

Läkemedelsbulletinen

Årgång 25 | Nummer 3 | Oktober 2025

Vikten av gott samarbete



Läkemedelsområdet är ett komplext system med ett samspel mellan många olika aktörer. Några av de viktigaste samverkansområdena är nationellt ordnat införande av nya läkemedel, hantering av läkemedelsbrister och strategisk samverkan mellan de regionala läkemedelskommittéerna för att dela kunskap och erfarenheter. Ett av NAG LOK:s (nätverket för Sveriges läkemedels-

kommittéer) uppdrag är att bistå nationella programområden (NPO) i läkemedelsfrågor. Syftet är att läkemedelsriktlinjer i kunskapsstöd från nationellt system för kunskapsstyrning ska vara kongruenta med läkemedelskommittéernas rekommendationer.

Rest- och bristsituationer av läkemedel har sedan länge varit ett växande problem och kräver mycket arbete för vårdpersonal, apotek och patienter. I detta nummer av Bulletinen presenteras en ny webbsida för information om relevanta restsituationer i Västmanland avseende läkemedel. Sidan är en del av hemsidan med läkemedelsinformation som finns för vårdgivare och samarbetspartners i regionen.

Att tidigt upptäcka och behandla förmaksflimmer är avgörande för att minska risken för allvarliga komplikationer och samtidigt förbättra patienternas livskvalitet. I en fin artikel om förmaksflimmer sammanfattas de viktigaste nyheterna och aktuella rekommendationer inom området. Läs den gärna!

I detta nummer finns också en artikel som belyser vikten av tydliga recept. Syftet är att patienten ska kunna använda läkemedel på rätt sätt och känna sig trygg i sin behandling. För att underlätta för förskrivare finns ett antal läkemedelsmallar i Cosmic. Kontrollera gärna att informationen i den mall du använder som förskrivare stämmer för den aktuella patienten.

Regeringen har nyligen tillsatt en utredning gällande säkrare tillgång till läkemedel. Uppdraget handlar om att utreda vilka insatser som behövs för att ge patienter en säkrare tillgång till läkemedel, både i vardagen, under fredstida kris-situationer och vid höjd beredskap. Artikeln om oegentlig förskrivning fokuserar på den pågående utredningen om läkemedelsförskrivning som lämnar sitt slutbetänkande i mars 2026. Oegentlig eller felaktig förskrivning av läkemedel kan leda till ökade kostnader, risker för patienter och felaktigt utnyttjande av läkemedelsförmånen.

Nu är hösten här och det är dags att förbereda för vintern. Jag hoppas att arbetet från Läkemedelskommittén och expertgrupperna är ett stöd i ert arbete med att ge evidensbaserad behandling. Läkemedelskommittén är en viktig länk för att säkerställa en trygg, effektiv och säker läkemedelsanvändning. Hösten är en intensiv period för våra expertgrupper i och med arbetet med basläkemedelslistan. Stort tack till alla experter! Jag är så tacksam för ert engagemang och era arbetsinsatser.

