



I DETTA NUMMER

Mellansvenskt Läkemedelsforum – där kunskap möter gemenskap.....	1
Nyheter i Rekommenderade läkemedel 2025–2026	4
Rekommenderade läkemedel för barn – ny upplaga 2025–2026	5
Uppdaterade behandlingsrekommendationer för hjärtsvikt	6
Man dör bara en gång.....	7
Diabetes – glukossänkande läkemedelsbehandling vid typ 2-diabetes.....	8
Victoza (liraglutid) utgår slutet av Q3 2025	9
Insulatard, Levemir och Actrapid utgår slutet av Q3 2025.....	9
Kraftigt ökad förskrivning av etoricoxib	10
Uppdaterat Antibiotika- och bakteriekort.....	10
Referat från Läkemedelsverkets seminarium om läkemedelsförgiftningar – paracetamol.....	11
Fråga apotekaren.....	11
Ledare	12



Alla föreläsningar följdes av en kort frågestund ledd av moderatorerna.



En kraftansamling av medicinsk kompetens och nyfikenhet.



Matnyttigheter hos utställarna.

Mellansvenskt Läkemedelsforum – där kunskap möter gemenskap

Vill du fräscha upp dina kunskaper, få koll på de senaste medicinska rekommendationerna och samtidigt nätverka med läkare och regionanställda farmaceuter från hela Mellansverige? Då är det Mellansvenskt Läkemedelsforum (MLF) du ska åka på!

Pampiga Uppsala Konsert & Kongress stod värd för årets upplaga och redan vid första anblick slås man av en sak: hur många vi är. Över 650 deltagare samlade på ett och samma ställe – en kraftsamling av medicinsk kompetens och nyfikenhet! Det är lätt att ibland känna sig ensam, med en patient framför sig, en aldrig sinande signeringskorg och ett journalsystem som verkar ha ett eget, helt oförståeligt, språk. På forumet

blir det dock tydligt: vi är många, vi har samma utmaningar och vi vill alla ge den bästa möjliga vården. Med läkares fria förskrivningsrätt följer både stora möjligheter att ordinera en rationell och ändamålsenlig läkemedelsbehandling till nytta för patient och samhälle, men samtidigt också en risk att utsätta patienten för en onödig, eller i värsta fall skadlig, behandling till stor kostnad för samhället. MLF bidrar till att, utan

finansiering eller påverkan av kommersiella intressen, ge ökad kunskap för att kunna göra kloka kliniska val.

Dagarna drog igång med en tankeväckande föreläsning av David Gyll och Rolf Ahlzén, med påminnelse om att ibland är det bästa vi kan göra att avstå onödiga utredningar och ingrepp, vilket är något alla bör reflektera över i sjukvården. Janaki Brolin tag vid och förde resonemanget in i



Maria Palmetun Ekbäck, Michael Andresen och Sofie Näslund är nöjda med årets forum.



Obesitasbehandling – Niclas Abrahamsson.



Rolf Ahlén (vä) och David Gyll (hö).



Gruppen Made in Sweden lyfte stämningen under middagen.

vår kliniska vardag, med konkreta exempel kring anemiutredningar. Därefter rörde vi oss vidare med spaningar från Strama; senaste nytt om rekommendationer och restnoteringar. Fredrik Cederblad och Per Nydert gav vidare en god fördjupning kring (säkra) läkemedel för barn. Och så klart – ingen medicinsk konferens utan en ordentlig djupdykning i den heta frågan om framtidens obesitasbehandlingar med Niclas Abrahamsson och Anders Forslund!

Andra dagen inleddes med Sibylle Mayer Standar som på ett engagerat sätt föreläste om kognitiva sjukdomar; både vad gäller utveckling av diagnostiska metoder så väl som behandlingsalternativ. Därefter gav Johan Hellström råd om in- och utsättning av antidepressiva läkemedel vilket 1,2 miljoner svenskar hämtade ut

på recept under 2023. Han poängterade Socialstyrelsens påpekande om "icke-göra" kring att behandla ångesttillstånd med benzodiazepiner. Men, som Stina Johansson sedan förmedlade under sin föreläsning om palliativa läkemedel, ibland är benzodiazepiner bra att ha. När en patient befinner sig i livets slutskede skall man nog samt överväga vilken läkemedelsbehandling som patienten fortfarande har nytta av och vilken som bör sättas ut.

Avslutningseftermiddagens innehåll kretsade kring hud. Lars Rönnblom delade med sig av sin gedigna kunskap kring SLE – en sjukdom med ibland diffusa symptom och avsaknad av diagnoskriterier. Maria Palmetun Ekbäck tog sedan vid med läkemedelsreaktioner i huden, där antibiotika är den absolut vanligaste

orsaken till reaktion. Robert Holik, en fantastiskt underhållande föreläsare, avslutade genom ett försök att strukturera upp anamnestagning och bedömning av kronisk klåda (>6v). Alla dessa tre föreläsare betonade vikten av anamnes och status för att hamna rätt i bedömning.

Moderatorerna som lyfter rummet

Årets moderatorer, Sofie Näslund och Michael Andresen, var en bra duo. De kompletterar varandra perfekt: den ena energiskt sprudlande, den andra kvick och stillsam – tillsammans täckte de hela bredden av läkaryrket och höll diskussionerna både skarpa och underhållande. Kunskap i all ära – men det är människorna som gör det! Utöver den höga nivån



Fredrik Cederblad presenterade arbetet med rekommenderade läkemedel för barn.



Stina Johansson förmedlade värdefulla kunskaper om palliation.



Läkemedelsbehandling av obesitas hos barn med Anders Forslund

på föreläsningarna är det något annat som verkligen ger forumet sin guldkant: det sociala. Att få umgås med kollegor, knyta nya kontakter och återse gamla kursare är ovärderligt. Samtalen böljar mellan högt och lågt – från arbetssätt till frustrationer över journalsystem. Men när kvällen kommer och dansgolvet öppnar sig, ja, då är vi alla människor, dansande sådana, och dagen därpå känns det plötsligt som att alla 600 deltagare är vänner från förr – även om vi inte minns varandras namn.

Vi hoppas att vi ses på Mellansvenskt Läkemedelsforum i Örebro 11-12 februari 2026!

Sara Razmi och Andreas Parling
ST-läkare



Hallå där! David Gyll, föreläsare på Mellansvenskt läkemedelsforum 2025!

Du har ett oerhört stort engagemang för hållbar diagnostik och behandling – hur kommer det sig?

Engagemanget kommer nog mycket från att jag blir vred av icke sanningsenliga verklighetsbeskrivningar. Jag har dessutom haft förmånen att få vara med i flera sammanhang där jag fått åka med i andras engagemang, sådant är inspirerande!

Vad innebär kloka kliniska val för dig?

Det finns en risk för att begreppet evidensbaserad sjukvård används fel och istället blir en typ av riktlinjestyrd sjukvård där det finns en felaktig föreställning om att värdet av klinisk kompetens och klokhet nedvärderas. För våra multisjuka äldre patienter (som mycket sällan inkluderas i studier) krävs det att klinikern gör kloka avvägningar och tar ställning till i vilken grad tillgänglig evidens är applicerbar och till nytta för den

patient man har framför sig. Detta är klinisk klokskap! Kloka kliniska val handlar inte bara om icke-göra – det handlar om att ge en upplyst patient den vård som hen vill ha och behöver få. I många fall är absolut ett avvaktande förhållningssätt att föredra, men inte alltid.

