

Rapport om

Läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

Nr 252 maj 2025



**Referat från Mellansvenskt
Läkemedelsforum 2025, sid 18–20**



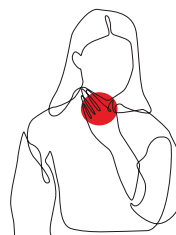
Referat från Mellansvenskt Läkemedelsforum 2025

Text: Gustaf Joachimsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum och Jens Lindqvist, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Den 12 och 13 februari samlades över 650 deltagare på Uppsala Konsert & Kongress för att lyssna till föreläsningar samt för att träffa och knyta kontakter med kollegor från andra regioner. Mellansvenskt Läkemedelsforum är årligen återkommande utbildningsdagar för läkare i samarrangemang av läkemedelskommittéerna i Sjukvårdsregion Mellansverige. Konferensens syfte är att belysa rationell och ändamålsenlig läkemedelsbehandling. Nedan refereras några av föreläsningarna.

Sofie Näslund, distriktsläkare, informationsläkare Läkemedelskommittén Region Gävleborg och Michael Andresen, klinisk farmakolog, Läkemedelscentrum, Region Örebro län välkomnade oss till årets Mellansvenska Läkemedelsforum.

Dagarna drog sedan i gång med en föreläsning av David Gyll, specialist i allmänmedicin på Bålänge Vårdcentral utanför Uppsala och Rolf Ahlzén, läkare och docent i medicinsk humaniora på Camtö, USÖ i Örebro. Rubriken var **Kloka kliniker och kloka kliniska val** och föreläsarna påminde oss om att mer data inte alltid är bättre, utan att det ibland är klokare att avstå onödiga utredningar och ingrepp. Begreppet Kloka kliniska val löpte sedan som en röd tråd genom alla efterföljande föreläsningar under både dag 1 och dag 2.



Den andra föreläsningen för dagen hölls av Cecilia Eich, specialist i allmänmedicin och Gunilla Stridh Ekman, apotekare, båda Strama, Region Uppsala. Föreläsningen handlade bland annat om **nya behandlingsrekommendationer av faryngotonsillit**.

Vid antibiotikabehandling av okomplicerad faryngotonsillit med fenoximetylpenicillin hos patienter över sex år utan underliggande sjukdom eller immunmodulerande behandling rekommenderas behandling i fem dagar med fyrdos, som alternativ till tidigare behandling i tio dagar med tredos.

Man har vid den nya doseringen sett bibehållen effekt men med mindre förekomst av biverkningar samt en fördel i form av ökad compliance. Den nya doseringen innebär också mindre resistenspåverkan eftersom den totala använda mängden antibiotika blir mindre.

För vuxna utan allvarlig underliggande sjukdom eller immunmodulerande behandling är den nya alternativa dosen fenoximetylpenicillin 800 mg 1 x 4 i 5 dagar.

För barn ≥ 6 år utan allvarlig underliggande sjukdom och utan immunmodulerande behandling är alternativ rekommenderad dosering 12,5 mg/kg x 4 i 5 dagar (upp till vuxendos).

Hos gravida är den rekommenderade dosen 1 g 1 x 4 i 10 dagar, detta med anledning av förändrad farmakokinetik.

Vid tonsillit med komplikationer rekommenderas fortfarande 10 dagars behandling som tidigare (gruppen ingick ej i studie gällande ny alternativ dosering enligt ovan).



Direkt efter lunch höll Janaki Brolin, specialist i internmedicin och hematologi vid Centralsjukhuset i Karlstad, en föreläsning om anemier.

Rubriken var **Anemiutredning och kloka val i vardagen**.

Det första hon frågade sig vid anemifynd var:

- Har patienten symtom tydande på anemi eller blödning?
- Vad är normalt blodvärde för denna patient?

Därefter använde hon blodkropparnas storlek och retikulocytvärdet för att gå vidare med riktad provtagning. Resterande delen av föreläsningen handlade främst om de vanligaste bristorsakerna till anemi, där diagnos ofta kräver ett tänkande utöver labparametrarnas normalvärden. Parametrar kopplade till järn, B12 och folat kan vara svåra att bedöma och en kritisk tolkning av flera parametrar krävs ofta för en god bedömning.

