

På gång inom läkemedelsområdet



I detta nummer av Läkemedelsbulletinen finns flera artiklar som belyser vad som är på gång inom läkemedelsområdet. En aktuell utmaning är hur vi kan upprätthålla en jämlik tillgång till effektiva läkemedel till en kostnad som samhället kan bära. Regeringen har nyligen gett en särskild utredare i uppdrag att analysera och lämna förslag på hur statens ansvar för

läkemedel och vaccin kan utökas, stärkas och organiseras. Syftet är att skapa ett mer enhetligt, transparent och effektivt system som säkerställer patienters tillgång till kostnadseffektiva och medicinskt motiverade behandlingar med god kostnadskontroll. Utredningen ska bland annat analysera och föreslå tydliga incitament för att alla relevanta aktörer ska ta ansvar för kostnadsutveckling och effektivitet av läkemedel och vaccin samt utreda hur en statligt kontrollerad subventionsrätt kan begränsas samtidigt som fri förskrivningsrätt bibehålls.

Utredningen om läkemedelsförskrivning har nyligen överlämnat sitt slutbetänkande "Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning". Utredaren föreslår nya åtgärder för att skärpa kontrollen av läkemedelsförskrivning och minska risken för att offentliga medel utnyttjas av kriminella och oseriösa aktörer. Läs gärna artikeln som beskriver några av de konkreta förslagen.

Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar sedan många år för att främja en ansvarsfull användning av antibiotika och en minskad resistensutveckling. I artikeln om urinvägsinfektioner belyser Strama Västmanland viktiga nyheter inom området och påminner om flera gamla sanningar kring utredning och behandling.

Inom området för direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) pågår ett skifte där patentutgångar öppnar upp för generiska, mer kostnadseffektiva alternativ. Artikeln om DOAK belyser detta. Patentutgångar kan frigöra ekonomiskt utrymme för nya innovativa läkemedel samtidigt som patienter får tillgång till likvärdiga mediciner till lägre kostnad.

Artikeln "Fråga apotekaren" fokuserar på en intressant frågeställning. Har du en komplex läkemedelsfråga får du i artikeln även tips om vart du kan vända dig. Kliniska apotekare har ett nära samarbete med Läkemedelskommittén och har en viktig roll som experter och stöd till hälso- och sjukvården i olika läkemedelsrelaterade frågor.

Aktiva substanser i läkemedel kan påverka miljön negativt. Ta gärna del av artikeln som belyser hur du som förskrivare genom medvetna val vid förskrivning kan göra påtaglig skillnad utan att försämra patientnyttan. Att värna om miljön kan kännas extra angeläget inför sommaren då många vill njuta av naturens grönska, friluftsliv och fysisk aktivitet men också av stillsamma stunder i naturen som kan ge avkoppling, rekreation och återhämtning.

Till sist vill jag passa på att rikta ett stort varmt tack till alla som bidragit med artiklar till Läkemedelsbulletinen!

Glad sommar och trevlig semester!

LENA OTTOSSON BIXO

Ordförande Läkemedelskommittén i Västmanland
lena.bixo@regionvastmanland.se

Nytt och gammalt inom urinvägsinfektioner

Urinvägsinfektion är en av våra vanligaste infektioner i både öppen- och slutenvård. Under 2025 har patienter i Västmanland hämtat ut omkring 10 500 recept på pivmecillinam och cirka 6 600 recept på nitrofurantoin. Båda substanserna är bland topp 4 av våra mest förskrivna antibiotika i regionen. Nästan 26 000 urinodlingar togs under 2025, varav hälften var beställda i primärvården.

Under våren 2026 publicerar infektionsläkarföreningen ett nytt vårdprogram om urinvägsinfektioner och STRAMA Nationell-appen och läkemedelsmallarna i Cosmic kommer att uppdateras utifrån detta. Därför vill vi i STRAMA Västmanland sätta fokus på några nyheter i vårdprogrammet och påminna om flera gamla sanningar kring utredning och behandling av urinvägsinfektioner.

Urinodling och asymtomatisk bakteriuri

Asymtomatisk bakteriuri (ABU) är vanligare hos kvinnor än hos män i alla åldrar. Hos kvinnor finns dessutom ökad risk för övergående bakteriuri eller kontamination av provet om man förlitar sig på en urinodling, vilket ju är praxis. Postmenopausalt ökar prevalensen av ABU till 3–10 %. Bland kvinnor och män på äldreboenden kan prevalensen uppgå till 50 %, och vid långtidskateterisering har i princip alla patienter bakterier i urinen efter några veckor. Det positiva prediktiva värdet av fynd i urinodling för en äldre patient med diffusa symtom och riskfaktorer för ABU är därför lågt.

Konfusion, oro och trötthet eller grumlig och illaluktande urin är inte tecken på infektion och utgör således inte indikation för urinodling och behandling, om inte andra lokala UVI-symtom eller feber och flanksmärtor föreligger.

ABU i sig är inte farligt och korrelerar inte till sämre utfall i form av nedsatt njurfunktion eller ökad mortalitet. Behandlingsindikation föreligger egentligen bara under graviditet samt inför vissa urologiska ingrepp.

Kateterbyte vid urinodling och infektion

Kateterisering av urinblåsan underlättar för bakterier att kolonisera de nedre urinvägarna. En biofilm bildas snabbt på katetern och inom ett par veckor har i princip alla kateterbärare bakterieväxt i urinen, vilket innebär att urinodling och urinsticka regelmässigt blir positiva. Vid långtidskateterisering etableras ofta en polymikrobiell och ständigt skiftande flora med flera opportunistiska bakterier samt jästsvamp. Antibiotikabehandling leder i regel till att känsliga bakterier ersätts med resistenta.

När urinodling tas från en befintlig kateter påvisas i stor utsträckning dessa koloniserande bakterier, snarare än de bakterier i urinvägarna som faktiskt orsakar infektion. Ofta innehåller svaret flera olika bakterier som kan vara svårbehandlade. Detta leder till felaktigt ställd UVI-diagnos, onödigt eller felaktigt antibiotikabehandling och ibland inneliggande sjukhusvård. Data från 2025 indikerar att minst var tredje kateterodling i regionen är tagen från kateter som suttit i över en vecka.