Vad är ditt huvudbudskap från föreläsningen?

Ny teknik och allt mer information kommer inte att minska behovet av omdöme eller etiska bedömningar. Snarare tvärtom! Vården har potential att både skada och göra nytta. Vi måste tillsammans, och tillsammans med patienterna, hjälpas åt att minimera skador och se till att resurser läggs där de gör störst nytta.

Sofie Näslund
specialist i allmänmedicin



Hallå där! Sibylle Mayer, föreläsare på Mellansvenskt läkemedelsforum 2025!

Din föreläsning handlade om kognitiva sjukdomar – vilket viktigt budskap vill du lyfta fram?

Det är viktigt att samhället tidigt arbetar med frisk- och riskfaktorer kring utveckling av demenssjukdom. Många faktorer är påverkbara. Olika riskfaktorer har olika tyngd i olika delar av livet. I unga år betyder t ex utbildningsnivån mest. Två nya riskfaktorer är identifierade för medelåldern: nedsatt hörsel och hyperkolesterolemi (LDL).

Det är också viktigt att alltid bedöma om det för patienten finns indikation för symtomlindrande behandling med kolinerashämmare eller memantin. Forskning har visat en positiv effekt på kognition och funktionsförmåga vid behandling med kolinerashämmare vid utvalda tillstånd och att läkemedlen är väl tolererade även i den äldre sköra populationen.

Just nu händer det mycket nytt på området kognitiva sjukdomar. Nya sjukdomsmodifierande läkemedel som t ex lekanemab har relativt nyligen blivit godkända av EMA (europeiska läkemedelsmyndigheten) och demensmarkörer (blodprov) kommer inom kort kanske ingå i utredning av Alzheimers sjukdom, vilket kommer bidra till tidigare diagnostik.

Det viktigaste är dock att arbeta personcentrerat och multidisciplinärt under hela sjukdomsförloppet, helst gränsöverskridande för att tillgodose personens individuella behov, samt att erbjuda adekvat läkemedelsbehandling.

Du nämner lekanemab – hur fungerar det?

Lekanemab är ett sjukdomsmodifierande läkemedel vilket innebär en ny behandlingsprincip jämfört med dagens behandling som är symtomlindrande. Lekanemab är en monoklonal antikropp riktad mot aggregerade lösliga och olösliga former av amyloid- β -42 vilket minskar mängden amyloida plack. I samband med EMAs godkännande av lekanemab har nya riktlinjer för urval av patienter framtagits och detta kan förhoppningsvis påverka riskprofilen för behandlingen, men det är viktigt att en kontinuerlig dialog, med fokus på risk-nyttaprofil liksom kostnadseffektivitet, förs kring nya läkemedel.

Du nämnde FINGER-modellen i din föreläsning – vad handlar den om?

FINGER-modellen är baserad på de vetenskapliga resultaten från FINGER-studien, som visar att koordinerade livsstilsåtgärder inom fem områden kan förebygga eller fördröja utvecklingen av kognitiv svikt (hälsosam kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter och kontroll av hjärt- och kärlrelaterade riskfaktorer). Forskning visar att minst 40 % av alla fall av demens har koppling till dessa modifierbara livsstils- och miljöfaktorer.

Sofie Näslund
specialist i allmänmedicin

Nyheter i Rekommenderade läkemedel 2025–2026

De fullständiga rekommendationerna kan läsas i appen eller i webbversionen av appen på hemsidan

Nedan följer ett urval av ändringar som skett sedan förra versionen av Rekommenderade läkemedel.

Hud: Texten om bensår utgår. Rekommenderad handläggning beskrivs istället i regionens vårdprogram för Hudsjukdomar samt i Strama-appen.

Reumatologi: Vid (urinsyre-)gikt rekommenderas probenecid som ett andrahandsalternativ till patienter med kontraindikation eller biverkan av allopurinol. Febuxostat rekommenderas inte till patienter med ischemisk hjärtsjukdom eller hjärtsvikt.

Urologi: För uretärstensanfall finns en ny text om icke-farmakologisk behandling. Ketobemidon har avregistrerats och utgår. Istället rekommenderas morfin/oxikodon tablett/injektion till patienter med behov av smärtlindring och samtidig kontraindikation eller otillräcklig effekt av NSAID. Till patient med kräkningar rekommenderas suppositorium hyoscinebutylbromid-morfin-noscapin-papaverin APL.

Läkemedel innehållande sildenafil får inte förskrivas med förmån till patienter med erektil dysfunktion. Sildenafil ingår i förmånen endast vid indikationen pulmonell hypertension.

Lungsjukdomar: Rekommendationerna baseras i huvudsak på behandlingsrekommendationer publicerade från Läkemedelsverket. FABA (fast-acting beta-2-receptor agonist) är ett nytt begrepp som introduceras. FABA har snabbt insättande effekt, med antingen lång verkan (formoterol, ca 12 timmar) eller kort verkan (salbutamol och terbutalin, ca 4 timmar).

Inhalationssteroider i fast kombination med FABA rekommenderas som steg 1. Undvik behandling med enbart luftströvsidigare. En ny behandlingsstrappa finns.

Vid KOL bör valet av initial inhalationsbehandling baseras på GOLD-grupperna A, B och E (symtombild och exacerbationsfrekvens). Läkemedelsbehandling presenteras i en ny trappmodell.

Felaktig inhalationsteknik är en vanlig orsak till terapivikt, varför uppföljning och återkommande utvärdering av inhalationsteknik är av stor vikt. Behandling med



Rekommendationerna avser såväl sluten som öppen vård och baseras i första hand på värderingar av läkemedlens medicinska ändamålsenlighet.

kombination av olika typer av inhalatorer kan öka risken för användarfel. Till patienter som kan hantera pulverinhalatorer rekommenderas sådana i första hand.

Akuta tillstånd på hälsocentral: Rekommendationerna omfattar enbart läkemedel som är direkt eller indirekt livräddande. Läkemedlen ska potentiellt minska morbiditet och mortalitet i väntan på ambulans. Basläkemedlen ska finnas på alla hälsocentraler. Diagnoser som omfattas av rekommendationen är: akut koronart syndrom, hjärtstopp, akut hjärtsvikt, anafylaxi, akut exacerbation av astma/KOL, generella kramper och hypoglykemi.

Utöver baslistan finns möjlighet att göra tillägg av optionsläkemedel, som kan beställas utifrån lokala förutsättningar och efter beslut av verksamhetschef/medicinsk rådgivare. Optionsläkemedel avser läkemedel för A-HLR samt vid opioidintoxikation.

Mun och tandvård: Kapitlet har uppdaterats utifrån uppdaterade nationella riktlinjer för tandvård. Nya avsnitt om särskilt tandvårdsbidrag och regionalt tandvårdsstöd finns. Text om antibakteriell sköljning utgår. Texten om handläggning av anafylaxi inom tandvården utgår.