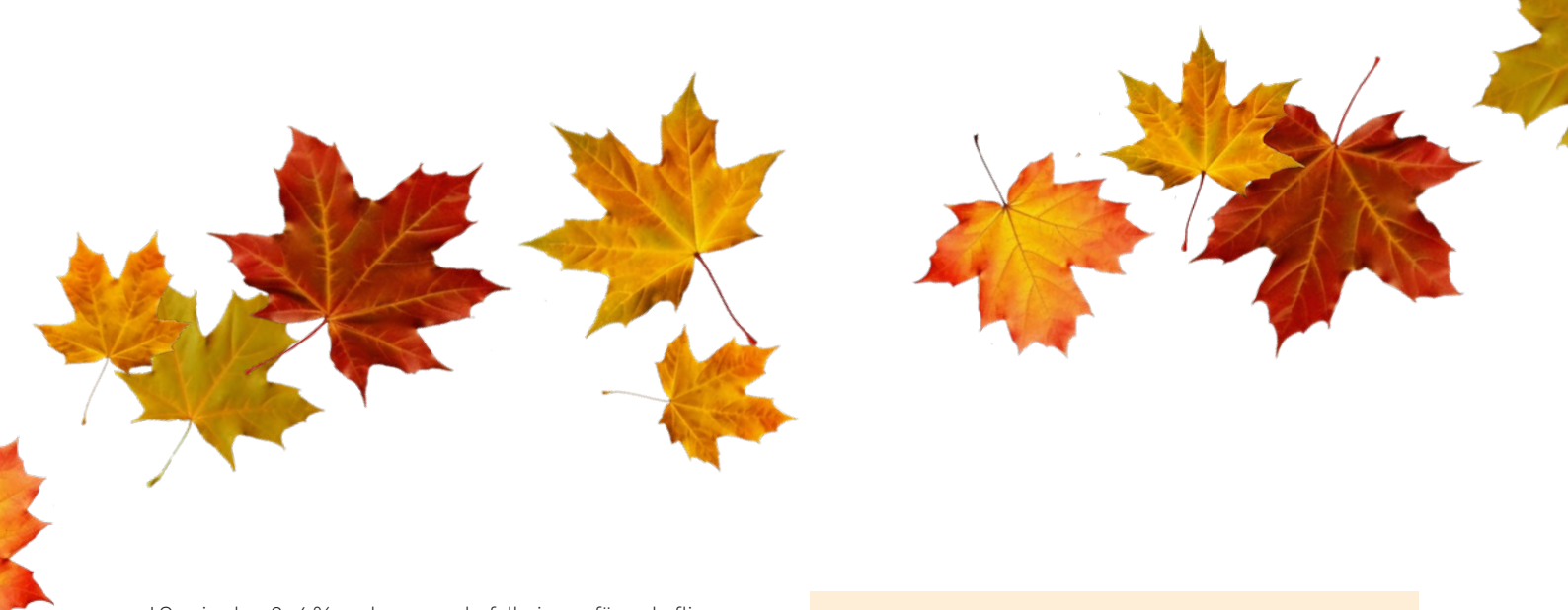
LENA OTTOSSON BIXO

Ordförande Läkemedelskommittén i Västmanland
lena.bixo@regionvastmanland.se



Förmaksflimmer – mer än bara rytmrubbning?

Eva, 67 år, söker vårdcentralen på grund av andfåddhet. Hon är överviktig med bukfetma, har högt blodtryck trots sina 10 mg amlodipin samt snarkar mycket om nätterna. Dessutom är hon fysiskt inaktiv. EKG visar ett nydiagnostiserat förmaksflimmer med förhöjd vilofrekvens. Hur bör Eva handläggas enligt de senaste riktlinjerna?



I Sverige har 3–4 % av den vuxna befolkningen förmaksflimmer, och prevalensen ökar kraftigt med stigande ålder¹. Att tidigt upptäcka och behandla förmaksflimmer är avgörande för att minska risken för allvarliga komplikationer som stroke och hjärtsvikt, och samtidigt förbättra patienternas livskvalitet.

År 2024 presenterade den europeiska kardiologföreningen (ESC) nya riktlinjer för handläggning av förmaksflimmer där tyngdpunkten läggs på att behandla riskfaktorer och samsjuklighet². Nedan sammanfattas de viktigaste nyheterna och rekommendationerna.

Diagnos

Diagnosen kliniskt förmaksflimmer kräver alltid dokumentation med EKG (12-avledning eller enkelavledning), oavsett symptom.

Subkliniskt förmaksflimmer avser device-upptäckta asymtomatiska episoder av snabb förmaksrytm, AHRE (atrial high rate episodes), som är vanligt förekommande vid rutinmässiga pacemakerkontroller. Här saknas fortfarande tydlig evidens för handläggning. Orala antikoagulantia (OAK) kan övervägas hos högriskpatienter efter individuell bedömning.

Screening

Sedan 2020 års riktlinjer rekommenderas opportunistisk screening för förmaksflimmer hos alla patienter över 65 år. Det innebär en enkel pulskontroll vid varje vårdkontakt, oavsett sökorsak.

Under senare år har möjligheterna att screena för förmaksflimmer ökat, mycket tack vare teknologiska framsteg. Det finns två huvudsakliga screeningmetoder: EKG-baserade och icke-EKG-baserade. Icke-EKG-baserade metoder inkluderar pulspalpation samt fotopletysmografi (PPG), en teknik inbyggd i många smarta klockor och mobiltelefoner som mäter blodflödet i huden genom att använda ljus. PPG räcker inte för diagnos, vilket däremot klockor med inbyggd EKG-funktion kan göra, genom att generera ett enkelavlednings-EKG.

Screening och diagnostik utvecklas snabbt med hjälp av artificiell intelligens och big data. Redan idag har studier visat på lovande resultat, till exempel vid AI-stödd granskning av långtids-EKG³.

Praktisk indelning av förmaksflimmer:

- **Nydiagnostiserat:** Första gången förmaksflimmer dokumenteras.
- **Paroxysmalt:** Episoder som självterminerar inom 7 dygn (vanligen inom 48 timmar).
- **Persisterande:** Episoder som varar längre än 7 dygn och oftast kräver behandling (läkemedel eller elkonvertering) för att brytas.
- **Permanent:** Ett medvetet beslut mellan patient och läkare att inte längre försöka återställa sinusrytm.

AF-CARE i praktiken

Riktlinjerna vid förmaksflimmer betonar jämlik vård och likvärdig behandling oavsett kön, etnicitet eller socioekonomisk status. I övrigt har man sammanfattat handläggningen i form av akronymen AF-CARE där AF står för Atrial Fibrillation.

C – Komorbiditets- och riskfaktorhantering

Även om samsjuklighet och livsstilsfaktorer lyftes redan 2020, så har tyngdpunkten nu än mer hamnat på att förmaksflimmer ska betraktas som en multifaktoriell sjukdom. Optimal hantering av samsjuklighet och riskfaktorer, som inte sällan överlappar varandra, är därför en hörnsten i de nya riktlinjerna.