Genom att byta katetern innan urinodling minskar risken betydligt för icke representativa odlingar, vilket möjliggör en mer tillförlitlig identifiering av bakterierna i blåsan. Urinsticka tillför ingenting i bedömningen.

Positiva urinodlingar, även de som tagits efter kateterbyte, måste alltid tolkas med försiktighet. Sveda, trängningar och läckage kan bero på kateterns mekaniska påverkan. Feber hos kateterbärare har ofta annan orsak än urinvägsinfektion. Febril UVI uppstår främst i samband med kateterbyte, trauma eller avflödes hinder. Om katetern byts i samband med odling behöver den inte bytas under behandlingen.

Peroral behandlingalternativ vid febril UVI

Ciprofloxacin och trimetoprim-sulfametoxazol (trimsulfa) är båda väl beprövade preparat vid behandling av febril UVI,

även vid samtidig bakteriemi. Den höga biotillgängligheten gör att effekten blir likvärdig med intravenös behandling hos stabila patienter med febril UVI.

Trimsulfa har ekologiska fördelar framför ciprofloxacin, med lägre påverkan på patientens normalflora och minskad risk för Clostridioides difficile-enterit. Därför är trimsulfa ett bra alternativ vid behandling av febril UVI efter resistensbesked, men ska generellt inte användas empiriskt då resistensen hos E.coli överskrider 20 %.

Två andrahandspreparat är de peroral cefalosporinerna ceftibuten och cefixim. De blandas lätt ihop, men är inte helt utbytbara. Båda har indikationen febril UVI, men ceftibuten har bättre studerad effekt, mer gynnsam farmakokinetik vid febril UVI och dessutom effekt på en del ESBL-producerande bakterier. Individuell resistensbestämning för respektive preparat behövs.

Både ceftibuten och cefixim har, på grund av brist på godkända alternativ, funnits som licenspreparat (Wincef respektive Suprax) med särskilt tillstånd från Läkemiddelsverket att expediera recept på apotek. Sedan årsskiftet finns dock cefixim godkänt i Sverige, både som granulät till oral suspension för viktbaserad barndosering och som kapsel för vuxna. Detta innebär, i skrivande stund, att Läkemiddelsverket har dragit in det särskilda tillståndet för licensförskrivning av ceftibuten på recept. I de fall man ändå vill behandla med ceftibuten, till exempel på grund av resistens eller graviditet, måste patienten hämta ut licenspreparatet Wincef direkt på den klinik som ordinerar läkemedlet.

Ny behandlingstid vid febril UVI hos män

Historiskt har män betraktats som komplicerade fall av UVI och man har rutinmässigt rekommenderat 14 dagars behandling vid febril UVI. Längre tillbaka användes också bredspektrumpreparat med systemisk exponering, såsom ciprofloxacin, även vid nedre urinvägsinfektioner. Sedan flera år tillbaka rekommenderas "cystitpreparat" som nitrofurantoin och pivmecillinam även till män, men med 7 dagars behandling.

Nytt i 2026 års svenska vårdprogram är att behandlingstiden för febril UVI hos män kortas till samma som för kvinnor, det vill säga 7 dagar vid behandling med ciprofloxacin, trimsulfa eller intravenös betalaktamantibiotika. Vid behandling med peroral betalaktamer rekommenderas 10 dagars behandling. Rutinmässig kontrollodling efter avslutad behandling rekommenderas inte. Behandlingstiderna för epididymit och prostatit förkortas inte.

Den längre behandlingstiden på 14 dagar vid febril UVI har bland annat baserats på lägre mikrobiologisk utläkning (negativ kontrollodling) i studier där 7 och 14 dagars behandlingstid jämförts. Den kliniska utläkningen (symtomfrihet) har dock varit god även vid 7 dagars behandling med kinolonantibiotika.

Profylaxbehandling vid recidiverande UVI

Recidiverande UVI definieras som två urinvägsinfektioner inom ett halvår eller tre urinvägsinfektioner inom ett år. Recidiverande infektioner bör om möjligt verifieras med urinodling. Vid bekräftat recidiverande UVI kan man överväga profylaxbehandling med antibiotika eller att patienten har "recept i reserv" samt möjlighet att snabbt lämna urinodling.

Som kontinuerlig antibiotikaprofylax rekommenderas liksom tidigare nitrofurantoin 50 mg eller trimetoprim 100 mg, en tablett per dag. Vid överkänslighet eller resistens kan andra alternativ vara aktuella, men pivmecillinam rekommenderas inte kontinuerligt på grund av risk för karnitinbrist vid långvarig användning.

Det vetenskapliga stödet för metenamin-hippurat har förbättrats sedan föregående vårdprogram. Nya studier har visat att metenamin-profylax är signifikant bättre än placebo och inte sämre än kontinuerlig antibiotikaprofylax för att förhindra recidiverande urinvägsinfektioner hos kvinnor med normala urinvägar. Metenamin-hippurat betraktas därför som ett profylaxalternativ till antibiotika och kan ges till både män och kvinnor, men rekommenderas inte till patienter med kronisk kateter. En fördel med metenaminbaserad profylax är att den inte orsakar antibiotikaresistens.

Metenamin-hippurat ges i dosen 1 g x 2 och bör inte användas vid nedsatt njurfunktion (GFR <60).

Utöver antimikrobiell profylax finns flera andra viktiga utredningar och förebyggande åtgärder som beskrivs närmare i vårdprogrammet.