Neurologi: Läkemedlen pregabalin, gabapentin, levetiracetam och lamotrigin är ej utbytbara på apotek. Läkemedelsmallar i Cosmic finns för att hjälpa förskrivaren att förskriva det mest kostnadseffektiva alternativet (oftast fabrikatet Orion) vid receptordination av dessa läkemedel.

Smärta: För behandling av nociceptiv smärta utgår ketobemidon (avregistrerad) samt metadon ur rekommendationerna.

Vid behandling av neuropatisk smärta betonas risken för beroendutveckling vid behandling med pregabalin. Venlafaxin rekommenderas inte längre vid neuropatisk smärta.

I rekommendationstexten betonas att det vetenskapliga underlaget för effekten av läkemedel mot nociplastisk smärta är osäkert.

Vård i livets slutskede: Injektionsläkemedel som rekommenderas vid livets slut ska hanteras av legitimerad sjukvårdspersonal. Rekvisitionsförfarande rekommenderas. Läkare och sjuksköterska ansvarar för att förvaring och hantering av ordinerade läkemedel görs på ett säkert och föreskriftsenligt sätt (t ex genom sk "palliativa kitet"), se även artikel i detta nummer "Man dör bara en gång". Injektionsberedningar av läkemedlen Robinul, Haldol och midazolam ingår dessutom inte i högkostnadsskyddet.

Läkemedel Primperan, Haldol och olanzapin kan användas mot besvärligt illamående.

Fentanyl med kortverkande beredningsform utgår från rekommendationerna.

När det gäller systemiska glukokortikoider vid cancersjukdom rekommenderas det att patienten bör ha en förväntad livslängd på minst 2–4 veckor för att behandlingen ska hinna ge meningsfull effekt (stärkande syfte).

Hjärta och kärl: Som sekundärprevention vid ischemisk kranskärtsjukdom bör P2Y12-hämmare (klopidogrel, ticagrelor eller prasugrel) ges tillsammans med ASA under begränsad tid efter PCI. Läkemedlet sätts in via hjärtspecialist. Behandlingslängden med P2Y12-hämmare ska tydligt dokumenteras i journal/ordination, så att behandlingen inte kvarstår av misstag.

Kalciumantagonisterna verapamil (används sällan) och diltiazem (avregistrerad) utgår från rekommendationerna.

Se också separat artikel om uppdaterade rekommendationer vid hjärtsvikt.

Psykatri: Rekommenderad KBT-metod anges, beroende på underliggande diagnos.

Vid tobaksavvänjning tillkommer cytisiniklin (Asmoken) som andrahandsrekommendation.

Blod: Rubriken makrocytär anemi har ändrats till megaloblastanemi. I samma text förtydligas vilka situationer där parenteralt B12 rekommenderas.

Gastroenterologi: Vid farmakologisk behandling av förstoppning jämföras bulkmedel och osmotiskt verkande medel; båda läkemedelsgrupperna rekommenderas i första hand.

Vid gastroesofageal reflux förtydligas att, för patienter som haft längre tids behandling, rekommenderas uttrappning av PPI för att minska reboundfenomen (upplevd återkomst av symtom).

Gynekologi: Ett förtydligande gällande bioidentiska gestagener finns. Utifrån otillräcklig evidens för säker användning, rekommenderas inte förskrivning. Avrådan från ordination av opioidpreparat mot dysmenorré. Hormonspiralen Levosert har utgått och ersatts med Levosertone. Hormonspiralen Mirena har fått utökad användningstid från 6 år till 8 år. Förtydligande att svampodling inte är motiverad vid sporadiska besvär av misstänkt candidavaginit.

Infektion: Gävleborgs egen Strama-app har upphört. Istället hänvisas till nationella Stramas app. Nya rekommendationer gällande läkemedelsbehandling vid influensa, Covid-19 och herpes zoster har tillkommit. Rekommendation för handläggning av patient med misstänkt PC-allergi har publicerats.

Ögon: Pga långvarig restsituation på läkemedlet Fucithalmic, kan kloramfenikol istället användas vid keratit och bakteriell konjunktivit. Kontradikation för chloromycetin är känd anamnes av bloddyskrasi eller med bloddyskrasi i familjen, inklusive aplastisk anemi.



Läs rekommendationerna på regiongavleborg.se/lmk

Rekommenderade läkemedel för barn – ny upplaga 2025–2026

Rekommendationerna är framtagna genom ett samarbete mellan de sju regionerna i Sjukvårdsregion Mellansverige. Upplagan finns i två versioner; en kortfattad och en fullständig (med bakgrundsmaterial, motiveringar till valda läkemedel och referenser).

Rekommendationerna belyser vanliga läkemedelsbehandlingar i öppenvård, men kan med fördel användas även i slutenvård. Förhoppningen är att rekommendationerna ska öka säkerheten vid behandling av åkommor hos barn och göra det lättare att välja lämplig åtgärd.

Nedan presenteras de viktigaste förändringarna sedan förra utgåvan:

Gastroesofagal refluxsjukdom: Doseringsangivelser för esomeprazol och omeprazol utgår, eftersom de anges mycket tydligt i FASS (behålls dock för lansoprazol eftersom det saknas information i FASS).

Ulcus: Barn med misstänkt gastrointestinalt ulcus ska remitteras till barnläkare.

Förstoppning: Justerade dosangivelser av makrogol och laktulos.

Viral gastroenterit: Nytt kapitel där betoningen ligger på vikten av vätskeersättning. Racekadotril (Hidrasec) kan övervägas hos spädbarn äldre än tre månader med kraftiga diarréer där det inte går att ge vätskeersättning i tillräckliga mängder. Ondansetron som engångsdos kan övervägas på akutmottagning hos barn från sex månaders

Rekommenderade läkemedel för barn 2025–2026



ålder med mild-måttlig dehydrering och som inte klarar av peroral vätskeersättning på grund av kräkningar.

Perianal streptokockinfektion: Första handsvalet ändras till fenoximetylpenicillin eftersom beslutsunderlaget för en eventuell bättre effekt av cefalosporinpreparat är begränsat.

Krupp: Ändrade maxdoser för dexametason/betametason baserade på ePed.

Tonsillit, kutan borrelia och astma: Uppdaterade kapitel enligt Läkemedelsverkets senaste behandlingsrekommendation.

Sofie Näslund
specialist i allmänmedicin

Vinnare jultävling MiX 4 2024



Ordet som efterfrågades i MiX jultävling var: RESTAD

1. Creon
2. Ozempic
3. Lasix Retard
4. Ringer-Acetat
5. Inolaxol
6. Depo-Medrol

Vi säger grattis till vinnaren:
Yvonne Lind Lundgren

Uppdaterade behandlingsrekommendationer för hjärtsvikt

Hjärtsvikt är ett vanligt förekommande och allvarligt tillstånd, förknippat med hög dödlighet och nedsatt livskvalitet. Förekomsten i befolkningen är ca 2-3 % och ökar med stigande ålder (i gruppen >70 år är förekomsten ca 10 %). Prognosen, som i många fall är sämre än för många vanliga cancersjukdomar, varierar kraftigt med hjärtsviktens svårighetsgrad.

Genom modern behandling har prognos och livskvalitet förbättrats avsevärt, vilket motiverar tidig och korrekt diagnostik, samt optimal omsorg och behandling.