Oreglerat blodtryck är en central riskfaktor och de flesta förmaksflimmerpatienter har samtidig **hypertoni**. Hemblodtrycksmätning rekommenderas för att minska felkällor såsom vitrockseffekt. Optimalt målblodtryck vid hemmämätningar är 120–129/70–79 mmHg hos de flesta, med större försiktighet hos sköra patienter.

SGLT2-hämmare rekommenderas till patienter med samtidig hjärtsvikt och förmaksflimmer, oavsett ejektionsfraktion.

Viktnedgång omkring 10 % rekommenderas vid övervikt och obesitas. Detta minskar både flimmerbörda och symptom samt förbättrar lyckandefrekvens efter ablation.

CPAP-behandling bör övervägas vid obstruktiv sömnapné hos patienter med förmaksflimmer. Evidensen från randomiserade studier är inte entydig, men observationsstudier talar för minskad risk för flimmerrecidiv efter återställande av sinusrytm.

Det finns ett dosberoende samband mellan alkoholbruk och förmaksflimmerrecidiv efter ablation. Sammantaget tycks incidensen av förmaksflimmer påverkas av mindre mängder alkohol än man tidigare trott⁴. Nya data är grunden till att alkoholintaget bör begränsas till **högst 3 standardglas** alkohol per vecka. En väsentlig skillnad mot tidigare och ett klart tydligare budskap.

A – Förebygga stroke

CHA₂DS₂-VASc har i många år använts för riskskattning av ischemisk stroke. Det har nu ersatts av **CHA₂DS₂-VA** där riskfaktorn kvinnligt kön har tagits bort, vilken tidigare har krånglat till poängberäkningen. Strokerisken hos kvinnor är idag inte längre signifikant högre än hos män och kvinnligt kön betraktas inte längre som en oberoende riskfaktor⁵. OAK rekommenderas vid CHA₂DS₂-VA ≥2 poäng och bör övervägas vid 1 poäng.

HAS-BLED rekommenderas inte för beslut om OAK. I stället rekommenderas korrigering av modifierbara riskfaktorer genom exempelvis optimering av blodtryck, undvikande av NSAID, undvikande av kombination av OAK och trombocyt-hämmare (förutom vid kortvariga situationer i samband med akut koronart syndrom och PCI) samt minskat alkohol-intag. Samtidigt rekommenderas inte dosreduktion av direktverkande orala antikoagulantia, DOAK, utan att uppfylla dosreduktionskriterier.

R – Rytm- och frekvenskontroll

Det finns två huvudstrategier vid handläggning av förmaksflimmer. Val av frekvens- eller rytmkontroll bör beslutas tidigt i vårdförloppet, i samråd med patienten.

Frekvenskontroll rekommenderas initialt för de flesta. Antingen som brygga till rytmkontroll eller som permanent

strategi hos utvalda patienter. Målfrekvensen är ≤110/min i vila och striktare om symtom kvarstår. De högre målfrekvenserna jämfört med motsvarande sinusrytm förklaras bland annat av intrakardiellt suboptimala hemodynamiska förhållanden vid förmaksflimmer. Betablockerare är i regel farmakologiskt förstahandsval och digoxin kan användas som tillägg.

Rytmkontroll syftar till att återställa och bibehålla sinusrytm. Tidig konvertering utan föregående OAK rekommenderas nu endast vid duration <24 timmar. Hos stabila patienter bör inväntande av spontankonvertering övervägas – "wait-and-see".

Tidiga randomiserade studier visade ingen överlevnadsvinst för rytmkontroll, och snarare fler sjukhusinläggningar. Men de genomfördes i en tid med äldre läkemedel, mindre utvecklad ablationsteknik och otillräcklig antikoagulation.

Hos äldre patienter med få eller inga symtom är frekvenskontroll ofta tillräckligt, och kan föredras när förväntad nytta av rytmkontroll är låg.

Vi vet nu att rytmkontroll kan minska risken för både sjukhusinläggning och hjärtsvikt, samt via kateterablation öka överlevnaden hos patienter med samtidig hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion. Vid paroxysmalt förmaksflimmer rekommenderas ablation nu som första linjens behandling – i paritet med eller före antiarytmiska läkemedel, hos lämpliga patienter.

Planera en långsiktig strategi redan vid elkonvertering, inklusive nästa steg vid recidiv. Rytmkontroll bör kombineras med livsstilsoptimering för att minska flimmerbörda och samtidigt förbättra patientens hälsa.



E – Utvärdering

Förmaksflimmer och riskprofil förändras över tid. Uppföljning rekommenderas inom sex månader efter diagnos och där- efter minst årligen. Justera behandlingen utifrån aktuella symtom, riskfaktorer och patientens preferenser.