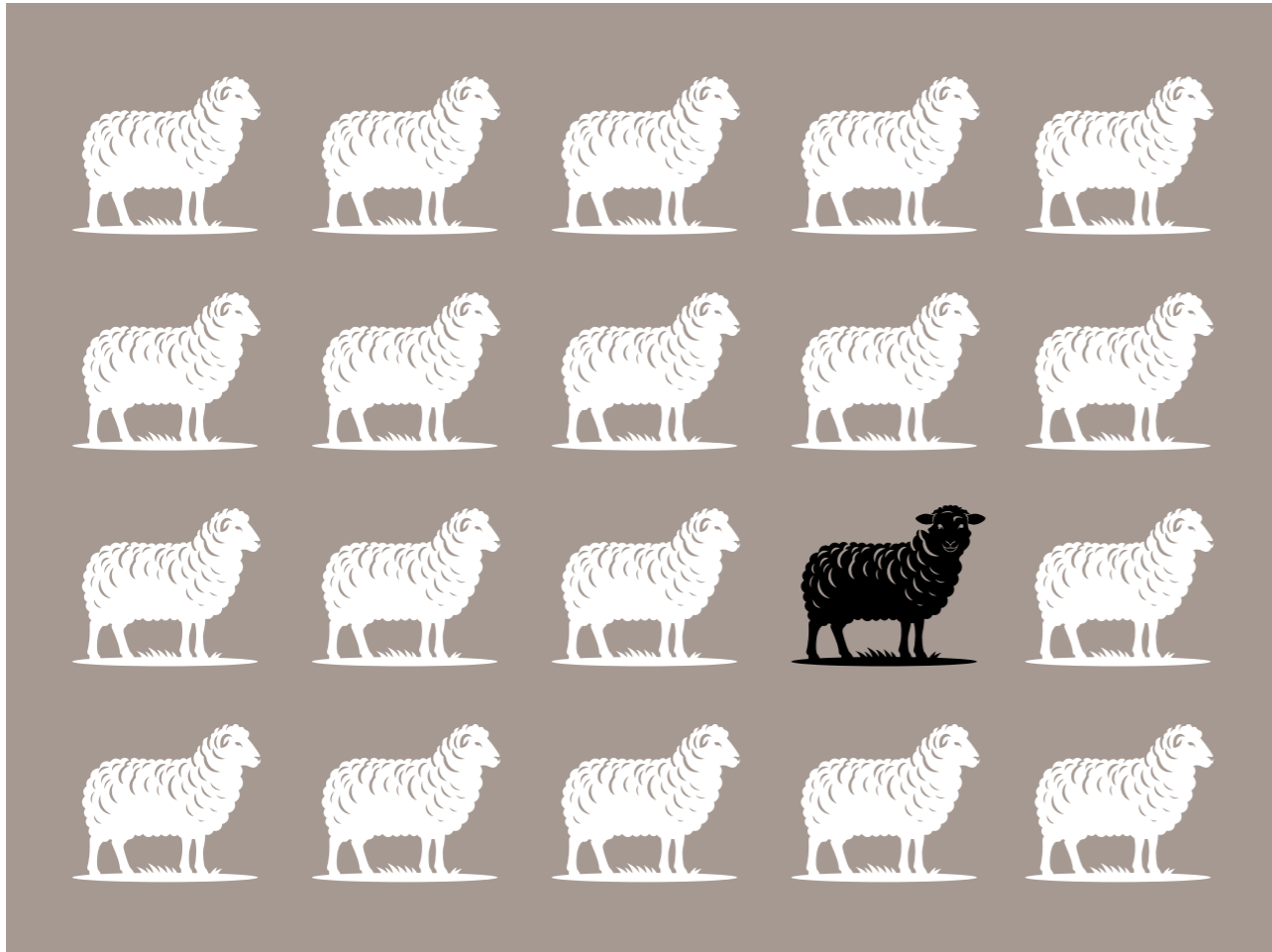
Fakta

- Risken för asymtomatisk bakteriuri ökar med åldern - odla endast vid stark infektionsmisstanke.
- Förvirring, trötthet, samt grumlig eller illaluktande urin är inte indikationer för urinodling.
- Byt KAD som har suttit längre än 7 dagar innan urinodling.
- Om KAD byts inför odling behöver den inte bytas igen under antibiotikabehandlingen.
- Ny behandlingstid för män med febril UVI: 7 dagar
- Metenamin-hippurat skyddar mot recidiverande UVI (ej vid KAD)

Gabriel Heyman

Expertgrupp Infektion/Strama
gabriel.heyman@regionvastmanland.se

Elisabeth Freyhult, Freya Brodersen, Karin Nordfors, Rebecka Widerström



Utredningen om läkemedelsförskrivning

Regeringen tillsatte i september 2024 utredningen om läkemedelsförskrivning med syftet att motverka felaktiga läkemedelsförskrivningar och förhindra att offentliga medel går till kriminella och oseriösa aktörer. I *Läkemedelsbulletinen* 3/2025¹ beskrivs utredningens uppdrag och inledande arbete. Slutbetänkandet lämnades till regeringen i mars 2026 under rubrik "Stärkt tillsyn och uppföljning - förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning" (SOU 2026:19)². Här följer en kort resumé av dess slutsatser och förslag.

Oegentlig förskrivning ökar i omfattning och inbegriper idag hundratals miljoner kronor per år. Som exempel nämns diabetesläkemedel som förskrivs för viktminskning inom

förmån samt läkemedel förskrivna för skönhetsvård inom förmån. Förutom kostnaderna för samhället rubbar detta allmänhetens förtroende för vården och kan dessutom innebära patientsäkerhetsrisker.

En grundläggande slutsats av utredningen är att den fria förskrivningsrätten bör kvarstå, dvs. att inte undanta vissa grupper av läkare från förskrivningsrätten. Det är bättre att underlätta myndigheters och regioners tillsyn och uppföljning genom att ge dem tillgång till fler uppgifter om förskrivningar samt förbättra samverkan dem emellan, än att rikta åtgärder mot hela grupper.

Några av de konkreta förslagen

IVO får tillgång till uppgifter om alla läkemedel som förskrivs (får idag endast information om vissa läkemedel, såsom narkotika).