Hjärtsvikt delas in i tre huvudgrupper, baserat på vänster kammars ejektionsfraktion (EF):

- 1. Hjärtsvikt med reducerad EF (HFrEF = Heart Failure with reduced Ejection Fraction, EF ≤ 40 %)
- 2. Hjärtsvikt med lätt reducerad EF (HFmrEF = Heart Failure with mildly reduced Ejection Fraction, EF 41-49 %).
- 3. Hjärtsvikt med bevarad EF (HFpEF = Heart Failure with preserved Ejection Fraction, EF ≥ 50 %).

Behandling HFrEF:

För HFrEF finns väldokumenterad behandlingseffekt för flertalet farmakologiska och icke-farmakologiska metoder. Att snabbt sätta in kombinerad läkemedelsbehandling ger tydlig prognostisk nytta (STRONG HF studie).

Om vätskeretention föreligger – ordinera diuretika först.

Påbörja basbehandling så snabbt som möjligt med följande fyra läkemedelsgrupper: SGLT2-hämmare (SGLT2h), betablockerare (BB), ACE-hämmare (ACEh)/ARNI samt mineralkortikoidreceptorantagonister (MRA), gärna inledande (inledande inom 2–4 veckor efter utskrivning).

Behandlingsprinciperna är densamma för inledande sjukhusvård och öppenvård.

Eftersom dödligheten är högst initialt i förloppet är det viktigt att skyndsamt sätta in och titrera upp läkemedel från samtliga fyra ovanstående läkemedelsgrupper.

Läkemedlen har additiva effekter och de flesta patienter har nytta av behandling med alla fyra samtidigt. Patienter med HFrEF ska provtas för att utesluta järnbrist.

Beroende på samsjuklighet rekommenderas insättning enligt bilden till höger:

Om patienten inte blir symptomfri får man överväga andra åtgärder så som:

- Device implantation (CRT-P, s k svikt-pacemaker med eller utan ICD funktion)

- Tillägg av digoxin om patienten har förmaksflimmer (särskilt vid snabbt flimmer)
- Klaffintervention
- Invasiv behandling av ischemisk hjärtsjukdom (PCI, CABG)
- Hjärttransplantation/hjärt pump

Behandling HFmrEF:

Behandling av patienter med HFmrEF är inte lika väl studerat men även dessa patienter verkar ha nytta av första linjens behandling och sådan ska alltid övervägas, se bilden på nästa sida.

Behandling HFpEF

Vid HFpEF används symtomlindrande behandling med diuretika på samma sätt som vid HFrEF och HFmrEF, se bilden på nästa sida.

Nyare studier har visat att SGLT2-

»Att snabbt sätta in kombinerad läkemedelsbehandling ger tydlig prognostisk nytta vid HFrEF«

hämmare minskar antalet sjukhusinläggningar på grund av hjärtsvikt och minskar kardiovaskulär dödlighet hos patienter som har hjärtsvikt, oberoende av vänsterkammerfunktion.

Riskfaktorer som högt blodtryck, övervikt, diabetes, nedsatt njurfunktion, ischemisk hjärtsjukdom och förmaksflimmer ska behandlas.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för patient med nydebuterad hjärtsvikt

2021 publicerades, av den nationella kunskapsstyrningen, ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för nydebuterad hjärtsvikt, som ett led i det nationella arbetet med kunskapsstyrning.

Övergripande mål med vårdförloppet är att:

- förbättra livskvalitet, fysisk kapacitet och överlevnad hos patienter med hjärtsvikt.
- minska behovet av sjukhusinläggningar hos patienter med hjärtsvikt.
- öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården.

Kronisk hjärtsvikt med nedsatt systolisk vänsterkammerfunktion (HFrEF)

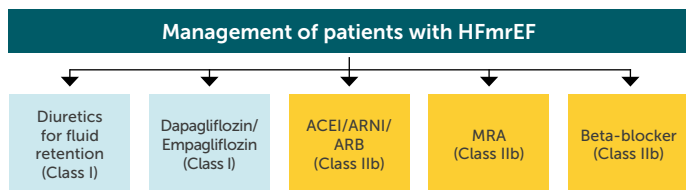
Diuretika vid tecken eller symptom på övervätskning	Elkonvertering av förmaksflimmer	Ischemisk hjärtsjukdom	Uttalad stas	Nedsatt njurfunktion	Hypotension	Hyper-tension	Flimmer (normofrekvent)	Hög frekvens (oavsett rytm)	Hälsosamma levnadsvanor och bästa behandling av underliggande sjukdom
		Börja med:							
		BB + SGLT2h	SGLT2h + ACEh**	SGLT2h + BB	SGLT2h	ACEh** + BB	SGLT2h + ACEh**	BB + SGLT2h	
		Snart därefter tillägg av:							
		ACEh** + MRA	BB + MRA	ACEh**	BB + ACEh* + MRA	SGLT2h + MRA	BB + MRA	ACEh** + MRA	
		Vid fortsatt symtomatisk hjärtsvikt:							
		ACEh/ARB byts till ARNI							
		Övriga åtgärder att överväga vid fortsatt symtomatisk hjärtsvikt							
		CRT-P/CRT-D (vid breda QRS); ICD							
		Ivabradin; Digoxin; Vericiguat; Nitrat mm							
Klaffintervention; flimmerablation; revaskularisering									
Hjärttransplantation; hjärtpump									

Gröna fält: Rekommenderas. Gula fält: Kan ges eller övervägas som behandling i andra hand.

*ARB vid besvärlig rethosta av ACEh.

**ARB vid besvärlig rethosta av ACEh. ARNI kan hos utvalda patienter övervägas som första linjens behandling i stället för ACEh/ARB.

Behandling HFmrEF:



Management of patients with heart failure with mildly reduced ejection fraction. ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; HFmrEF, heart failure with mildly reduced ejection fraction; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist

För att uppnå målen ska:

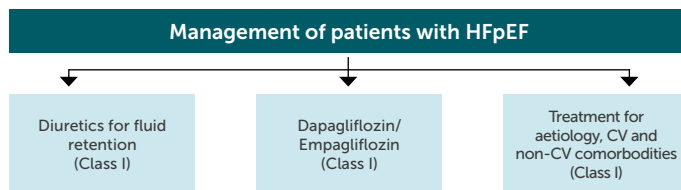
- tiden till första ekokardiografiundersökning kortas.
- tiden till optimal behandling kortas.
- andelen patienter som behandlas vid hjärtsviktsmottagningar ökas.
- andelen patienter som får ett individuellt

besök hos fysioterapeut i enlighet med vårdförloppet ökas.

- andelen patienter som erhåller adekvat behandling ökas.

Bartosz Grzymala-Lubanski
specialist i kardiologi

Behandling HFpEF:



Management of patients with heart failure with preserved ejection fraction. CV, cardiovascular; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction.

Källor:

Läkemedelsbehandling vid kronisk hjärtsvikt - samverkan läkemedel

Hjärtsvikt, vårdförlopp | Kunskapsstyrning vård | SKR

Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised trial

Man dör bara en gång

Inom den palliativa vården är det ibland svårt att uppnå fullgod symtomkontroll, trots omfattande ansträngningar med såväl farmakologiska som icke-farmakologiska insatser.

