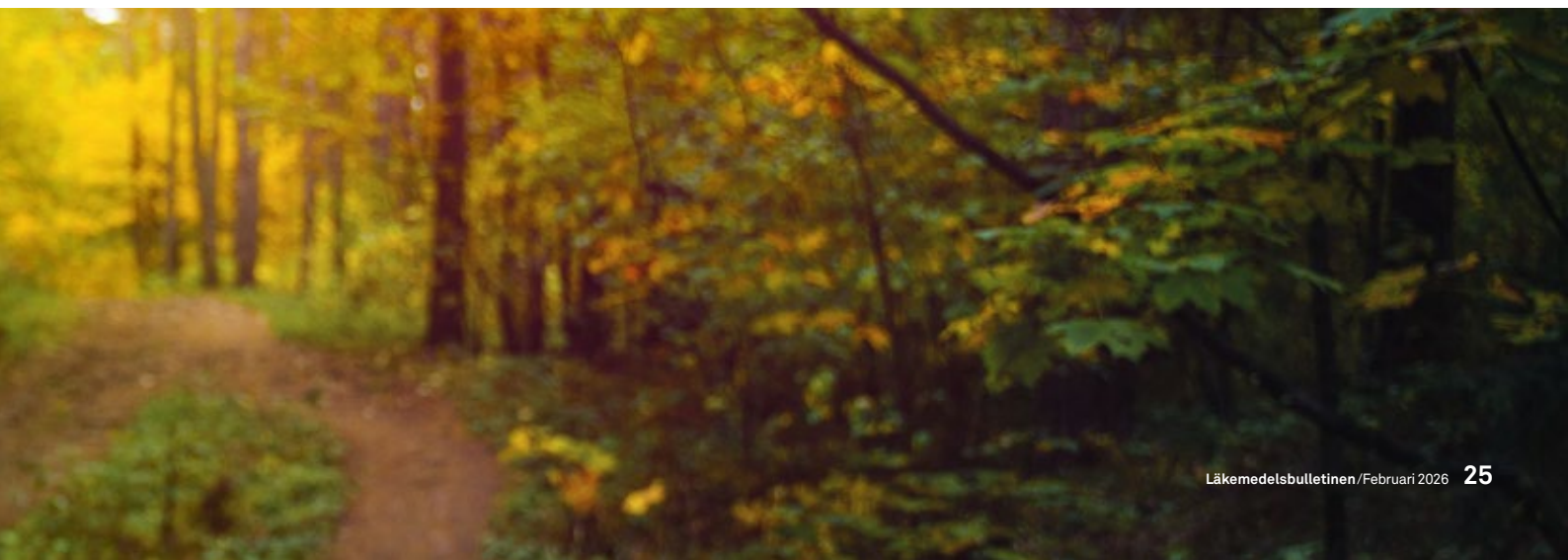
Indikation och risk: Opioider har en plats vid akuta nociceptiva smärttillstånd och inom palliativ vård. Vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta är evidensen för långtidseffekt svag och riskerna betydande (beroende, överdos, biverkningar). Därför krävs en tydlig risk–nytta–värdering, en behandlingsplan och tidsbegränsning av behandlingen.

Före insättning:

1. Gör en smärtanalys och pröva icke-farmakologiska och icke-opioida alternativ.
2. Riskbedömning för substansbrukssyndrom och överdos (ålder, samsjuklighet, kombinationsrisker).
3. Upprätta en vårdplan, dokumentera dos, maxduration, och plan för uppföljning/uttrappning.
4. Förskriv minsta förpackning, använd nationella stöd (t ex uthämtade läkemedel/Förskrivarkollen) och ge skriftlig patientinformation.

Under behandling:

1. Sätt funktionella mål (t ex ökad gångsträcka, bättre sömn) snarare än enbart smärtskala.
2. Avsluta vid utebliven funktionell nytta eller oacceptabla biverkningar. Kombinera aldrig slentrianmässigt med bensodiazepiner. Långverkande opioider är ifrågasatta vid icke-akut smärta.
3. Restriktiv användning av opioider, särskilt vid långvarig smärta. Vid behov bör vanligt morfin användas i lägsta effektiva dos under kort tid.