IVO skall interimistiskt kunna återkalla legitimation och begränsa förskrivningsrätten. Återkallande av legitimation sköts idag av HSAN, ofta med lång handläggningstid. Förskrivningsrätten skall kunna dras in för samtliga typer av läkemedel, inte endast för narkotiska och särskilda läkemedel som idag.

TLV får tillgång till fler uppgifter för att förbättra tillsynen av apoteken samt efterlevnaden av extemporeföreskrifter och subventionsbeslut.

Regionerna får tillgång till ytterligare uppgifter i syfte att komplettera de statliga myndigheternas tillsyn. Man skall därmed lättare kunna identifiera misstänkt oegentlig förskrivning samt granska apotekens ersättningsanspråk. Uppgifter blir tillgängliga ner till enskild förskrivarnivå, både för offentliga och privata förskrivare inom regionens geografiska område.

Begreppet arbetsplatskod ersätts av förmånskod, eftersom arbetsplatskoden inte alltid är knuten till en fysisk arbetsplats utan till förmånssystemet. Regionen skall ge förmånskod till en fysisk förskrivare bosatt inom regionen samt till vårdgivare med verksamhet inom regionen. Regionen kan endast dra tillbaka förmånskod om de formella förutsättningarna för att inneha förmånskod inte föreligger.

En förskrivare skall i fortsättningen endast kunna använda en förmånskod som är kopplad till förskrivaren. Hittills har exempelvis läkare som tidigare varit anställda vid en mottagning kunnat fortsätta använda arbetsplatskoden från sin tidigare arbetsplats – eller helt andra koder. Detta har öppnat för kriminell verksamhet, men i fortsättningen skall varje verksamhet besluta vilka förskrivare som får använda deras förmånskod, och när anställningen upphör tas den möjligheten bort. Det blir alltså inte längre möjligt att använda koden från en mottagning där man inte är anställd.

Fritidsförskrivare kan – beroende på regionens beslut – använda förmånskoden från sin ordinarie arbetsplats eller en personlig förmånskod. Regionerna gör olika och utredningen har inte bedömt det nödvändigt att införa ett nationellt gemensamt system för om fritidsförskrivare skall ha en personlig kod eller ej.

Att skilja förskrivningsrätten från förmånsrätten har diskuterats, men läkemedelsförmånerna utgår från patienten och inte från läkaren. Därmed är det inte möjligt att exkludera grupper av läkare från förmånsreglerna – det är inte patientens ansvar att hitta en läkare som har rätt att förskriva inom förmånen, utan patienten måste kunna känna sig trygg med att ett förskrivet läkemedel omfattas av förmånen om förmån är beviljad.

Läkemedelsverket, IVO och TLV uppdras att etablera former för samverkan med regionerna. Regionerna är nära "verkligheten" och kan förse myndigheterna med information, men det är myndigheterna som beivrar oegentlighet och kriminalitet.

Läkemedelskommittéerna har diskuterats särskilt. Att ge kommittéerna ett formellt uppdrag gällande oegentlig förskrivning skulle fordra att lagen om läkemedelskommittéer omformuleras, något man inte vill göra. Däremot betraktas kommittéerna, genom sin expertis och lokalkännedom, som värdefulla i regionernas arbete mot oegentlig förskrivning.

Utredningen konkluderar att bättre tillsyn och uppföljning kan leda till större förtroende för läkemedelssystemet, lägre kostnader för läkemedelsförmånen och ökad patientsäkerhet. Det som nämns här är än så länge bara utredningens förslag. För full effekt fordras att regeringen tar fasta på förslagen och fattar beslut samt att myndigheter och regioner utvecklar sina arbetssätt utifrån nya förutsättningar.



Inge Eriksson

Ledamot av utredningens expertgrupp
inge.eriksson@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

1. Läkemedelsbulletinen nr 3 2025
2. SOU:2026:19



Obesitas

– utmaningar inom området

Obesitas är ett komplext tillstånd som inte kan förebyggas eller behandlas av en enskild aktör. För att åstadkomma verklig och varaktig förändring krävs samverkan mellan myndigheter, regioner och andra aktörer. Mot denna bakgrund har regionernas nationella system för kunskapsstyrning

och sex myndigheter (Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, TLV, SBU och eHälsomyndigheten) som ingår i partnerskapet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård inlett ett gemensamt arbete med fokus på obesitas.

Arbetet fokuserar på tre huvudområden:

- Prevention, samordnas av Folkhälsomyndigheten
- Behandling, samordnas av Läkemedelsverket
- Datatillgång och uppföljning/analys, samordnas av Socialstyrelsen

NAG LOK (nationell arbetsgrupp för läkemedel/nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer) är representerad i arbetsgrupperna. Det övergripande syftet för arbetet är att genom samverkan inom partnerskapet för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård skapa samsyn och samordnade insatser för att förebygga, behandla och följa upp obesitas på ett sätt som ger största möjliga nytta för både individ och samhälle.

Wegovy – ej förmån

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutade den 19 februari 2026 att Wegovy (semaglutid) för behandling av obesitas inte ska ingå i högkostnadsskyddet. Företaget hade ansökt om subvention med förmånsbegränsning för: vuxna patienter med ett BMI på minst 35 kg/m² och minst tre viktrelaterade samsjukligheter eller ett BMI på minst 40 kg/m² och minst två viktrelaterade samsjukligheter, samt ungdomar 12–18 år med BMI \geq 35 kg/m².

Det totala antalet patienter i Sverige som omfattas av Wegovys användningsområde är mycket stort, cirka 1,6 miljoner individer. Eftersom den totala patientgruppen är mycket större än den grupp som skulle omfattas av förmånsbegränsningen bedömde TLV att risken för så kallad subventionsglidning är hög, det vill säga att läkemedlet kan komma att användas av fler patienter än avsett. När kostnaden för läkemedlet är hög kan en sådan utveckling få betydande ekonomiska konsekvenser, särskilt om det används i patientgrupper med mindre behov, vilket riskerar att tränga undan annan mer angelägen hälso- och sjukvård.