Smärta, inte minst i livets slutskede, är ett komplext begrepp som rymmer många aspekter; fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Men det finns vissa lågt hängande frukter som vi alla kan vinnlägga oss om att inte förbise.

Att upptäcka och åtgärda urinretention kan hos vissa patienter vara den insats som helt förändrar spelplanen. Likaledes är åtgärdande av förstoppning och säkerställande av god munhälsa avgörande faktorer som sällan kräver avancerade åtgärder.

Möjligheten till närståendepenning är kraftigt underutnyttjad. Av ca 90 000 dödsfall i Sverige varje år är det bara i omkring 15 % av fallen som en anhörig tagit ut närståendepenning. I snitt tas det ut omkring fem dagar och det är sällan mer än en anhörig som söker ersättning. Detta ska ställas i proportion till att varje patient disponerar 100 dagar. Det finns flera förklaringar till varför så många avlider utan att närståendepenning tagits ut, men tveklöst har sjukvården ett stort ansvar att informera om denna möjlighet.

En förutsättning för att man skall kunna aktualisera närståendepenning är att patient och anhöriga fått information om att sjukdomen i fråga är livshotande. Och om man skall kunna ta ut merparten av de 100 dagarna kan ansvarig läkare inte vänta tills dess att förväntad överlevnad understiger

enstaka veckor, vilket ofta sker idag. Det råder stor enighet om att vi i sjukvården behöver bli bättre på att initiera brytpunktsamtal, men vi vet också att detta är lättare sagt än gjort. Tidsbrist vid läkarbesök och bristande sjukdomsinsikt hos patient/anhöriga kan vara några av de hinder som skall överbryggas. Sedan 2022 hänvisar nationella vårdprogrammet i palliativ vård till konceptet "samtal vid allvarlig sjukdom". Det är en strukturerad modell som syftar

»Det råder stor enighet om att vi i sjukvården behöver bli bättre på att initiera brytpunktssamtal«

till att personer med allvarlig sjukdom och deras närstående ska erbjudas samtal om önskemål och prioriteringar, så att vården utformas utifrån deras behov för att på bästa sätt kunna leva ett gott liv med allvarlig sjukdom.

De vanligaste symtomen i ett palliativt sjukdomsskede generellt, och för den döende patienten i synnerhet, är smärta, andnöd, illamående, oro/ångest och förvirring. Även vid svår sjukdom bör grunden för

symtomlindring vara icke-farmakologisk. Samtidigt är det viktigt för patienter i palliativ vård att få effektiv och snabb lindring. Läkemedelsbehandling sker därför nästan alltid parallellt med andra interventioner.

Grunden för den farmakologiska behandlingen i livets sista tid är det palliativa kitet som är framtaget i internationell konsensus för att kupera ovan nämnda symtom.

I Gävleborg pågår nu ett arbete med att ta fram en länsövergripande rutin för rekvisering av läkemedel i palliativa kitet, så att dessa alltid skall finnas till hands utan krav på receptföreskrivning.

Låt oss hjälpas åt att skörda de lågt hängande frukterna.

Man dör bara en gång.

David Bonnevier

specialist i allmänmedicin

Fyra injektionsläkemedel ingår i palliativa kitet:

1. **OPIOID**, i första hand morfin, mot smärta och andnöd
2. **BENSODIAZEPIN**, i första hand midazolam som har kort halveringstid, mot oro/ångest
3. **ANTIPSYKOTIKUM**, i första hand haloperidol, mot illamående, delirium och hallucinationer
4. **ANTIKOLINERGIKUM**, i första hand glykopyrronium, mot rosslingar

Diabetes – glukossänkande läkemedels-behandling vid typ 2-diabetes

Behandlingsrekommendationerna från DIAREG utgår och ersätts av rekommendationer från NAG-LOK, som är en del av den nationella kunskapsstyrningen.

Att erbjuda stöd till att etablera och upprätthålla goda levnadsvanor utgör fortfarande basen i behandlingen för alla patienter med typ 2-diabetes. Tydliga hälsovinster skapas också genom blodtrycksbehandling vid förhöjt blodtryck och statinbehandling vid förhöjda lipidnivåer. God kontroll över blodsockernivåerna minskar framförallt risken att drabbas av mikrovaskulära komplikationer på längre sikt.

Metformin utgör fortfarande förstahandsbehandling som glukossänkare till samtliga patienter som tolererar läkemedlet. Val av tilläggsbehandling bestäms därefter utifrån patientens hälsotillstånd/riskprofil.

SGLT2-hämmare rekommenderas som förstahandsbehandling till patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom samt till patienter med njursjukdom, som definieras som GFR <60 ml/min/1,73 m²

och/eller albuminuri.

För patienter med hög kardiovaskulär risk (begreppet är inte helt tydligt definierat, men innebär diabetesjukdom tillsammans med flera samtidiga riskfaktorer för hjärt-/kärlsjukdom) kommer SGLT2-hämmare in som andrahandsbehandling efter metformin, när den blodsockersänkande effekten av metformin är otillräcklig. SGLT2-hämmare administreras i tablettform.

Injektion av GLP-1-analog rekommenderas som andrahandsbehandling vid sekundärprevention hos patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom, samt för patienter med njursjukdom. För

patienter med hög kardiovaskulär risk är samma behandling ett tredjehandsval, som kan läggas till om behandlingsmålet för god blodsockerkontroll inte nås. Syftet med behandlingen är att ge förbättrad metabol kontroll och för ovan beskrivna patientgrupper kan tillägget också ge en viss ytterligare kardiovaskulär riskminskning. Observera att GLP-1-analog i tablettform (Rybelsus) inte ingår i rekommendationerna.

De omfattande och långvariga leveransproblemen av GLP-1-analoger i injektionsform och deras jämförelsevis högre pris gör att de prioriteras lägre än SGLT2-hämmare.

»SGLT2-hämmare rekommenderas som förstahandsbehandling till patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom samt till patienter med njursjukdom«

Glukossänkande behandling vid diabetes typ 2

Mål

God metabol kontroll och kardiorenal riskreduktion hos personer med hög kardiovaskulär risk.

Mål

God metabol kontroll

Mål

God livskvalitet

1 Basbehandling: Metformin* och stöd till att etablera och bibehålla hälsosamma livsvanor.

Sköra äldre/kakexi

Etablerad kardiovaskulär sjukdom

1 SGLT2

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

2 SGLT2

Njursjukdom* GFR < 60 och/eller albuminuri

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**

3 GLP1* subkutant**

2 GLP1 subkutant

Varken hög kardiovaskulär risk eller njursjukdom

Viktökande

**Insulin
SU/Repaglinid
Pioglitazon**

Viktneutralt

DPP4

Viktminskande

**SGLT2
GLP1*****

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

För patienter som inte har något av ovanstående bakomliggande tillstånd är syftet med behandlingen att sänka blodsockret. Tillgång till läkemedel, såväl som läkemedelskostnad, bör vägas in i behandlingsbeslutet för den enskilde patienten. En hel palett av läkemedel finns tillgängliga.

I rekommendationerna tydliggörs också att insuliner (framför allt NPH-insulin) fortfarande har en plats i terapin. Humulin NPH är det enda kvarvarande NPH-insulinet på svenska marknaden efter Q3 2025.