Gällande järnbrist föreslog Janaki ferritin $<30 \mu\text{g/L}$ som ett tecken på järnbrist (även utan anemi) och järnmätnadskvot $>0,2$ (=transferrinmättad $>20\%$) som målvärde vid järnsubstitution. Dock har ferritin flera felkällor inklusive bland annat inflammation, som gör att ännu högre gränsvärden kan sättas och Janaki föreslog ferritin $<70 \mu\text{g/L}$ som hållpunkt för järnbrist vid samtidig inflammation.

B12- och folatvärden ensamma kan vara svårtolkade och har en bredare gråzon, medan ett normalt homocystein utesluter brist på dessa byggstenar på ett relativt säkert sätt.

Utöver detta kan metylmalonat (MMA) användas för B12-bristanalys. Värdet över dubbla referensgränsen för MMA talar för B12-brist.

Tyvärr finns felkällor för alla enskilda bristanalys och därmed görs bedömningen sällan utan svårigheter.

Slutligen visade Janaki ett kliniskt fall med grav B12-brist. Det visade

bl.a. på att B12-brist kan ge pancytopeni till följd av ineffektiv erytropoes i benmärgen som ger intramedullär hemolys. Hon påpekade också att retikulocyter stiger snabbt vid B12-substitution och provtagning efter 5 dagar ska då visa ökade retikulocyter vid B12-substitution. Om inte är det klokt att lägga till folsyra under 2 veckor för att skapa förutsättningar för erytropoes. Ferritin kontrolleras efter 3 veckor eftersom även järnbrist kan uppstå när blodbildningen ökar.



Fredrik Cederblad, barnläkare och barnallergolog vid Uppsala barncentrum och vårdcentral föreläste därnäst på temat: **”Rekommenderade läkemedel för barn”**. Detta häfte som nu används i hela den sk sjuklövern skrevs faktiskt i sina första upplagor av Fredrik själv, men har sedan dess utökats och fått bidrag från alla regioner. Boken har fokus på tillstånd och behandlingar i öppenvård. Eftersom studier sällan gjorts på barn tar denna bok även med den samlade kliniska erfarenheten som kunskapsunderlag. Det innebär att innehållet skiljer sig gentemot FASS-texter. Detta då den kliniska erfarenheten i vissa fall innebär att risker med behandlingar tonas ned medan man i andra fall löper ökad risk för allvarliga händelser om FASS-texten följs.

Det senare exemplifierades med att en högre adrenalindos jämfört med FASS-texten rekommenderas av sjuklövern vid behandling av anafylaxi hos barn $>20 \text{ kg}$.

Efter inledningen gick Fredrik mer specifikt in på astmabehandling som är det kapitel i det reviderade häftet där de största förändringarna har tillkommit. Han konstaterade till exempel att montelukast ofta har bättre effekt hos yngre barn än hos äldre barn och vuxna, pga en annorlunda immunologisk inflammationsmekanism (leukotriendrivna inflammation). Han nämnde dock också att montelukast kan ge en del biverkningar såsom mardrömmar, personlighetsförändring och dålig sömn.



Dagen avslutades med en föreläsning om fetma/obesitas. Anders Forslund, docent, överläkare och barnläkare på Barnkliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala, föreläste om **barnobesitas**. Fokus ligger på diagnostik och behandling av bakomliggande faktorer såsom psykiatriska eller sociala problem. Han tog också upp vikten av långsiktig uppföljning inom både skolhälsovård och i förekommande fall primär-

vård eller specialistvård. I dagsläget finns inte någon godkänd specifik medicinering som rekommenderas. Bariatrisk kirurgi kan ibland bli aktuellt för barn i senare tonår.

Niclas Abrahamsson, med. dr, överläkare och endokrinolog på Endokrinsektionen på Akademiska sjukhuset i Uppsala tog vid kring **obesitasbehandling på vuxensidan**. Där är en större mängd läkemedel på väg in i behandlingsarsenalen. GLP-1-analoger finns att tillgå redan idag, samtidigt är flera andra läkemedel såsom kombinerade GLP-1-/GIP-analoger, glukagon-/GLP-1-analoger samt GLP-1-/GIP-/glukagonanalog på väg in på marknaden. Fältet expanderar och den stora frågan kommer att bli hur alla dessa behandlingar ska finansieras i framtiden. Socialstyrelsens huvudbudskap i sina nationella riktlinjer om obesitas från 2022 var "utbilda personal och erbjud mer vård". Idag finns få preparat inom förmån (Orlistat ganska ensamt och med modest effekt). Bariatrisk kirurgi har en framträdande roll och är effektiv. De nya GLP1-analoginnehållande läkemedlen mot fetma är också visat effektiva, men det verkar som att sådan behandling måste vara långvarig eller livslång för att effekten ska kvarstå.