Evidensbaserad läkemedelsanvändning

Titring och dosoptimering

Starta med låg dos och titrera upp till effektiv nivå:

- **Gabapentin:** Det finns stöd för att gabapentin kan ge smärtlindrande effekt vid diabetespolyneuropati och vid postherpetisk neuralgi. Men för övriga patientgrupper med smärta ger publicerade data tveksamt stöd för gabapentin som smärtbehandling. Epidemiologiska data indikerar risk för allvarliga biverkningar inklusive letalitet vid användning av gabapentin eller pregabalin i kombination med opioider.
- Ett antal publicerade studier visar att tillägg av gabapentin i postoperativ smärtbehandling ger en liten eller måttlig reduktion av opioiddos vid motsvarande grad av smärtlindring med i stort sett oförändrad biverkningsprofil.
- Gabapentin är andrahandsval vid neuropatisk smärta och det är viktigt med långsam upptrappning för att undvika biverkningar.
- Vid fibromyalgi relaterad smärta visar publicerade data signifikant positiva effekter av gabapentin (obs, EMA godkände inte pregabalin för behandling av smärta vid fibromyalgi då kliniskt meningsfull effekt inte bedömdes visad samt frågetecken gällande risker).
- **Etoricoxib:** Används vid behov, med hänsyn till kardiovaskulär risk. Men effekten är dosberoende och vid artriter krävs ofta högre dos, 60–90 mg/dag.
- **Allopurinol:** Titring är viktig för att uppnå behandlingsmål (behandlingsmål S-urat <360). Ofta krävs 300–600 mg/dag för att uppnå behandlingsmål.

Restriktiv användning av opioider

- Akut smärta kan ofta behandlas utan opioider. I de fall där det bedöms krävas opioider (svårighetsgrad av smärta) bör den lägsta effektiva dosen av kortverkande opioid väljas.

- **Morfin** bör vara förstahandsval vid behov av opioid.
- Korttidsbehandling med små förpackningar (5 mg 1–2 tabletter v b); receptföreskrivningen bör motsvara den akuta behandlingsperioden som ofta är cirka tre dagar. Flera internationella riktlinjer avseende ordination av opioider vid akut smärta rekommenderar en föreskrivning under högst tre dagar.
- Opioidberoende uppkommer redan efter några dagars användning. Genom att begränsa antalet dagar då opioider används minskar risken för abstinensproblem.
- Undvik långverkande opioider och kombinationspreparat på grund av länge halveringstid och effektduration som i sin tur ökar risken för beroende.
- Expertgruppen avråder från att använda opioider i förebyggande syfte. I de fall där smärtdurationen visar sig vara längre och smärtan svårare än förväntat bör en ny bedömning göras.

Paraflex – bristande evidens

- Begränsad dokumentation för effekt.
- Rekommenderas ej som förstahandsval.

Undvik användning av cannabis

Cannabispreparat bör undvikas vid smärtbehandling då evidens för effekt är bristfällig och riskerna överväger nyttan enligt nationella riktlinjer. Sammanvägda systematiska översikter och uppdaterade expertgenomgångar visar att det saknas tillräcklig evidens för att rekommendera ett specifikt cannabispreparat i en definierad dos för något specifikt smärttillstånd. Några studier visar små positiva effekter vid neuropatisk smärta, men resultaten är inkonsekventa och effekten ofta kortvarig. Med tanke på biverkningar, beroenderisk och den begränsade dokumentationen bör föreskrivning undvikas.



Miljöaspekter och kostnadseffektivitet

Diklofenakgel

- Svag effekt och låg biotillgänglighet.
- Negativ miljöpåverkan – bör undvikas.
- Minska receptfria inköp genom information till patient.

Avslutning

En effektiv smärtbehandling kräver mer än bara läkemedel – den kräver en helhetssyn där smärtanalys, multi-professionell samverkan och evidensbaserade insatser samverkar. Genom att följa expertgruppens rekommendationer och arbeta strukturerat kan vi förbättra livskvaliteten för patienter med smärta och samtidigt använda våra resurser på ett ansvarsfullt sätt.

- Smärtanalys utifrån nociceptiv, neuropatisk och nociplastisk mekanism.
- Biopsykosocialt perspektiv med individanpassad rehabiliteringsplan.
- Primärvården som nav med fast vårdkontakt och tydlig ansvarsfördelning.
- Multimodal rehabilitering (MMR) vid komplex smärta.
- Restriktiv och målinriktad läkemedelsanvändning – särskilt opioider.
- Undvik cannabis och miljöbelastande preparat som diklofenakgel.
- Patientundervisning enligt neurobiologisk modell för att främja delaktighet.