Sammanfattning

Vår 67-åriga patient Eva behöver handläggas med en hel- hetssyn på hennes sjukdomar och riskfaktorer. Strokerisk bör värderas med hjälp av CHA₂DS₂-VA och DOAK ordineras i enlighet med detta. Frekvensreglerande läkemedel bör ordineras och ett aktivt beslut bör tas gällande rytmkontroll. Oavsett strategi bör samsjuklighet och livsstil optimeras:

- Målbloodtryck 120–129/70–79 mmHg
- 10 % viktnedgång
- SGLT2-hämmare om hjärtsvikt
- Överväga CPAP-behandling vid obstruktiv sömnapné
- Främja fysisk aktivitet
- ≤ 3 standardglas alkohol per vecka

Kaveh Azizi

Specialistläkare kardiologi/internmedicin
Medicinkliniken, Västmanlands sjukhus Västerås
kaveh.azizi@regionvastmanland.se

Referenser:

1. Höiby P, Zarrouk M, Lind L, Sundström J, Elmståhl S. Prevalence of atrial fibrillation among Swedish adults participating in the general population study EpiHealth. *Scand Cardiovasc J*. 2025;59(1):2526044.
2. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the manage- ment of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-414.
3. Johnson LS, Zadrozniak P, Jasina G, Grotek-Cuprjak A, Andrade JG, Svennberg E, et al. Artificial intelligence for direct-to-physician reporting of ambulatory electrocar- diography. *Nat Med*. 2025;31(3):925-31.
4. Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, Nicholls T, Costello B, Nanayakkara S, et al. Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;382(1):20-8.
5. Teppo K, Airaksinen KEJ, Jaakkola J, Halminen O, Salmela B, Kouki E, et al. Ischaemic stroke in women with atrial fibrillation: temporal trends and clinical implications. *Eur Heart J*. 2024;45(20):1819-27.

Budskap i korthet:

- Förmaksflimmer är en multifaktoriell sjukdom där samsjuklighet och riskfaktorer behöver hanteras (bl.a. hypertoni, övervikt, fysisk inaktivitet, alkohol och obstruktiv sömnapné).
- CHA₂DS₂-VA ersätter CHA₂DS₂-VASc då kvinnligt kön inte längre räknas som en oberoende riskfaktor.
- Blödningsriskpoäng som HAS-BLED rekomen- deras inte som underlag för beslut om OAK.
- Kombination av OAK och trombocythämmare ska inte användas för strokeprofylax, förutom i särskilda kortvariga situationer.
- Tidig konvertering utan föregående OAK är nu begränsad till <24 h. "Wait-and-see" bör övervägas hos stabila patienter.
- Kateterablation har fått högsta rekommenda- tionsgrad som första linjens behandling vid paroxysmalt förmaksflimmer, i delat besluts- fattande med patienten.



Oegentlig förskrivning

Vad är egentligen oegentlig förskrivning?
Är det ett problem? Hur går det i så fall att komma åt problemet?

Ofta används begreppet "felaktig förskrivning", vilket egentligen inte är helt korrekt eftersom det kan tolkas som att det gjorts en felaktig medicinsk bedömning. Det är bättre att använda begreppet "oegentlig förskrivning", som har flera bottnar. Det kan till exempel handla om förskrivning utanför ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet, förskrivning för egen vinning eller rent kriminell verksamhet. Men eftersom regering och myndigheter gärna talar om felaktig förskrivning används begreppet även här som synonym till oegentlig förskrivning.

Riksrevisionen gjorde 2023 en granskning av felaktig läkemedelsförskrivning¹. I den kritiserades bristande uppföljning och alltför svaga möjligheter att komma åt och beivra sådan förskrivning.

Som bekant träffades en överenskommelse² på Tidö slott i Västmanland i oktober 2022 för att skapa en borgerlig minoritetsregering med stöd av Sverigedemokraterna. Bland de centrala områdena finns hälso- och sjukvård, under vilket "felaktig förskrivning" sorterar. Under rubriken "Läkarens roll i vårdkedjan tydliggörs" står det: Insatser görs för att motverka felaktig läkemedelsförskrivning, till exempel genom att avskaffa rätten att skriva ut recept för läkare som under en längre tid inte arbetat kliniskt i yrket.

Regeringen gav i första hand Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga förskrivningar som inte görs inom ramen för vård som ges av vårdgivare – det vill säga förskrivningar av fritidsförskrivare och pensionerade läkare³. Andelen recept från dessa grupper visade sig vara liten och Socialstyrelsen fann inte några alarmerande signaler när det gäller preparatval.

Uppenbart är felaktig förskrivning inte koncentrerad till grupper utanför etablerade vårdgivare, såsom pensionärer och fritidsförskrivare, och det vore därför ingen lösning att utifrån Tidöavtalet generellt ta bort förskrivningsrätten för stora grupper läkare. Tvärtom skulle en sådan åtgärd öka belastningen på vårdapparaten genom att många medicinskt motiverade förskrivningar då skulle omöjliggöras. Frågan torde vara mindre aktuell efter Socialstyrelsens genomgång.

Utredning

Regeringens nästa steg när det gäller felaktig förskrivning blev att tillsätta en utredning – Utredningen om läkemedelsförskrivning⁴ under 2024. Utredningen jobbar med följande huvudpunkter⁵:

- Myndigheters och regioners tillgång till uppgifter om läkemedelsförskrivning inklusive tillgång till journaluppgifter.
- Hur tillsynen av felaktig förskrivning skall bli effektivare.
- Arbetsplatskoder. Behövs förändringar i hur myndigheter och regioner hanterar dessa för att komma åt felaktig förskrivning?
- Den fria förskrivningsrätten i relation till patientsäkerhet och eventuell felaktig användning av läkemedelsförmåner.