För de mest sjuka och sköra äldre är de nationella rekommendationerna överensstämmande med våra befintliga rekommendationer. Behandlingsmålet är att uppnå god livskvalitet och att undvika biverkningar av givna läkemedel.

Utöver själva läkemedelsrekommendationerna finns också kompletterande text om rekommenderad handläggning av glukossänkande behandling vid graviditet, vid systemisk kortisonbehandling samt vid frivillig fasta (ramadan). En text om läkemedelsbiverkningar för respektive preparatgrupp finns också.

Björn Ericsson

specialist i allmänmedicin



Diabetes – glukossänkande läkemedelsbehandling vid typ 2-diabetes
- 1177 för vårdpersonal

Preparat, dos, ca-pris per år	
Rekommenderat läkemedel per läkemedelsgrupp	Övriga
metformin 1 g, 1x2 ca 400 kr	repaglinid 2 mg, 1x3 ca 1 200 kr
sitagliptin, 100 mg 1x1 ca 530 kr	Trajenta 5 mg, 1x1 ca 4 400 kr
Synjardy 12,5 +850mg alt 12,5 +1000 mg, 1x1 ca 3 000kr	Forxiga 10 mg, 1x1 ca 5 200 kr Synjardy 5+850 alt 5+1000 mg, 1x2 ca 5 200 kr Jardiance 10 mg, 1x1 ca 5 200 kr
pioglitazon 15 mg, 1x1 ca 1 300 kr	
Ozempic 0,25/0,5/1 mg, 1/v ca 13 700 kr	Rybelsus 7/14 mg, 1x1 ca 13 200 kr
	Trulicity 1,5/3/4,5mg, 1/v ca 13 700 kr Victoza 1,2/1,8 mg, 1x1 ca 12 200/ 18 400 kr Xultophy 100 E+3,6 mg, 1x1 ca 19 900 kr
Basinsulin, diabetes typ 2, 40 E/dygn	
Insuman Basal, 100 E/mL ca 2 500 kr	Abasaglar KwikPen, 100 E/mL ca 4 400 kr Lantus SoloStar, 100 E/mL ca 5 300 kr Tresiba FlexTouch, 100/200 E/mL ca 6 500/6 400 kr
Direktverkande insulin, 40 E/dygn	
Insulin aspart Sanofi Solostar, 100 E/mL ca 2 400 kr Insulin lispro Sanofi SoloStar, 100 E/mL ca 2 500 kr	Apidra SoloStar, 100 E/mL ca 2 900 kr Fiasp FlexTouch, 100 E/mL ca 3 100 kr Humalog KwikPen, 100/200 E/mL ca 3 100/2 900 kr NovoRapid FlexPen, 100 E/mL ca 3 200 kr

*Vid byte från insulin glargin 100 E/mL (Abasaglar, Lantus) till insulin glargin 300 E/mL (Toujeo) kan enligt Fass en högre dos (10-18 %) av Toujeo krävas för samma blodsockersänkande effekt (motsvarar ca 4 500-4 800 kr/år). Källa: Prisjämförelse recept Västra Götaland.



Victoza (liraglutid) – utgår slutet av Q3 2025

Företaget som tillverkar Victoza kommer upphöra med försäljningen av detta läkemedel. Utfasningen kommer ske under ca ett år framåt och företaget planerar för att kunna leverera produkten till befintliga patienter fram till och med slutet av tredje kvartalet 2025.

Behandlingsalternativ

Sedan januari 2025 finns biosimilaren Diavic (liraglutid) som ersättare till Victoza. Utbyte sker inte på apotek, nytt recept behövs. Vid frågor – kontakta: lakemedelsenheten@regiongavleborg.se

Insulatard, Levemir och Actrapid – utgår slutet av Q3 2025

Företaget som tillverkar Insulatard, Levemir och Actrapid kommer upphöra med försäljningen av dessa läkemedel. Utfasningen kommer ske under ca ett år framåt och företaget planerar för att kunna leverera produkterna till befintliga patienter fram till och med slutet av tredje kvartalet 2025.

LAG Diabetes och läkemedelskommittén rekommenderar:

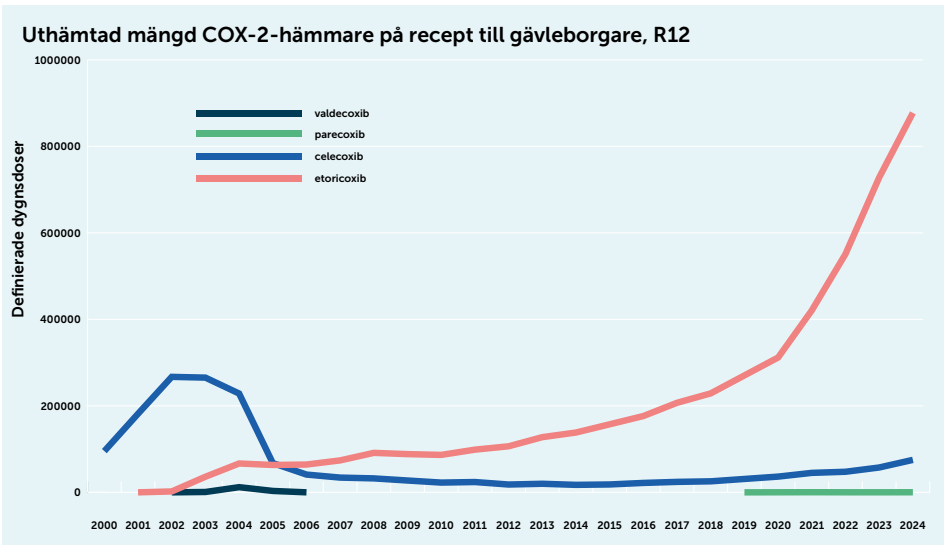
- Byte från Insulatard till Humulin NPH rekommenderas, då dessa bedöms som fullt likvärdiga.
- För Levemir rekommenderas byte till Abasaglar eller Toujeo. Även om Levemir har något kortare verkan, bör detta inte medföra några kliniska problem.
- Snabbverkande humaninsulin (Actrapid) har så gott som helt ersatts av snabbverkande analoger som Insulin lispro Sanofi och Insulin aspart Sanofi.

Vid frågor – kontakta: lakemedelsenheten@regiongavleborg.se

Kraftigt ökad förskrivning av etoricoxib

Förskrivare i regionen har uppmärksammat läkemedelskommittén på att COX-2-hämmare inte sällan ordineras till riskgrupper, t ex till äldre, till patienter med ischemisk hjärtsjukdom samt till patienter med PCSK9-hämmare. Läkemedelskommittén har analyserat förskrivningen i Gävleborg. Vilka potentiella risker finns med detta läkemedel för dessa patientgrupper?