Expertgrupp Smärta och Inflammation

Brua Weice

brua.weice@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

- Läkemedelsverket. Läkemedel vid gikt – behandlingsrekommendation. 2016.
- 1177 för vårdpersonal. Vårdförlopp: Smärta - långvarig, hos vuxna. 2023.
- 1177 för vårdpersonal. Kliniskt kunskapsstöd: Smärta, långvarig. 2023/2025.
- Läkemedelsboken. Smärta hos vuxna. 2024.
- Kunskapsstöd för vårdgivare, Region Stockholm. Opioidbehandling mot (svår) smärta. 2024.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. 2019.
- SBU. Rehab: Kombinerade insatser kan vara bättre vid långvarig smärta. 2022.
- SBU. Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. 2021.
- SBU. SBU-kommentarer: Cannabinoider vid smärta. 2024.
- Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar. Cannabis mot smärta – översikt och värdering av evidensläget. 2024.
- Kalk NJ, Chiu C-T, Sadoughi R, Baho H, Williams BD, Taylor D, et al. Fatalities associated with gabapentinoids in England (2004-2020). Br J Clin Pharmacol. 2022 Aug;88(8):3911-7.
- Ispir GZ, Danişman M, Katar KS. A hidden pandemic? Abuse of gabapentinoids: a brief review of recent studies. Curr Drug Res Rev. 2025;17(1):5-9.
- Socialstyrelsen. Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2023. 2024.
- 1177 för vårdpersonal. Vårdförlopp: Ländryggsbesvär hos vuxna. 2023.
- Region Västmanland. Beroendeframkallande läkemedel.

Take home message

Smärtanalys är grunden för all framgångsrik smärtbehandling.

Infektion



Bättre KAD-rutiner och minskad risk för urinvägsinfektion

Kateterorsakad urinvägsinfektion är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Den orsakar lidande för patienten, medför risk för allvarliga komplikationer och betydande vårdkostnader.

Under rubriken "Förebygg KAD-relaterad urinvägsinfektion" på Vårdgivarwebben (se länk nedan) finns ett flertal förslag på åtgärder för att minska risken för kateterorsakad urinvägsinfektion.

Med start hösten 2025 erbjuds även föreläsningar om KAD i primärvård och på SÄBO. Föreläsningarna består av en läkarledd föreläsning på vårdcentral för vårdcentralspersonal och SÄBO-anknutna sjuksköterskor samt en uppföljande föreläsning vid SÄBO för SÄBO-personal.

Öka dina kunskaper om urinvägsinfektioner, diagnostik och KAD-hantering! Boka in ett besök på din vårdcentral genom att kontakta Vårdhygien, se länk nedan.

Expertgrupp Infektion/Strama

Elisabeth Freyhult
elisabeth.freyhult@regionvastmanland.se

Daniel Heimer
daniel.heimer@regionvastmanland.se

Länkar

- [Region Västmanland. Förebygg KAD-relaterad urinvägsinfektion. 2025.](#)
- [Vårdhygien - mailadress för bokning av KAD-föreläsning på vårdcentral](#)

Psykiatri



Årets basläkemedelslista innehåller små justeringar för att belysa levnadsvanors betydelse vid sömnbesvär, ångest och depression. Se mer konkreta rekommendationer i eFYSS.

Vid alkoholberoende rekommenderas inte längre Antabus som förstahandsval. Det minskar inte alkoholsuget, utan fungerar enbart som ett alkoholavskräckande medel för välmotiverade patienter.

Sömnbesvär

Huvudfokus i årets artikel är icke-farmakologiska interventioner som den första och viktigaste behandlingen vid sömnbesvär. Sömnstörning är komplext och mycket vanligt då det förekommer hos cirka 10–15 % i den vuxna populationen. Det medför både personligt lidande och höga kostnader för samhället och sjukvården.