Säkra tillgången till bristläkemedel

Ett delbetänkande lämnades till regeringen i maj. Då handlade det om att säkra tillgången till läkemedel vid allvarlig brist eller när sådan hotar. I betänkandet föreslogs att Läkemedelsverket skall kunna begränsa förordnande (förskrivning och rekvisition) av läkemedel, samt att kunna besluta att apoteken inte får lämna ut ett visst läkemedel. Det innebär bland annat att läkare inte kan skriva recept på ett läkemedel eller att förskrivning begränsas till vissa definierade förskrivargrupper.



Man kan tänka sig att detta kunde ha tillämpats på Ozempic. Läkemedlet skrevs ut på diagnos obesitas trots att den enda godkända indikationen är typ 2-diabetes. Det ledde till brist på läkemedlet för personer med typ 2-diabetes – en brist som hade kunnat undvikas om Läkemedelsverket hade haft den möjlighet som nu föreslås. Det enda Läkemedelsverket kunde göra var att vädja till förskrivarna att följa gällande indikationer, något som inte hade full effekt.

Fortsättning följer

När utredningen nu fortsätter dyker man djupare ner i de tunga frågorna kring ”felaktig” förskrivning.

Arbetsplatskod

Regelverket kring arbetsplatskoder är idag tandlöst, då varje läkare efter ansökan har rätt till en arbetsplatskod och baserat på nuvarande regelverk är det mycket svårt att dra in en sådan kod, även vid oegentlig förskrivning. Det är därför tänkbart att regioner skulle kunna avslå en ansökan om arbetsplatskod för oseriös verksamhet samt att regioner eller Socialstyrelsen vid missbruk av förskrivningsrätten lättare skulle kunna dra tillbaka en arbetsplatskod.

Tillgång till uppgifter

För bättre uppföljning och snabbare åtgärder vid oegentlig förskrivning skulle myndigheter och regioner i framtiden kunna få tillgång till fler uppgifter om förskrivningar, även ned på enskild förskrivarnivå. Det kan vara problematiskt ur integritetssynpunkt, men jag bedömer att värdet av att kunna beivra kriminell och oegentlig verksamhet kan väga tyngre än den enskilde läkarens integritet. Den fria förskrivningsrätten innebär ett förtroende, som varje läkare har ett ansvar att vårda. Att skärpa uppföljningen och hanteringen av avarter är ett sätt att bevara den fria förskrivningsrätten.

Pensionärer och fritidsförskrivare

Jag bedömer att det inte är troligt att utredningen föreslår ett upphävande av förskrivningsrätten för hela kategorier av förskrivare. Det vore i så fall ett kraftfullt slag i luften. Förvisso finns det i dessa grupper enstaka individer som inte förmår hantera förtroendet att förskriva läkemedel – precis som det finns sådana individer i alla grupper. Att komma åt dessa individer är det mest effektiva sättet att sanera oegentlig förskrivning.

Målet i sikte

Utredningen om läkemedelsförskrivning lämnar sitt slutbetänkande till regeringen i mars 2026 och då finns det anledning att återkomma med kommentarer i då nästföljande Läkemedelsbulletin.