Regionerna har deltagit i trepartsöverläggningar i samband med TLV:s utredning av förmånsansökan. I förhandlingen fokuserade förhandlingsgruppen på att få acceptans för en avtalskonstruktion som var avsedd att minska risken för

okontrollerbara kostnader om läkemedlet skulle användas utanför den subventionsbegränsning som det var rimligt att anta att TLV skulle kunna fatta beslut om. Varken TLV eller regionerna kan idag hindra att förskrivare skriver ut ett läkemedel inom högkostnadsskyddet till patienter som inte har rätt till förmån enligt TLV:s beslut. Det går alltså i dagsläget inte att styra användningen till de patienter som har det största behovet. Inte heller apoteken har möjlighet att kontrollera om ett recept till en enskild patient överensstämmer med de förmånsbegränsningar TLV beslutar om.

Regionerna ville inom ramen för trepartsöverläggningen bidra till att göra Wegovy tillgängligt inom läkemedelsförmånerna, men endast under förutsättning att det innebar en kostnad som skulle vara kontrollerbar. Regionerna och läkemedelsföretaget har lagt ned ett omfattande arbete på att försöka hitta en lösning med målet att de mest behövande patienterna skulle kunna få läkemedlet subventionerat och samtidigt säkerställa rimliga kostnader för samhället. Det gick dock inte att nå fram till en överenskommelse som båda parter kunde acceptera.

Det är olyckligt att det är bristande förutsättningar för kontroll och uppföljning av användningen av ett läkemedel som bidrar till att förhindra att läkemedel mot obesitas kan bli tillgängliga inom högkostnadsskyddet. Det är inte jämlik vård eller hållbart att effektiva behandlingar i praktiken reserveras för de patienter som har råd att själva betala för läkemedlet. Förmånssystemet är i behov av reformering för att de patienter som har störst behov ska kunna få tillgång till behandling.

Lena Ottosson Bixo

Ordförande Läkemedelskommittén i Västmanland
lena.bixo@regionvastmanland.se

Länkar

- [Kunskapsstyrningen. Gemensamma insatser för att stärka obesitasvården.](#)
- [TLV. Beslut att Wegovy inte ska ingå i högkostnadsskyddet.](#)



DOAK och patentutgångar

Som många känner till har vi fyra direktverkande orala anti-coagulantia (DOAK) på marknaden: dabigatran, rivaroxaban, apixaban och edoxaban. Alla preparaten är väl beprövade och säkra att använda, och alla har kostat cirka 1700–2000 kronor för tre månaders behandling.

Dabigatran (Pradaxa) kom 2011 och förlorade sitt patent 2023. Med viss fördröjning har det därefter kommit generika från ett tiotal företag. Under hösten 2025 har priset sjunkit, och för närvarande kan man hitta förpackningar för drygt 300 kronor för tre månaders behandling. Dabigatran tas två gånger per dag, kan dosdispenseras och det finns en specifik antidot mot behandlingen. Preparatet ska inte användas vid eGFR <30 ml/min. Vid DVT och lungemboli ska patienten behandlas med lågmolekylärt heparin i fem dagar innan man börjar med dabigatran, vilket är opraktiskt. Detta behövs inte vid behandling med apixaban eller rivaroxaban.

Rivaroxaban (Xarelto) kom något senare och har även det tappat sitt patent. Under 2024 gjordes försök att lansera generika, men dessa stoppades efter ett överklagande från originaltillverkaren Bayer. Nu har generika dock släppts på nytt, och även här finns ett tiotal generiska alternativ. Priset har verkligen rasat. I skrivande stund (april 2026) kostar tre månaders behandling, det vill säga cirka 100 tabletter, knappt 100 kronor. Det är en enorm skillnad mot originalpreparatets kostnad kring 2 000 kronor. Rivaroxaban tas en gång per dag och ska intas tillsammans med mat för god biotillgänglighet.

Apixaban (Eliquis) har sannolikt patent kvar till slutet av 2026. Det är det mest använda preparatet i regionen, med god evidens och bra säkerhetsprofil vad gäller blödningsrisker

och njurfunktion (kan användas ner till GFR 15 ml/min). Kostnaden ligger på cirka 1 800 kronor för tre månaders behandling.

Edoxaban (Lixiana) finns också i arsenalen. Det kom sist ut på marknaden och har nischat sig för äldre med sänkt njurfunktion och för att det har få interaktioner med andra läkemedel. Det kommer dock rimligen att tappa sitt patent först om ett par år och jag bedömer att preparatet inte har några större fördelar jämfört med de andra, vilket gör att det är satt som ett andrahandsval vid nyförskrivning.

Både apixaban och rivaroxaban är förstahandsval i basläkemedelslistan vid VTE, och de tre preparaten dabigatran, rivaroxaban och apixaban är förstahandsval vid förebyggande behandling mot embolisk stroke vid förmaksflimmer.

Många läkemedelskommittéer har börjat justera sina rekommendationer utifrån patentutgångarna. Våra expertgrupper rekommenderar att väga in prisbilden, i synnerhet vid nyförskrivning, men också till patienter med stående behandling som önskar byta till ett billigare preparat.

Charlotta Hammar

Sammanställande för Expertgrupp hjärta, njure och kärl i samråd med Expertgrupp blodsjukdomar
charlotta.hammar@regionvastmanland.se

Substans	Normaldos	Kostnad/dag	Kostnad/år
Dabigatran (Pradaxa/generika)	150 mg x2	3,46	1 263
Rivaroxaban (Xarelto/generika)	20 mg x1	0,70	256
Apixaban (Eliquis)	5 mg x2	20,20	7 374
Edoxaban (Lixiana)	60 mg x1	20,83	7 603

Priser från Periodens vara april (2026-03-30) och TLV:s prisdatabas (2026-03-30), baserat på förpackning närmast 3 månaders förbrukning. Observera att andra priser gäller för dosdispenserade läkemedel.