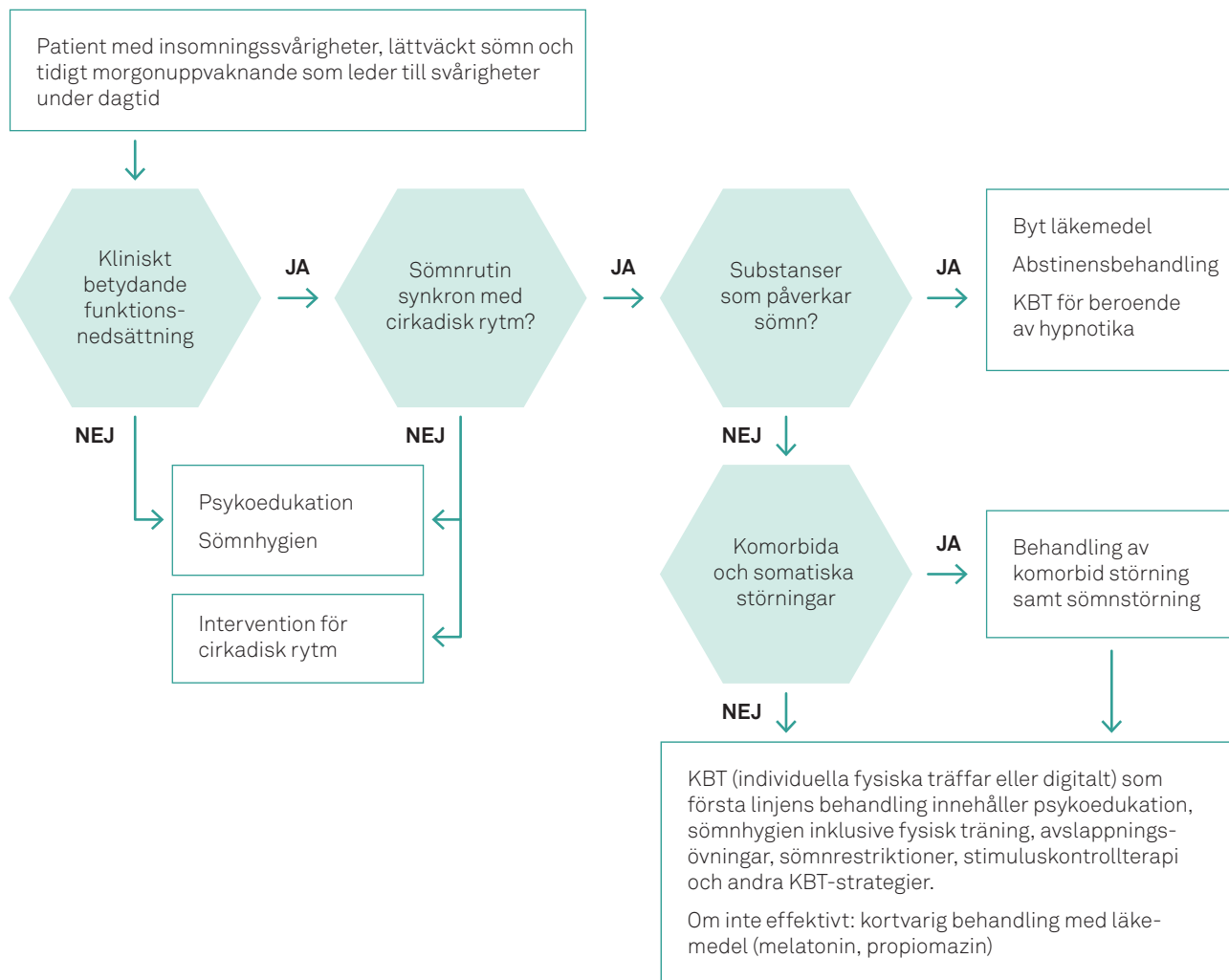
I den nya ICD-11-klassifikationen får sömnbesvär ett eget kapitel (kapitel 7), som till skillnad från ICD-10 inte skiljer på icke-organiska och organiska sömnstörningar. Sömnbesvär kommer att delas in i lätta, måttliga och svåra besvär.

Vid symtom på sömnsvårigheter är det viktigt att börja med en noggrann kartläggning av patientens besvär, livsstilsvanor och bakomliggande orsaker, inklusive eventuella differentialdiagnoser, för att kunna ställa rätt diagnos. Symtomskattning kan underlätta bedömningen av svårighetsgrad samt uppföljning av behandling. Användning av sömndagbok under minst 7–14 dagar, eller längre om så önskas, görs inför beteendeförändring.



Algoritm för utredning och behandling av sömnbesvär

Först tas ställning till om sömnstörningen och de associerade dagtidssymtomen har förekommit flera gånger i veckan under minst tre månader. Kliniskt betydande funktionsnedsättningar innefattar uttalad trötthet, sänkt grundstämning eller irriterabilitet, illamående samt kognitiva svårigheter.



Behandling av sömnstörning

I första hand

Kognitiv beteendeterapi (KBT) ska erbjudas som första linjens behandling vid insomni, för patienter i alla åldrar och oberoende av komorbiditet (stark evidens och mycket stark rekommendation). Behandlingen omfattar vanligtvis 4–8 sessioner (eller veckor) och kan genomföras som fysiska träffar eller digitalt.

Behandlingen inkluderar kartläggning av sömn, sömndagbok, psykoedukativa och sömnhygieniska råd, avslappningsövningar, sömnrestriktion, stimuluskontroll, deaktiveringsmetoder och andra KBT-strategier. Sömnrestriktion och stimuluskontroll är de mest aktiva delarna i KBT och rekommenderas starkt till alla, förutom till patienter med epilepsi och i situationer som kan förvärras av sömnbrist. Ljusterapi och fysisk träning har viss evidens och rekommenderas starkt som komplement till KBT.

I andra hand, om KBT inte är effektivt

Korttidsterapi (mindre än 4 veckor) med läkemedel: melatonin, snabbverkande 1–5 mg och långverkande 2 mg, samt propiomazin 25 mg.