Inge Eriksson

Överläkare Läkemedelskommittén Västmanland
inge.eriksson@regionvastmanland.se

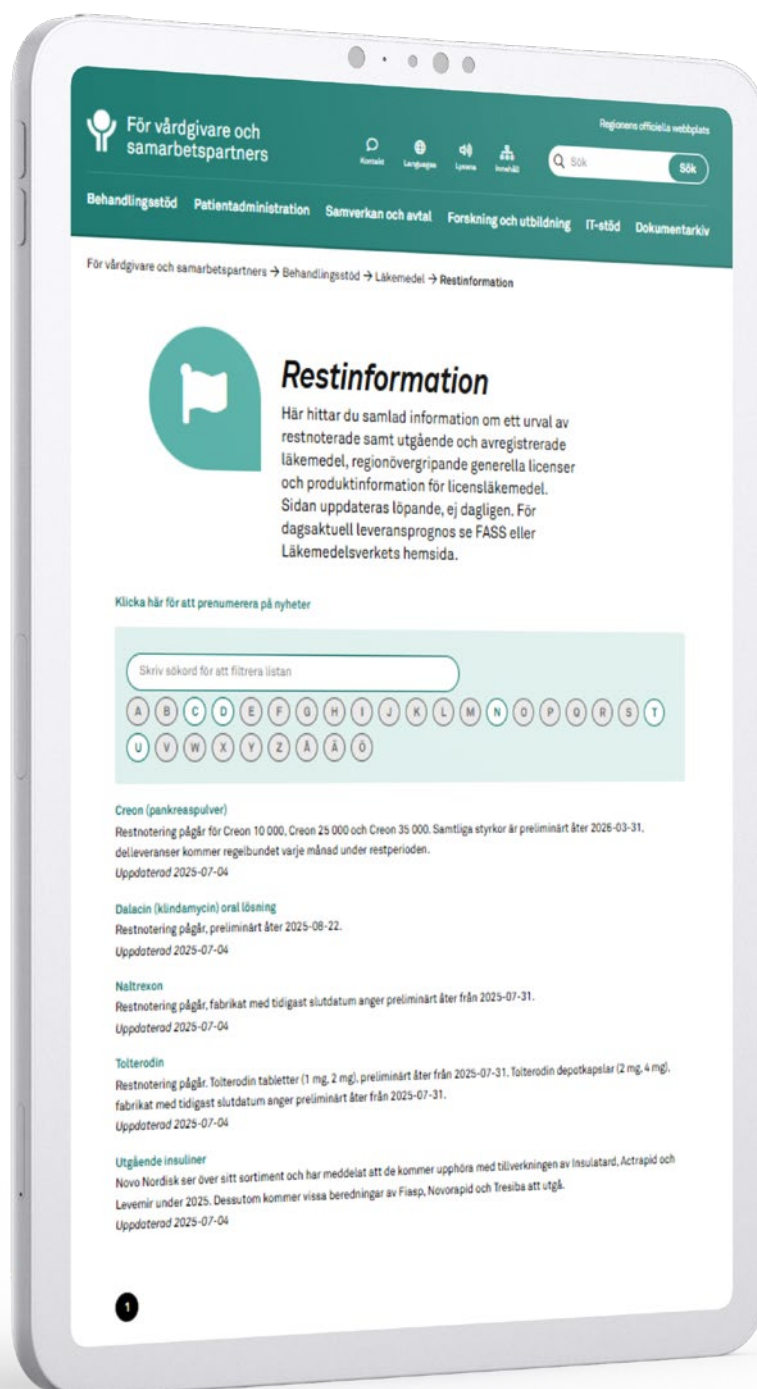
Referenser:

1. Läkemedelsförskrivningen, statens styrning och tillsyn (riksrevisionen.se)
2. Tidöavtalet (via.tt.se)
3. Läkemedelsförskrivning på fritiden och efter pension (socialstyrelsen.se)
4. Utredning om läkemedelsförskrivning (riksdagen.se)
5. Kommittédirektiv om dokumentation, begränsningar och tillsyn avseende läkemedelsförskrivningar (regeringen.se)

Restinformation

– ny webbsida för information om relevanta restsituationer i Västmanland

Sjukvårdsfarmaci och Läkemedelskommittén har tillsammans lanserat webbsidan Restinformation som visar regional information om restnoterade läkemedel. Sidan är en del av hemsidan med läkemedelsinformation som finns för vårdgivare och samarbetspartners i regionen. Målet är att enkelt förmedla samma information i hela vårdkedjan, och därmed underlätta för vårdpersonal att hantera dessa situationer och säkerställa en patientsäker vård.



Läkemedel som av olika anledningar inte går att få tag på och blir restnoterade har under flera år varit ett växande problem. Behovet av att snabbt få ut information till vårdkedjan har därmed ökat. Flera regioner har sedan tidigare olika webblösningar för att sprida restinformation i sin region, vissa är publika och kan hittas av alla. Dock är läkemedelsförsörjningen uppbyggd på olika sätt i olika regioner, där ställningstagande till åtgärd görs utifrån respektive regions demografi, läkemedelsförbrukning och läkemedelstillgång. Detta innebär att information från en region inte automatiskt kan appliceras i en annan.

I Västmanland har en sådan informationskälla tidigare funnits, men med begränsad åtkomst och mycket kortfattat innehåll som inte kunnat användas av hela vårdkedjan. I och med uppstarten av den nya webbsidan är förhoppningen att relativt enkelt och snabbt kunna förmedla relevant regional information till hela vårdkedjan.

Då det är en liten grupp som arbetar med webbsidan, och restsituationerna är många samt berör vårdkedjan i varierande grad, kommer endast ett urval av restnoterade samt utgående och avregistrerade läkemedel att publiceras. De läkemedel som inkluderas är de som bedöms få stor betydelse för det stora flertalet i regionen. Eftersom målet är att nå ut brett kommer det inte göras skillnad på om läkemedlet främst påverkar öppenvården eller slutenvården. Tanken är att relevant regional information ska kunna hittas, oavsett var i vårdkedjan man befinner sig.

Preparatsidorna är uppdelade med fasta rubriker som har anpassats för både slutenvård och öppenvård, och för att det ska vara enkelt att hitta rätt information för enskild medarbetare. Av denna anledning förekommer ibland samma information under flera rubriker.

I de fall det finns behov av licensföreskrivning av läkemedel finns oftast förslag på alternativ. Dessa förslag är dock ingen garanti för att de är tillgängliga på apoteken, eftersom sortimenten på de olika apoteken och apotekskedjorna kan variera. Om läkemedlet kan beställas är det sannolikt viss leveranstid.

Webbsidan uppdateras löpande, men inte dagligen. För dagsaktuella leveransprognoser hänvisas till FASS eller Läkemedelsverkets hemsida. Det är möjligt att prenumerera på nyheter för att snabbt få en notis när ny information har publicerats. Ett informationsmejl skickas då ut så fort något nytt har publicerats, eller vid uppdatering av redan publicerad restinformation. Restsituationer som har avslutats kommer så snart som möjligt att tas bort från sidan.