Den selektiva COX-2-hämmaren Vioxx (rofecoxib) drogs in i september 2004, några år efter att studien VIGOR visat att de som tog den rekommenderade maxdosen riskerade tre gånger högre risk att drabbas av hjärtinfarkt och död, jämfört med de som tog naproxen. I samband med indragningen stördök även försäljningen av konkurrenten Celebra (celecoxib), medan den lilla uppstickaren Arcoxia (etoricoxib) som lanserades 2002 nästan inte påverkades alls. Idag, mer än 20 år senare, är etoricoxib den absolut vanligaste COX-2-hämmaren medan celecoxib har ungefär samma användning som 2005. Arcoxias patent gick ut 2017, men den största ökningen av etoricoxib har skett under de senaste fem åren. De flesta patienter hämtar ut läkemedel för behandling i upp till 8 veckor, och den största åldersgruppen är 55-65 år. Men den största procentuella ökningen under de fem senaste åren har skett hos personer som är 75 år och äldre.



Ett flertal studier och metaanalyser har genomförts för att ta reda på om celecoxib och etoricoxib uppvisar samma kardiovaskulära biverkningar som den avregistrerade rofecoxib, men inga

avgörande bevis har lagts fram – varken för eller emot. Djurförsök har dock visat att etoricoxib ger skador på njurar och hjärta, och att dos och behandlingstid spelar in.

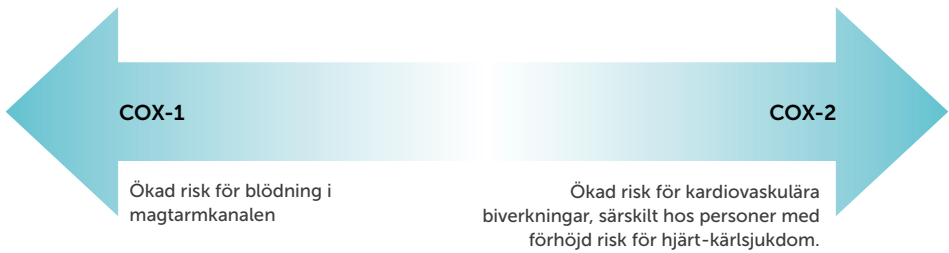
I produktresumén för Arcoxia listas kontraindikationer såsom kronisk hjärtsvikt, ej adekvat kontrollerat högt blodtryck, etablerad ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom och cerebrovaskulär sjukdom.

Sammantaget pekar det mesta på att det är klokt att vara försiktig med etoricoxib till äldre med annan underliggande sjukdom som ökar risken för skador på njurar och hjärta.

Tobias Westin
apotekare

Biverkningsprofil COX-hämmare

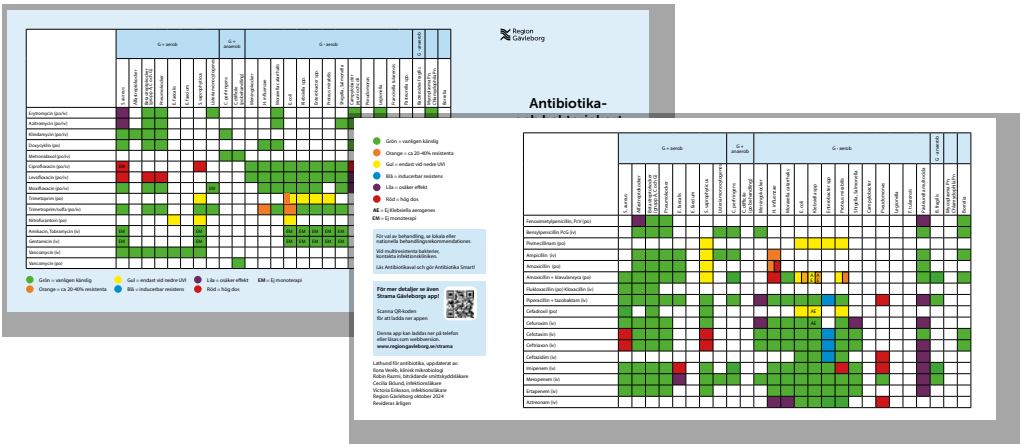
Effekten är dosberoende men COX-hämningens varaktighet har också betydelse.



Rangordningen från COX1- till COX2-selektivitet är:
Ketoprofen > naproxen = ibuprofen > diklofenak > celecoxib > meloxicam > etoricoxib

Uppdaterat Antibiotika- och bakteriekort

Under hösten 2024 har Strama, Klinisk mikrobiologi och infektionskliniken reviderat Antibiotika- och bakteriekortet. Kortet är ett stöd för behandlande läkare vid val av läkemedel utifrån känslighet och aktuellt resistensläge. Kortet går att beställa från strama@regiongavleborg.se



Referat från Läkemedelsverkets seminarium om
läkemedelsförgiftningar – paracetamol

Paracetamol – riskfyllt läkemedel vid felaktig användning

”Allting är gift och inget är utan gift – det är dosen som avgör”.

Citatet härstammar från Paracelsus som var en schweizisk läkare, alkemist, naturfilosof och mystiker på 1500-talet. Förutom att han är en viktig person för medicinlärans utveckling är han känd för sina försök att förbättra apoteksväsen-
det. Att forskning och kunskap drivs framåt är av yttersta vikt för patienter.
I Lancet publicerades 1973 en genomgång av 60 tillbud med paracetamolförgiftning. Av dessa avled 20 % (!) och 49 patienter ådrog sig en allvarlig leverskada. Detta var innan sjukvården hade tillgång till antidoten acetylcystein – ett läkemedel som insatt inom 8–10 timmar ger ett så gott som fullständigt skydd mot leverskada. Vid överdos av depotpreparat liksom vid massiv intagen dos behöver dosen acetylcystein dubblas. Hos riskpatienter (t ex ätstörning, malabsorptionssjukdom, kronisk alkoholöverkonsumtion, kronisk hepatit C, gastric by-pass-opererade eller överdos med depotpreparat) är acetylcystein indicerat vid lägre S-paracetamolnivåer än annars. Ventrikelsköljning är sällan indicerad.

»Försäljningen av paracetamol över disk (receptfritt) är tämligen oförändrad sedan början av 2000-talet, men förskrivningen ökar«

Paracetamol i sig har en låg akut toxicitet, men vid överdos genereras en toxisk metabolit som kan framkalla levernekros. Initiala symtom saknas, förutom efter intag av massiv dos (illamående och kräkningar). Leverpåverkan debuterar efter 1–1,5 dygn med stigande transaminaser.

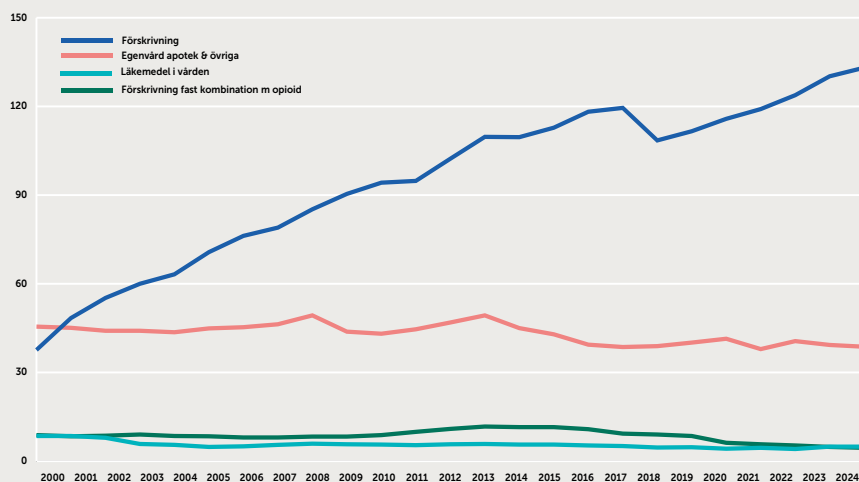
Försäljningen av paracetamol över disk (receptfritt) är tämligen oförändrad sedan början av 2000-talet, men förskrivningen

ökar – och förfrågningarna till Giftinformationscentralen ökar. Självskada genom läkemedelsöverintag är ofta en impulshandling. Receptbelagd paracetamol är oftare förpackad i burk, vilket gör det lätt att snabbt inta en stor mängd tabletter. Blisterförpackning motverkar detta genom att det tar tid att få ut en stor mängd tabletter. Tidsåtgången kan ge den där lilla fördröjningen av impulsen som därmed avstyr suicidhandlingen.