Samverkansöverenskommelse mellan SKR och industrin

Sedan många år tillbaka finns en överenskommelse mellan SKR, läkemedelsindustrin och den medicintekniska industrin om hur samverkan mellan industri och hälso- och sjukvård ska ske. Den innehåller bland annat regler för information, fortbildning, konsultationer och utvecklingsprojekt.

Överenskommelsen bygger sedan tidigare på några grundprinciper:

- **Förtroendepripcipen:** Förtroendefullt samarbete mellan vård och företag, såväl parterna emellan som när det gäller allmänhetens förtroende för sjukvårdens oberoende.
- **Nyttoprincipen:** Samarbete ska utgå från vårdens perspektiv och patientens behov och koppla till ett företags verksamhet, med ömsesidigt nyttoperspektiv.
- **Transparensprincipen:** Transparens ska gälla för allt samarbete, inklusive redovisning av värdeöverföringar från företag till vård och vårdanställda.
- **Proportionalitetsprincipen:** Ersättningar ska stå i proportion till uppdragets omfattning, och respektive part ska bidra i proportion till sina omkostnader.
- **Måttfullhetsprincipen:** Måttfullhet ska råda och ersättningar får inte påverka mottagaren.
- **Dokumentationsprincipen:** All samverkan ska dokumenteras skriftligt.

I grundreglerna ingår att vårdanställda inte får ta emot ersättningar utöver vad reglerna medger. Måttfulla måltider kan erbjudas i samband med informationsaktiviteter, dock inte vid distansdeltagande. Sociala aktiviteter får inte finansieras av industrin. Industrin får inte finansiera resa eller uppehälle vid utbildningsaktiviteter eller kongress, men kan däremot bekosta föreläsare.

Uppdaterad överenskommelse

En uppdaterad överenskommelse gäller från den 1 februari 2026. Det mesta är som tidigare men några punkter är nya:

- Företag får sponsra aktiviteter även om de inte har godkända produkter eller forskning inom ett visst område av sjukvården, däremot inte aktiviteter som inte kopplar till sjukvård. Det ska finnas en naturlig koppling till företagets verksamhet (hälso- och sjukvård och omsorg) för att företaget ska kunna sponsra en aktivitet. Det är exempelvis inte tillåtet för industrin att sponsra en ledarskapsutbildning eller en datakurs i exempelvis Excel eller Word för vårdpersonal.
- Konsulttjänster ska normalt utföras inom ramen för anställningen. I annat fall blir de bisysslor. Avtal behöver inte längre signeras av verksamhetschefen, men bisysslor ska numera anmälas till verksamhetschefen, så resultatet blir detsamma.
- All samverkan ska vara transparent. Värdeöverföringar ska registreras i företagets gemensamma databas. Företag bör i fortsättningen inte anlita konsulter som inte accepterar denna transparens.
- Patientstödsprogram ska erbjudas patient via sjukvården, inte direkt från företag.

På SKR:s hemsida hittas den nya överenskommelsen och även ett frågor- och svar-dokument som kan rätta ut eventuella frågetecken.

Länkar

- SKR. Samverkansregler för vård och industri.

Läkemedel i miljön

– och hur du som förskrivare kan göra skillnad

Läkemedelsrester i miljön är ett växande problem. Genom små, medvetna val i vardagen kan du som förskrivare göra påtaglig skillnad – utan att kompromissa med patientsäkerheten.

Från behandling till miljöbelastning

Läkemedel är en central del av dagens sjukvård, men användningen har en tydlig baksida. Många substanser passerar kroppen i oförändrad eller delvis omvandlad form och når därefter avloppssystemet. Reningsverkens förmåga att avlägsna läkemedel varierar kraftigt. Paracetamol och ibuprofen avlägsnas i princip helt, medan endast omkring 20 procent av diklofenak renas bort. En stor andel läkemedel passerar reningsverken oförändrade.

Läkemedelsrester når våra sjöar, vattendrag och kustmiljöer, där vissa substanser kan påverka ekosystemen negativt. Vattenlevande organismer är särskilt känsliga.

Läkemedelsrester i vattenmiljön – ett ökande ekologiskt tryck

Läkemedelsrester påträffas idag i vattenmiljöer över hela världen. I europeiska vatten har ett brett spektrum av substanser identifierats, där antibiotika, smärtstillande/antiinflammatoriska läkemedel och psykofarmaka är de vanligast förekommande grupperna. I många svenska och europeiska sjöar och vattendrag överskrider miljöbaserade gränsvärden för flera läkemedelssubstanser, vilket tydligt visar på ett ökande ekologiskt tryck.

Läkemedelsrester har även påvisats i dricksvatten. Halterna är mycket låga och bedöms inte utgöra någon akut risk för människors hälsa. Däremot ses fynden som en viktig varnings-signal, eftersom långtidseffekter av livslång lågdosexponering

och blandningseffekter fortfarande är otillräckligt studerade. Flera forskargrupper betonar därför behovet av fortsatt övervakning och riskbedömning.

Diklofenak – smärtstillaren som gör ont för naturen

Diklofenak är ett av de mest problematiska läkemedlen ur miljösynpunkt. Substansen är mycket giftig för vattenlevande organismer, svår att rena bort i reningsverk och bryts ned långsamt i miljön. Den kan därför ansamlas i vattenmiljöer och orsaka långvariga ekologiska effekter.

Trots att diklofenak tagits bort från läkemedelskommittéernas rekommendationslistor och förskrivningen i sjukvården minskat markant, ligger den totala användningen kvar på en hög nivå. Under 2024 såldes drygt 2 000 kg diklofenak i Sverige, varav två tredjedelar utgjordes av receptfria geler och sprayer.

Ett stort problem med både gel och spray är att mindre än en tiondel av applicerat diklofenak tas upp av kroppen. Resten sköljs av vid dusch eller bad och hamnar i avloppsvattnet. Den höga receptfria användningen drivs till stor del av aktiv marknadsföring.

Apoteken ska informera om diklofenaks miljöpåverkan genom hyllskyltar och rådgivning. Som förskrivare kan du också upplysa patienter om riskerna och föreslå mer hållbara behandlingsalternativ.