Grundregler för läkemedelsbehandling vid insomni

- Undvik läkemedel som förstahandsval.
- Läkemedel är inte längre det bästa för de flesta.
- Ta hänsyn till risken för dagtrötthet som biverkan av medicin.
- Välj icke-beroendeframkallande läkemedel i lägsta effektiva dos.
- Läkemedel med beroendepotential bör inte förskrivas till personer med tidigare eller aktuellt beroende av alkohol eller andra droger.
- Den som sätter in sömnläkemedel har också ansvar för att följa upp och avsluta behandlingen.

För melatonin, snabb- och långverkande, är data motstridiga och tillräcklig evidens saknas för behandling av insomningsbesvär utan cirkadiska rytmstörningar. Läkemedlen ingår inte i läkemedelsförmånen för vuxna. Snabbverkande melatonin finns i styrkor från 1 till 5 mg. Oftast räcker 0,5–3 mg till natten. Rekommenderat intag är cirka 30 minuter före eller vid sänggåendet, senast vid midnatt. Denna form tas upp snabbt (T_{max} 30–50 min) och elimineras snabbt ($t_{1/2}$ ca 40–60 min). Vid dagtrötthet som biverkan kan dosen sänkas. Om insomningseffekt saknas kan läkemedlet ändå användas under en kortare period för att markera och reglera dygnets cirkadiska rytm, som komplement till andra icke-farmakologiska insatser. Långverkande melatonin kan vara mer effektivt för personer med frekventa uppvaknanden eller för tidigt uppvaknade, och har evidens för kortvarig behandling (max 3 månader) för personer äldre än 55 år. Dagtrötthet kan förekomma som biverkan.

Propiomazin kvarstår i årets basläkemedelslista enligt beprövad klinisk erfarenhet. Läkemedlet är avsett som tillägg för korttidsbehandling efter att icke-farmakologiska insatser har prövats i första hand. Beakta dagtrötthet och myrkrypningar som möjliga biverkningar.

Zopiklon och zolpidem är borttagna från basläkemedelslistan sedan flera år tillbaka. Det saknas evidens för långtidsbehandling av sömnbesvär, och det finns kända risker för tillvänjning, svårigheter att avsluta behandling, dagtrötthet, samt kognitiva biverkningar inklusive försämring av sömnkvalitet över tid.

Daridorexant är en orexinreceptorantagonist, ett helt nytt läkemedel med ny verkningsmekanism som reglerar vakenhet. Även för detta läkemedel saknas evidens för långtidsbehandling. Försiktighet krävs och läkemedlet inkluderas inte i årets basläkemedelslista. Daridorexant ingår inte i läkemedelsförmånen.

När man pratar om sömn behöver man tänka bredare än enbart de sömntimmar man sover. Även de andra timmarna på dygnet påverkar hur sömnen blir. Allt vi gör under den vakna tiden påverkar vår nattsömn, samtidigt som att sova är att investera i vakenhet och en god hälsa. Med andra ord "Sömn är ett 24-timmarsprojekt – livet ut 24/7". Jag upplever att förklaringen att sömn är ett 24-timmarsprojekt ofta tas emot väl i patientmötet. Kartläggning av sömnbesvär och levnadsvanor tycks hjälpa patienten att få insikt i sina vanor. Att möta patienten där den befinner sig och att hjälpa till att hitta motivation till förändringar är inte den lättaste uppgiften, men en av de viktigaste. Lika viktigt är att följa upp och stötta beteendeförändringar över tid.

Blanketten för fysisk aktivitet på recept har på baksidan plats för registrering av träningsminuter eller nya vanor. Det är en bra början på resan mot beteendeförändring.

Expertgrupp Psykiatri

Vineta Juhnevic

vineta.juhnevic@regionvastmanland.se

Referenser

- Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023 Dec;32(6):e14035.
- Zelabowski K, Pichowicz W, Skowron I, Szwach J, Biedka K, Wesotowski M, et al. The efficacy of melatonergic receptor agonists used in clinical practice in insomnia treatment: melatonin, tasimelteon, ramelteon, agomelatine, and selected herbs. *Molecules.* 2025 Sep 19;30(18):3814.
- Internetmedicin. ICD-10, G47 – Sömnstörningar. 2025.
- WHO. ICD-11, 07 Sleep-wake disorders. 2025.
- eFyss. Insomni.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Bilaga Kunskapsunderlag. 2021.
- Ulfberg J, red. Sömn och sömnstörningar. Nora: Circad Bok; 2010.