Sofie Näslund

specialist i allmänmedicin

Såld mängd paracetamol i Gävleborg, milligram per person per dygn



Är din patients paracetamolanvändning ändamålsenlig – har du tänkt till?



Fråga apotekaren

Fråga: Vad är ett läkemedel?

Svar: Ibland är det inte helt lätt att avgöra vad som är ett läkemedel och vad som inte är det. Detta gäller särskilt för produkter som ser ut som läkemedel t ex tabletter och krämer. Läkemedelslagen beskriver vad som är ett läkemedel och kort sammanfattat grundar sig definitionen på hur produkten marknadsförs och/eller dess medicinska egenskaper. Hur en produkt presenteras, vad den innehåller och hur den fungerar har alltså stor betydelse för vilka regler produkten måste följa.

En produkt som påstås ha effekt vid sjukdom måste vara godkänd som ett läkemedel – oavsett innehåll. Är en sådan produkt inte ett läkemedel, måste den istället uppfylla kraven för medicinteknisk produkt. Om produkten innehåller läkemedelssubstans eller medicinalväxt kan den vara ett läkemedel p g a innehållet. Växten ögontröst är vanligtvis inte ett läkemedel, men kan vara det om den är i form av ögondroppar. Om produkten har en läkemedelslik form kan detta vägas in i bedömningen. Tabletter är en vanlig form för läkemedel; bröd inte alls. En produkt som ska injiceras ska uppfylla reglerna för antingen läkemedel (farmakologisk, metabol eller immunologisk effekt) eller medicinteknik (t ex fylla ut vävnad) för att få säljas. Detta gäller oavsett hur den marknadsförs och vad den innehåller. Preventivmedel som ska tas upp av kroppen är alltid läkemedel (även t ex spermiedödande glidmedel).

Produkter som på ett eller annat sätt dödar bakterier eller andra mikroorganismer kan vara läkemedel (t ex produkt för att tvätta en patient inför operation), medicintekniska produkter (t ex linsvätska), kosmetiska produkter (t ex våtservetter) eller biocider (t ex desinfektion av händer hos sjukvårdspersonal) beroende på användningsområde. Produkter som ibland misstas för läkemedel kan istället kategoriseras som medicintekniska eller kosmetiska produkter, kosttillskott, djurfoder eller biocidprodukter.

Är nya läkemedel kostnadseffektiva?

Läkemedelskommittén inleder det nya året med att presentera våra reviderade behandlingsrekommendationer för 2025–2026. Sjukvårdsregion Mellansveriges gemensamma rekommendationer för öppenvårdsläkemedel till barn är också nyligen uppdaterade.

Artiklar som beskriver de viktigaste uppdateringarna hittar du i detta nummer av MiX och fullständiga rekommendationer finns publicerade på läkemedelskommitténs hemsida/app. Regionens egna rekommendationer kan beställas som papperskopia i kortversion. Jag vill rikta ett stort tack till läkemedelskommitténs ledamöter och till våra terapigrupper för ert goda arbete med rekommendationerna!

MiX har fått ett nytt utseende, i linje med regionens uppdaterade visuella identitet. Vi hoppas att förändringarna gör att MiX blir ännu bättre. Redaktionen tar gärna emot tips och önskemål från er läsare vad gäller innehållet i MiX.

Läkemedelskostnaderna i Sverige har ökat kraftigt de senaste åren. Sverige har i en europeisk jämförelse fortfarande unionens lägsta läkemedelspriser för generika. För patentskyddade läkemedel ligger de svenska priserna något under EU-genomsnittet. Prissättningen för patentskyddade läkemedel inom förmånen bestäms av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) utifrån hälsoekonomiska data. Systemet syftar till att kunna göra jämförelser och prioriteringar genom att beräkna kostnad per läkemedelsnytta. På så sätt kan värdet av olika behandlingar och sjukdomstillstånd bedömas med samma mått. Systemet syftar också till att främja innovation av nya verkningsfulla behandlingar.

En vetenskaplig artikel som studerat den hälsoekonomiska nyttan för de läkemedel som subventionerats i Storbritannien under år 2000–2020 har nyligen publicerats. Enligt studiens resultat trängde kostnader för nya läkemedelsbehandlingar ut andra sjukvårdsinsatser på en hög prissättning i relation till effekt. De högsta priserna i relation till uppmätt hälsonytta sågs för onkologiska läkemedel. Man



»Stort tack till alla som arbetat med läkemedelskommitténs rekommendationer«

konstaterade också att kostnaden per uppnådd hälsovinst tydligt hade ökat under mätperioden.

Sveriges och Storbritanniens subventionssystem för läkemedel skiljer sig förvisso åt på flera sätt, men har ändå gemensamma beröringspunkter som t ex att en stor del av läkemedelskostnaden subventioneras av det allmänna och att prissättning samt rekommendationer bygger på hälsoekonomiska värderingar och horisontella prioriteringar.

Resultatet från studien manar till reflektion. Om vi lägger en stor andel av sjukvårdsbudgeten på läkemedel med en låg effekt till en hög kostnad, drar det ekonomiska resurser från andra delar av sjukvårdssystemet. Detta kallas för undanträngningseffekter och kan ses som ett tecken på ineffektivitet. Författarna av studien menar, att genom bättre prisförhandlingar för nya läkemedel, hade andra delar av sjukvårdssystemet

kunnat leverera en större mängd hälsa för samma summa pengar.

Slutligen vill jag tacka läkemedelskommitténs informationsläkare Sofie Näslund för ett gott samarbete och fina arbetsinsatser under sin tid på läkemedelskommittén. Lycka till på nya jobbet som barnhälsovårdsöverläkare, Sofie!



Björn Ericsson
ordförande
läkemedelskommittén

Referenser

Internationell prisjämförelse 2024, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000–20: a retrospective analysis – The Lancet

redaktionen

Elin Isaksson, apotekare, redaktör
elin.isaksson@regiongavleborg.se

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin, ordförande
i läkemedelskommittén
bjorn.ericsson@regiongavleborg.se

Sofie Näslund, specialist i allmänmedicin, informationsläkare
sofie.naslund@regiongavleborg.se

mix på webben

regiongavleborg.se/lakemedel

extern post

Region Gävleborg
Läkemedelsenheten
Lasarettsvägen 1, 801 88 Gävle

intern post

Läkemedelsenheten, Budstation -69-

produktion

Raring

tryck

Gävle Offset, Gävle