Så här använder du webbsidan:

- Sök direkt på läkemedlet eller substansen i sökrutan, eller klicka dig fram från A till Ö i listan för att se aktuell information.
- Ta del av, för dig, relevant information under respektive rubrik.
- Prenumerera på nyheter för att få den senaste informationen direkt när den publiceras.

Fördelar för dig som användare:

- Få samlad och kontinuerligt uppdaterad information om vilka läkemedel som är restnoterade, avregistrerade eller utgående, och som berör en stor del av vården.
- Ta del av rekommendationer om möjliga ersättningspreparat eller alternativa behandlingsstrategier.
- Möjlighet att agera proaktivt genom att snabbare planera för alternativa lösningar.
- Ökad möjlighet till samordning och kommunikation kring hantering av restsituationer, eftersom alla får tillgång till samma information.

Webbsidan är fortfarande under uppbyggnad, och på grund av tekniska begränsningar finns till exempel endast några få specifika rubriker att jobba med, och licensalternativen visas bäst i punktform. Tanken är att utveckla detta med tiden. Om du som användare saknar information eller har synpunkter på innehållet önskas feedback till Resthanteringsgruppen. Detta kan lämnas via kontaktfunktionen på sidan *Restnoteringar*. För att göra detta och för att kika på den nya restinformationssidan kan du följa länkarna nedan. Ta gärna en titt!

Veronica Arwsbo

Apotekare, Enheten för Sjukvårdsfarmaci
veronica.arwsbo@regionvastmanland.se

Jenny Calås

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

Länkar:

[Restinformation – Region Västmanland](#)

[Kontaktlänk för feedback på sidan Restinformation](#)

Resthanteringsgruppen:

Camilla Gustavsson, leg receptarie, sortimentsansvarig, Farmaciservice, Sjukvårdsfarmaci
Veronica Arwsbo, leg apotekare, mallförvaltningen, Sjukvårdsfarmaci
Jenny Calås, leg receptarie, teamledare klinikapotekare, Sjukvårdsfarmaci
Lena Ottosson Bixo, överläkare, ordförande Läkemedelskommittén



Vad står det egentligen på receptet?

– Tydliga recept minskar risken för missförstånd.

Vid förskrivning av läkemedel kan det ibland bli fel – till exempel om läkaren av misstag väljer en ordinationsmall med fel indikation. Detta kan skapa förvirring, eller i vissa fall obehag, för patienten när receptet hämtas ut på apoteket.

Farmaceuter på apotek stöter emellanåt på oklarheter i recepten. Det kan handla om felaktig eller svårtolkad dosering, otydliga instruktioner (t ex ”vid behov” utan angiven maxdos) samt oklara eller saknade behandlingsindikationer. Patienters kunskap om sin behandling varierar – vissa har full kontroll, medan andra känner sig mer osäkra. Därför är det viktigt att informationen på receptet är tydlig och lättförståelig, så att patienten kan använda läkemedlet korrekt och känna sig trygg i sin behandling.

För att underlätta för förskrivare har regionen skapat ett antal läkemedelsmallar i Cosmic. Läkemedelsmallar är fördefinierade ordinationsunderlag som förutom läkemedelsnamn kan innehålla dosering, administrationssätt, behandlingstid samt eventuella övriga instruktioner till patienten. Standardiserade mallar minskar variation och risken för felaktiga doser eller instruktioner. Ibland finns det behov

av att göra justeringar i malltexten. Genom att använda en ordinationsmall slipper förskrivaren fylla i all information manuellt, vilket gör ordinationsprocessen snabbare. Dock får det inte gå för snabbt. För flera läkemedel finns det olika ordinationsmallar beroende på indikation, och det är viktigt att välja rätt. – Ta gärna en extra titt så att all information i mallen stämmer för den aktuella patienten!

Nedan följer några exempel på situationer där det blivit fel. Citaten kommer från farmaceuter på apotek i regionen.

Ett exempel gäller en receptexpediering av kortisonkräm:

”Vi hade en kund som fick Betnovat utskrivet där det stod ”I samband med strålbehandling”.

Hon blev väldigt rädd och upprörd, och trodde att hon fått cancer men att läkaren inte hunnit informera henne än.”

Att korrekt indikation står med på doseringsetiketten är viktigt för att stärka patientsäkerheten. När patienten har tydlig information om varför läkemedlet används ökar både förståelsen och följsamheten. Indikationen är också viktig för att expedierande farmaceut ska förstå syftet med läkemedlet och kunna kontrollera doseringen utifrån detta. Vidare kan en felaktig eller utebliven indikation påverka om patienten får läkemedlet inom förmån eller inte, eftersom vissa läkemedel endast är subventionerade för specifika indikationer.



"Många gånger står inte indikationen på doseringsetiketten, många patienter har inte koll på vilket läkemedel som är till vad."

Vidare finns önskemål om förtydliganden i doseringstexten.