Länkar

- 1177. Sömnsvårigheter. 2023.
- Nationella vård- och insatsprogram. Kognitiv beteendeterapi vid insomni.
- Sömn dagbok, Psykiatriska kliniken i Umeå.
- Formuläret Insomnia Severity Index (ISI).
- Sov gott – En liten bok för sömnlösa och andra som vill sova bättre.
- Hälsocenter i Västmanland – stöd och vägledning inom bland annat sömn.
- Region Stockholm. Sömnproblem (insomni).
- KBT – individuellt eller via internet.
- Region Västmanland. Fysisk aktivitet på recept - FaR. Ledningssystemet (Centuri) dok nr 36315-6. 2023.

Take home messages

- "Sömn är ett 24-timmarsprojekt."
- Börja med icke-farmakologiska interventioner och KBT i första hand.



Andningsorganen

Astma/KOL

I tidigare behandlingsrekommendationer har individualiserad medicinering poängterats vad gäller spray eller pulver, men också att tänka på de negativa miljökonsekvenserna av drivgaser i sprayinhalatorer. Där så är möjligt ska pulverinhalator eller Respimat väljas i första hand. Det är intressant att en ny drivgas nu är på gång, som ska ha betydligt mindre miljöpåverkan. Det gäller inhalationssprayen Trixeo Aerosphere som förväntas lanseras i december 2025. Huruvida denna nya drivgas kommer att användas i andra sprayinhalatorer är i dagsläget oklart. Vi har valt att redan nu ändra prioritet på Trixeo Aerosphere till en 1:a, förstahandsval, och satt en 2:a på annan spray vid behandling mot KOL.

Glöm inte de biologiska läkemedlen

Vi har i tidigare nummer av Läkemedelsbulletinen lyft fram att behandling med biologiska läkemedel mot astma har inneburit ett stort framsteg för patienter med svårbehandlad astma. De som svarar mycket väl på denna behandling är patienter med typ 2-astma, vilka ofta har förhöjda värden på eosinofiler i blodet. Kom därför ihåg att ta prov på B-eosinofiler hos patienter med svår astma. Observera att om provet tas under behandling med kortisonpiller kan det maskera hypereosinofili. Remittera patienter med svår astma, särskilt de med hypereosinofili där behandling enligt Läkemedelsverkets behandlingsstrappa inte räcker, till Lungmottagningen för bedömning om biologiska läkemedel.

Inhalationsteknik, spacer med munstycke

Det mest kostnadseffektiva är att patienten inhalerar rätt. Felaktig inhalationsteknik hos astmapatienter leder till bristande astmakontroll, och hos patienter med KOL ökar risken för exacerbationer. Vi poängterar därför igen hur viktigt det är att kontrollera patientens inhalationsteknik vid varje besök. Det bästa är om patienterna kan ta med sina egna inhalatorer till besöket för att visa hur de inhalerar.

De patienter som har sprayinhalatorer rekommenderas att använda en spacer med munstycke för att få bästa möjliga effekt. Förskriv därför i första hand spacer med munstycke, eftersom de flesta patienter klarar av att inhalera utan

mask. Tänk på att det är olika varunummer för spacer med munstycke och spacer med mask.

Nya rekommendationer vid akut allergi

De nya rekommendationerna för handläggning av akut allergi, inklusive anafylaxi, kan sammanfattas enligt följande:

- Det viktigaste budskapet är att kortison inte längre rekommenderas som rutin vid behandlingen av akut allergi eller anafylaxi.
- Adrenalin är förstahandsval vid livshotande anafylaxi.
- Kortison ges bara till patienter med befintlig astma med astmasymtom i samband med anafylaxi, dvs steroider administreras inte som behandling av anafylaxi utan som behandling av astma.
- Det tar upp till två timmar innan steroider börjar verka och de kan ej förhindra bifasiska reaktioner.

Expertgrupp Andningsorganen

Gustav Broman

gustav.broman@regionvastmanland.se

Annika Ohlsson

annika.ohlsson@regionvastmanland.se

Haidar Al-Bazzaz

haidar.al-bazzaz@regionvastmanland.se

Referenser

- The European Medicines Agency (EMA). First reformulation of an inhaled medicine with environmentally friendly gas propellant. 2025.
- Svenska föreningen för allergologi (SFFA). Nationellt vårdprogram anafylaxi. 2024.
- SFFA. Anafylaxi i fickformat. 2024.

Take home message

Kontrollera inhalationstekniken vid varje besök.