Inhalatorer och klimatpåverkan

Många sprayinhalatorer innehåller hydrofluorkarboner (HFC), som är potenta växthusgaser. Klimatavtrycket från en sprayinhalator är omkring 20 gånger högre än från en pulverinhalator.

I de flesta fall är pulver- och sprayinhalatorer medicinskt likvärdiga, förutsatt korrekt inhalationsteknik. Av miljöskäl bör pulverinhalatorer därför väljas när det är möjligt. Undantagen är Respimat- och Aerosphere-inhalatorer, som har betydligt lägre klimatpåverkan än traditionella sprayinhalatorer.

Här finns ett konkret område där du som förskrivare kan minska världens klimatavtryck, utan att kompromissa med god och säker behandling.

Så kan du minska miljöpåverkan i din kliniska vardag

Sveriges Läkarförbund betonar i skriften *Läkemedel i miljön* en central princip:

”Att inte skriva ut läkemedel är det bästa miljövalet!”

Ibland kan icke-farmakologiska åtgärder – såsom kost, motion och samtalsmetoder – vara mer lämpliga än läkemedelsbehandling.

Svenska Läkaresällskapets Hållbarhetsguide (2022) lyfter tre övergripande principer för en hållbar klinisk praktik:

- **Stärk förebyggande insatser:** främja hälsa och förebygga sjukdom för att minska framtida vårdbehov.
- **Minska onödig vård:** undvik utredningar och behandlingar som saknar tydlig patientnytta.
- **Reducera miljö- och klimatavtryck:** begränsa miljöpåverkan från läkemedel, material och vårdprocesser.

Det finns många konkreta åtgärder du som förskrivare kan vidta – se faktarutan för några praktiska tips.

Kunskap och fördjupning på Janusinfo

Region Stockholms databas *Läkemedel och miljö* på Janusinfo ger en samlad och lättillgänglig översikt över hur olika läkemedel påverkar miljön. Databasen bygger på information

från tre källor och omfattar runt 800 substanser, där varje aktiv substans är klassificerad utifrån miljöfarlighet och miljörisk (vid användning). Samtidigt saknas miljöinformation för många läkemedel, vilket begränsar möjligheten att göra jämförelser. På webbplatsen finns också nyheter, informationsmaterial och länkar till genomförda miljöutredningar och relevanta studier.

Desirée Loikas

Apotekare, medicine doktor

Enheten för Sjukvårdsfarmaci och Läkemedelskommittén
desiree.loikas@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

- Sveriges Läkarförbund. *Läkemedel och miljön*. 2020.
- Svenska Läkaresällskapet. *SLS Hållbarhetsguide*. 2022.
- E-hälsomyndigheten. *Sålda läkemedelssubstanser med möjlig miljöpåverkan 2000–2024*. 2025.
- Region Västmanland. *Cytostatika och läkemedelsförorenat avfall*. Ledningssystemet (Centuri) dok nr 47248-4.
- Region Stockholm. *Läkemedel och miljö*. Janusinfo.

Vad du kan göra som förskrivare:

- **Överväg icke farmakologiska åtgärder först,** när det är medicinskt relevant – exempelvis kost-rådgivning, fysisk aktivitet och samtalsmetoder.
- **Utvärdera läkemedelsbehandling regelbundet:** följ upp effekt, biverkningar och om indikation fortfarande kvarstår. Sätt ut läkemedel som saknar aktuell indikation eller ger otillräcklig effekt trots optimering – det gynnar både patienten och miljön.
- **Välj i första hand läkemedel från basläkemedelslistan.**
- **Följ Stramas rekommendationer** för en klok antibiotikaanvändning.
- **Skriv ut startförpackning eller mindre förpackning vid nyinsättning,** särskilt när effekt eller tolerans ännu inte är känd.
- **Undvik att förskriva större mängder än vad som förväntas gå åt** under behandlingsperioden.
- **Välj refillförpackning** när sådan finns tillgänglig.
- **Uppmana patienter att lämna in överblivna läkemedel till apotek,** inklusive använda inhalatorer, plåster och hormonringar som ofta innehåller mycket aktiv substans även efter användning.
- **Följ gällande rutin för säker kassation** av läkemedel inom den egna verksamheten.

Fråga Apotekaren

Frågeställning från familjeläkare:

Patient uppger att han inte klarar av läkemedel som innehåller laktos eller gluten (ingen känd celiaki). Finns det något smidigt sätt att se om läkemedel är gluten-/laktosfria? Finns det evidens för att en sådan liten mängd kan påverka?

Laktos i läkemedel

Läkemedelsinformationscentraler har tidigare utrett huruvida laktosintoleranta personer kan använda tabletter och kapslar som innehåller laktosmonohydrat. Utredningarna finns publicerade i sökverktyget SVELIC.se. I en utredning från 2015, "Laktos i tabletter och kapslar"¹, beskrivs att mängden laktos i läkemedel är liten och normalt inte utgör skäl för att en laktosintolerant patient bör avstå från medicinen.

Enligt flertalet studier kan majoriteten av laktosintoleranta personer inta cirka 12 gram laktos dagligen innan symptom uppstår, vilket motsvarar ungefär 1 glas mjölk (240 ml)¹. Om det ändå finns patienter som upplever problem med detta lilla intag av laktos, och det saknas laktosfria alternativ, kan patienten prova att ta tabletterna eller kapslarna tillsammans med mat om det är möjligt. Det går också att komplettera med tillskott av laktasenzym.

I Sil Online (Svenska informationstjänster för läkemedel)² går det att söka fram läkemedel som inte innehåller laktos. Skriv in substansnamnet, klicka på *Filtrera* och välj *Nej* under "Innehåller laktos". Tips är att även välja *Ja* under "Marknadsförd" för att slippa sökträffar på läkemedel som inte marknadsförs. Se bild till höger.