"Önskar att de skriver OBS eller SIC om de gör avsteg från FASS, så vi slipper ringa."

Om till exempel den förskrivna doseringen av ett läkemedel är högre än rekommenderat – skriv ett OBS eller SIC på receptet. Det visar att du som förskrivare har tagit ställning till den avvikande doseringen och därmed inte behöver bli kontaktad för bekräftelse. Detta sparar tid för alla parter – för dig, den expedierande farmaceuten och patienten.

När doseringen är "vid behov" ska maximal dygnsdos alltid framgå. I vissa mallar anges ett flexibelt doseringsintervall, där det ofta är upp till patienten att anpassa dosen utifrån behov eller symtom. I dessa fall är det viktigt att patienten har förstått hur hen ska använda läkemedlet.

Ibland finns det särskilda skäl till att en patient behöver ett specifikt märke av ett läkemedel. Det kan till exempel handla om tidigare biverkningar, hjälpämnesallergier eller förväxlingsrisk. I sådana situationer är det viktigt att läkemedlet markeras som "Ej utbytbar" i ordinationssystemet.

Det räcker inte att skriva "får ej bytas" eller liknande i dostexten, eftersom det finns en risk att farmaceuten missar informationen. Markeringen görs genom att bocka i rutan "Ej utbytbar" under läkemedlet i ordinationsdetaljer. Då blir receptet låst till den valda produkten och visas som "Ej utbytbar" i apotekets expeditionssystem. Att låsa ett recept till ett specifikt läkemedelsmärke kan påverka tillgänglighet och kostnad. Det specifika märket kan behöva beställas, generiskt utbyte är inte möjligt vid en restsituation utan ett nytt recept krävs, och priset kan vara betydligt högre än för periodens vara.

Även om receptförskrivningen ofta markerar slutet på vårdbesöket, kan den utgöra startpunkten för patientens behandling. Att läkemedel och behandlingsinstruktioner diskuteras under besöket är viktigt, men det är inte säkert att patienten uppfattar och minns allt korrekt. Tydlig och komplett information på receptet är därför avgörande, både som minnesstöd för patienten och som vägledning för farmaceuten vid receptexpediering.

Desirée Loikas

Apotekare, medicine doktor

Enheten för Sjukvårdsfarmaci och Läkemedelskommittén

desiree.loikas@regionvastmanland.se

Hänt sen sist

Läkemedelsverket

Viktiga behandlingsråd till vården vid covid-19 – fortsatt risk för äldre och personer i riskgrupp

Covid-19 kan fortfarande orsaka allvarlig sjukdom eller död hos äldre och personer med nedsatt immunförsvar. Läkemedelsverkets nya behandlingsrekommendation för covid-19 ger stöd till vården vid diagnostik och behandling.

TLV

Sveriges kostnader för läkemedel fortsätter öka

Framför allt beror den ökade kostnaden under 2024 på att läkemedelsanvändningen ökar. Användningen av biologiska läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar, onkologiläkemedel och läkemedel för behandling av diabetes typ 2 ökar mest.

Läkemedelskommittén

Läkemedelsforum 2026

Läkemedelsforum 2026 hålls i Örebro den 11–12 februari. Boka gärna in det redan nu!

Korta digitala föreläsningar om läkemedelsbehandling

Läkemedelscentrum Region Sörmland erbjuder sedan en tid tillbaka regelbundet korta digitala föreläsningar inom olika aktuella behandlingsområden. Dessa går att se live torsdagar kl 08.15 – 08.35 men kan också ses i efterhand. För att anmäla dig till föreläsningarna eller för att ta del av dem i efterhand, klicka på länken nedan.

Digitala föreläsningar

Podd Läkekraft

Läkekraft – podd från Läkemedelscentrum Region Sörmland som handlar om läkemedel, friskvård och sjukvård. Innehåller samtal med experter och andra kunniga och riktar sig till allmänheten.

Här kan du lyssna på Läkekraft

Region Västmanland

Från 10 september erbjuds nyfödda Beyfortus mot RS-virus

I höst införs skydd mot RS-virus för nyfödda. Beyfortus ges som en dos per säsong och erbjuds från 10 september i år på barnkliniken eller förlossningen beroende på riskgrupp. Beyfortus är en långverkande antikropp, inte ett vaccin. Den hindrar viruset från att infektera cellerna och aktiveras när barnet exponeras för smitta. Skyddet varar i minst fem månader – därför räcker en dos per RSV-säsong. Erbjudandet omfattar tre grupper:

- **Riskgrupp 1:** Barn födda före 26 fullbordade graviditetsveckor och barn med svårare hjärt-lungsjukdom
- **Riskgrupp 2:** Barn yngre än 12 månader med medicinska tillstånd som ger hög risk för allvarlig RSV-infektion
- **Riskgrupp 3:** Barn under 3 månaders ålder under vintersäsong

Beyfortus ges på barnkliniken (riskgrupp 1–2) och på förlossningen (riskgrupp 3).

Effekten är cirka 74 procent. Barn kan dock ändå smittas av RS-virus trots profylax. Profylaxen avslutas för säsongen när smittspridningen bedöms ha avtagit.