Sammanfattande faktaruta

- Adrenalin är det viktigaste läkemedlet. Ges tidigt och intramuskulärt i låret
- Antihistamin ges när patienten är stabiliserad.
- Rutinmässig steroidbehandling vid akut anafylaxi rekommenderas inte.
- Optimalt behandlad astma minskar risken för utveckling av svår anafylaxi
- Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till livshotande blodtrycksfall
- Vid anafylaxi ska patienten observeras minst 4 timmar efter symtomfrihet
- Diagnosen anafylaxi ska sättas enbart då diagnostiska kriterier är uppfyllda.
- Den tidigare använda svårighetsgraderingen av anafylaxi har utgått då det ej underlättar diagnos eller styrker indikation för adrenalin.
- Anafylaxi ska utredas av allergolog eller allergikunnig läkare som också tar ställning till långsiktig förskrivning av adrenalinautoinjektor
- Den som förskriver adrenalinautoinjektor måste också se till att patienten (och anhörig) får information om handhavande
- Behandling med 3 dagars peroralt antihistamin rekommenderas efter anafylaxi



Äldre och läkemedel

Antikroppsterapier mot Alzheimers sjukdom

Det dyker upp en del frågor från patienter, anhöriga och kollegor inom vården gällande nya läkemedelsgrupper för behandling av Alzheimers sjukdom. Inom EU finns nu två godkända antikroppsmedierade behandlingar av tidig Alzheimers sjukdom: lekanemab (Leqembi®) och donanemab (Kisunla®). Båda är godkända med vissa villkor där patienter med viss riskprofil för biverkningar är exkluderade från godkännandet. Dessa läkemedel är intressanta då de potentiellt kan vara sjukdomsmodifierande, inte bara symptomlindrande som nuvarande använda läkemedelsgrupper (acetylkinesterashämmare och NMDA-receptorantagonister).

De nya läkemedlen minskar mängden amyloida plack i hjärnan, som ses vid Alzheimers sjukdom och tros vara en orsak till sjukdomen. Behandlingen har i studier visat statistiskt signifikant effekt men det är osäkert hur stor klinisk effekt som kan erhållas.

Om läkemedlet skulle börja användas i Sverige skulle troligen en stor förändring gällande strukturen för utredning, behandling och uppföljning av kognitiv sjukdom behöva ske. I utredningsskedet behöver bland annat metoder för att bekräfta alzheimergenes ingå, till exempel lumbalpunktion eller radiologi i form av amyloid-PET, men även genetisk testning för att utreda riskprofil och MR av hjärnan. Behandling, som ges som infusion var 14:e dag, skulle förmodligen kräva resurs i form av dagvårdsverksamhet, och uppföljning inkluderar förutom klinisk utvärdering upprepade MR-undersökningar.

NT-rådet, som ger rekommendationer gällande införande av nya läkemedel, har av TLV beställt hälsoekonomiska utvärderingar av de nya behandlingarna, där bedömningen av lekanemab är klar. Baserat på detta underlag kommer NT-rådet ta ställning till rekommendationer till regionerna. I väntan på dessa rekommenderas regionerna att avvakta med användning av lekanemab och donanemab.

Utvecklingen inom området bevakas, och än så länge råder Västmanlandsmodellen med basal minnesutredning i primärvården samt inom psykiatri för patienter som följs där, och remittering till Geriatriska mottagningen vid behov utifrån samverkansdokumentet.

Förändringar i basläkemedelslistan

Under avsnittet Demenssjukdom har symbolen för "rekommendation om fysisk aktivitet" lagts till för såväl Alzheimers sjukdom och blanddemens som BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens). Det finns goda belägg för att fysisk aktivitet vid Alzheimers sjukdom (men även vid andra kognitiva sjukdomar och hos befolkningen i stort) är gynnsamt. Personer med kognitiv sjukdom kan dock ha extra svårt att tillgodose sitt behov på egen hand.

Små justeringar har gjorts gällande riskläkemedel för äldre, där jämte SSRI också SNRI lagts till för att uppmärksamma risk för utsättningssymptom. Tillägg för att tänka på total farmakologisk börda gällande flera samtidiga behandlingar med preparat med risk för QTc-förlängning har gjorts.



Avhållsamhet från olämpliga läkemedel för äldre

Enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKRs) rapport *Kvalitet och kostnader i vården 2025* ligger Västmanland bättre än rikssnittet vad gäller andelen patienter 75 år och äldre i primärvården som förskrivits eller ordinerats läkemedel som bör undvikas av äldre, om inte särskilda skäl föreligger. Bra jobbat! Drygt 9 procent av gruppen i Västmanland får dessa läkemedel förskrivna eller ordinerade, vilket kan jämföras med Västernorrland och Gävleborg, som båda ligger under 4 procent. Förhoppningsvis kan vi bli ännu bättre här och göra kloka val vid läkemedelsgenomgångar och nyförskrivningar.