NAMN	LÄKEMEDELFORM	STYRKA	TYP	ATC	RETT	MARKNADSFÖRD
Candesartan/Hydrochlorid	Tablett	32 mg/12,5 mg	Läkemedel	Kandesartan och	-	Ja

Gluten i läkemedel

I hjälpämnet vetestärkelse (används som bindemedel) kan det finnas spårämngder av gluten, men det är endast ett fåtal läkemedel som innehåller vetestärkelse. I de fall vetestärkelse används vid tillverkningen är glutenhalten lika låg som i de livsmedel som får kallas glutenfria. Därför kan de flesta med glutenintolerans ta dessa läkemedel utan besvär. I hjälpämnet pregelatiniserad stärkelse får endast stärkelse från majs, ris eller potatis användas vid tillverkningen, inte stärkelse från vete och därför ska det vara helt fritt från gluten.^{3,4}

Hjälpämnen i respektive läkemedel finns angivna i bipacksedeln. Sil Online kan inte användas för att söka fram information om gluten (vetestärkelse).

Sammanfattning

I de fall läkemedel innehåller laktos eller gluten (vetestärkelse) som hjälpämne är mängderna så små att det oftast inte utgör skäl för en patient med laktos- eller glutenintolerans att avstå från medicinering. Om patienten ändå vill försäkra sig om att läkemedlet inte innehåller vare sig laktos eller vetestärkelse rekommenderas att i första hand välja ett laktosfritt preparat genom sökning i Sil Online, och därefter läsa bipacksedeln för att utesluta förekomst av vetestärkelse.

Slutligen är det viktigt att ta ställning till om "får ej bytas" ska kryssas i vid förskrivning. Det är också viktigt att patienten informeras om att kostnaden kan komma att variera samt att apoteken kanske inte har det valda fabrikatet i lager, eftersom apoteken är styrda av periodens vara. Vid en eventuell restsituation krävs dessutom ett nytt recept.

Har Du en läkemedelsfråga?

I Region Västmanland, på Enheten för Sjukvårdsfarmaci, finns sju kliniska apotekare som arbetar patientnära i olika

verksamheter och har ett nära samarbete med Läkemedelskommittén. Målsättningen är att regionövergripande stötta hälso- och sjukvården i olika läkemedelsrelaterade frågeställningar. Det kan bland annat handla om att bidra med underlag till fördjupade läkemedelsgenomgångar, göra översyn av läkemedel vid sondadministrering eller sväljsvårigheter samt bistå gällande hantering av läkemedel både på avdelning och i hemmet. För kontakt, se infurutan nedan.

Apotekarkonsultation, kontaktuppgifter

Telefon (Apotekarkonsult): 021-17 40 88, vardagar kl 8.00–15.30.

Remiss: Enheten för Sjukvårdsfarmaci
Messenger: Klinikapotekare <LME1> (global adresslista).
Mejl: kliniskfarmaci@regionvastmanland.se

Sanna Storgård

Klinisk Apotekare, Enheten för Sjukvårdsfarmaci
sanna.storgard@regionvastmanland.se

Jenny Calås

Klinisk Farmaceut, Enheten för Sjukvårdsfarmaci
jenny.calas@regionvastmanland.se

Referenser och länkar

1. Svenska läkemedelsinformationscentralerna, i samarbete med norska RELIS. Laktos i tabletter och kapslar. RELIS database 2015; id.nr.146, Elinor.
2. Sil Online, Svenska informationstjänster för läkemedel.
3. Läkemedelsverket. Frågeforum. Gluten i läkemedel, 2019.
4. 1177, Tillsatser i läkemedel (senast uppdaterad 2024).

Hänt sen sist

Läkemedelsverket

Förslag för att förebygga och hantera läkemedelsbrist

Läkemedelsverket har lämnat sin slutrapport om åtgärder för att förebygga och hantera rest- och brist-situationer för läkemedel i Sverige. Bland annat föreslås expediering av ersättningsläkemedel och möjlighet för apotek att dela läkemedelsförpackningar.
Läkemedelsverkets slutrapport

Antipsykotiska läkemedel till barn har mer än fördubblats – kraftig ökning bland flickor

Användningen av antipsykotiska läkemedel bland barn och ungdomar i Sverige har ökat kraftigt under de senaste 15 åren. Det visar en ny studie från Läkemedelsverket baserad på nationella registerdata. Ökningen är störst bland flickor, där användningen nu är lika hög som eller högre än bland pojkar.
Antipsykotiska läkemedel till barn har mer än fördubblats

Läkemedelskommittén

Mellansvenskt läkemedelsforum

Den 11–12 februari gick Mellansvenskt läkemedelsforum (MLF) av stapeln i Örebro. Omkring 600 deltagare från våra sju sjukvårdsregioner i Mellansverige fick ett par intensiva dagar med många bra föreläsningar kopplade till läkemedelsbehandling. Allt ifrån läkemedel under fostertiden till behandling av de mest sjuka äldre täcktes in. Fullmatade åkte vi hemåt – och ser redan fram emot nästa års MLF, som hålls i Västerås den 10–11 februari. Missa inte det!

Presentationer från MLF 2026

NT-rådet

Beyfortus rekommenderat även under säsongen 2026/2027

NT-rådet rekommenderar Beyfortus som förebyggande behandling mot RSV-sjukdom även under 2026/2027, enligt samma förfarande som under 2025/2026. Ytterligare en monoklonal antikropp väntas få försäljningstillstånd under våren 2026. Folkhälso-myndigheten kommer att publicera uppdaterade behandlingsrekommendationer för RSV-profylax under våren 2026. Ett omtag av området planeras inför säsongen 2027/2028.

Beyfortus säsongen 2026/2027

Regionerna avråds från att använda Leqembi

I en ny rekommendation från NT-rådet avråds regionerna från att använda Leqembi för behandling av tidig Alzheimers sjukdom. Skälet är att läkemedlet inte bedöms ge tillräcklig nytta i förhållande till det pris som företaget begär.

NT-rådets information om beslutet

Rekommendation för Leqembi