Expertgrupp Äldre och läkemedel

Alexander Selin

alexander.selin@regionvastmanland.se

Referenser

- van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, Chen C, Gee M, et al. Lecanemab in early Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2023 Jan 5;388(1):9–21.
- Samverkanläkemedel. Kisunla (donanemab).
- Samverkanläkemedel. Leqembi (lekanemab).
- SKR. Kvalitet och kostnader i vården 2025.

Take home message

Fysisk aktivitet – viktigt även vid Alzheimers sjukdom och BPSD.

Ögon

Basläkemedelslistan behålls oförändrad gällande ögonpreparaten.

Många patienter med torra ögon har tillfälliga eller lindriga besvär. Dessa kan hänvisas till egenvård med receptfria alternativ från apotek eller optiker. Tårsubstitut betraktas som egenvårdsmedel och skrivs inte på recept, förutom vid sjukdom som diagnostiserad keratokonjunktivitis sicca, torrhet sekundärt till vissa system- eller ögonsjukdomar, samt vid facialis pares med slutningsdefekt och risk för uttorkning av hornhinnan.

På apotek och hos optiker finns ett stort sortiment av tårsubstitut. Det finns inga bevisade skillnader i effekt mellan olika preparat, men rent subjektivt kan effekten variera. När behandling med tårsubstitut påbörjas är det viktigt att droppa frekvent, ofta är 6–8 gånger per dag nödvändigt. Vid otillräcklig effekt, byt till annat preparat.

Ögondroppar med konserveringsmedel innehåller vanligen bensalkonklorid. Detta har negativa effekter på hornhinnan och kan dessutom missfärga mjuka kontaktlinser. Preparat utan konserveringsmedel är att föredra vid frekvent droppning eller vid längre tids användning.

Det förekommer fortsatt restsituationer, främst för Oculentum simplex ögonsalva och det finns inget direkt utbytbar alternativ för receptförskrivning. Som alternativ finns Hylo Night ögonsalva (tidigare VitaPOS), som innehåller vitamin A, ullfett och vitt vaselin, samt EYZ Night ögonsalva med vitamin A och paraffin. Båda säljs på apotek och hos vissa optiker som medicintekniska produkter.



Expertgrupp Ögon

Hin Yan Tang

hin.yan.tang@regionvastmanland.se

Take home message

Tårsubstitut – helst konserveringsfritt och med frekvent droppning vid ögontorrhet.

Rekommendation för läkemedel som även kan köpas receptfritt

Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer har gemensamt tagit fram en rekommendation för gränsdragningen mellan förskrivning av receptfria läkemedel och egenvård. Rekommendationen har förankrats i Läkemedelskommittén i Västmanland.

Rekommendation

Receptfria läkemedel rekommenderas vid två typer av tillstånd:

1. Kortare sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär, där den totala användningen inte förväntas överstiga 90 dagar sammanlagt under ett år, förutsatt att patienten är trygg med orsaken till besvären. Om orsaken till besvären är oklar behövs i regel bedömning innan hänvisning till receptfri behandling är aktuell. Exempel på tillstånd av egenvårdskaraktär är pollenallergi, övergående smärttillstånd, dyspepsi och förstoppning.

- *Undantag* kan vara planerad behandling, till exempel smärtlindring efter ett ingrepp, eller i de fall det är extra viktigt att säkerställa behandling.

2. Långvariga tillstånd som inte beror på sjukdom, till exempel torrhet i hud, ögon och slemhinnor hos äldre, utan konstaterad sjukdom (såsom eksem, psoriasis, iktyos eller Sjögrens syndrom). Detsamma gäller kosttillskott/vitaminer utan konstaterat bristtillstånd och uppföljning.

- *Undantag* kan vara om tillståndet orsakats av sjukvården, till exempel genom ett kirurgiskt ingrepp eller genom biverkan av ordinerat läkemedel.

För ovanstående tillstånd ska alltså recept i regel *inte* utfärdas, utan patienten hänvisas till receptfria alternativ. Det gäller även patienter med frikort, barn och asylsökande. Det inkluderar även patienter med övertaget läkemedelsansvar, såsom hemsjukvård eller särskilt boende, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) mål om vård på lika villkor. Oavsett om förskrivning till dessa patienter sker via journalsystemet eller i Pascal (dosdispenserade läkemedel), kan till exempel omsorgsjournal användas för att dokumentera receptfria läkemedel.

Länk

- [Rekommendation samt bakgrund. Samverkanlakemedel.se](#)

Redaktionskommitté: Elisabet Andersson, Inge Eriksson, Desirée Loikas, Lena Ottosson Bixo

Redaktör: Elisabet Andersson, Västmanlands sjukhus, Västerås

Telefon: 021-17 47 12

E-post: lakemedelskommitten@regionvastmanland.se