Båda föreläsarna var dock överens om att det finns mycket stora hälsovinster att göra med minskad vikt hos patienter med obesitas och det gäller både barn och vuxna.



Dag två började på **temat kognitiva sjukdomar**. Läkare Sibylle Mayer Standar, geriatriker och överläkare på Minnesmottagningen, Region Gävleborg föreläste. Liksom föreläsarna dagen innan framhöll hon livsstilsåtgärder som viktiga för att förebygga sjukdom. Hon resonerade kring begreppet "kognitiv reserv" som innebär större motståndskraft mot demenssjukdomar. Hon framhöll att goda levnadsvanor och välreglerade kardiovaskulära riskfaktorer i kombination med kognitiv träning leder till senare utveckling av symtom och fördröjning av försämring vid demenssjukdomar. Många av riskfaktorerna för demensutveckling är gemensamma med kardiovaskulära riskfaktorer. Knappt hälften av alla demenssjukdomar kan enligt översiktsartikel från Lancet 2024 förebyggas eller fördröjas på dessa sätt.

Därefter gick Sibylle mer specifikt in på Alzheimers sjukdom och de läkemedel som finns idag samt de som är på gång. Hon konstaterade att kolinesterashämmarna har bäst dokumentation och tipsade om att de kan tas med mat för att minimera gastrointestinala biverkningar. Bättre funktionsnivå i hemmet är visad och till och med minskad mortalitet har setts i vissa studier. Frånvaro av tydlig insättningseffekt bör inte begränsa användningen. Byte till plåster kan minska GI-biverkningar. Om man väljer att sätta ut läkemedlet kan utvärdering av eventuell kognitiv försämring göras efter 6–8 veckor. Hon tonade ner den riskökning för kardiell påverkan som vissa studier har pekat på och några hinder för användning av kolinesterashämmare vid etablerad ischemisk hjärtsjukdom såg hon inte. Memantin har svagare dokumentation och är ett andrahandspreparat.

Man har en förhoppning om flera nya substanser och det forskas intensivt. Lecanemab har nyligen godkänts av EMA vid lindrig Alzheimers sjukdom. TLV utreder just nu hälsoekonomiska aspekter på detta preparat

och tills att den analysen är klar avråder NT-rådet från användning. Viss effekt är visad men inte så stor som man hade hoppats på.

Det finns också hopp om att i framtiden kunna uppnå bättre diagnostik via enkla blodprov. I dagsläget vilar dock diagnosen på klinisk bedömning med stöd av kognitiva tester och eventuell lumbalpunktion samt DT hjärna. (Sedan denna föreläsning hölls har den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA meddelat att det första blodtestet för Alzheimers sjukdom har godkänts i USA.)



Senare samma förmiddag höll Stina Jonsson, specialist i palliativ medicin, kardiologi och internmedicin vid Akademiska sjukhuset, **en föreläsning om palliativ medicin**. Föreläsningen hade fokus på förhållningssätt och att minimera onödiga behandlingar. Många praktiska tips togs upp gällande läkemedel och här följer några axplock:

- Trombocythämmare bör sättas ut oftare än vad som görs idag.
- Detsamma gäller antidepressiva.
- Betablockare kan ofta sättas ut snabbt i livets slutskede. Halvera dag 1 och sätt ut dag 2 var föreläsarens tips.
- Även sondmat behöver trappas ut.
- Glöm inte att stänga av en ICD i livets slutskede!
- Furix ska ej ges mot rosslig andning utan endast vid inkompenenserad svikt.
- Subkutana injektioner behöver sättas mer centralt i livets slutskede då perifer cirkulation och därmed upptag kan vara begränsad.

Föreläsningen före lunch hölls av Lars Rönnblom, seniorprofessor i reumatologi, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet och hade rubriken **SLE – En utmaning för både specialister och allmänläkare**. Se artikel på nästa sida för en sammanfattning av föreläsningen.



Sist men inte minst kom två föreläsningar på temat hud, där Maria Palmetun Ekbäck, hudspecialist och chef för läkemedelscentrum Örebro tog upp **läkemedelsbiverkningar i huden** medan Robert Holik, hudläkare vid Centralsjukhuset i Karlstad fokuserade på **klådens orsak och verkan**. Här får vi i första hand rekommendera en titt i bildspelen som finns att hitta, tillsammans med övriga föreläsningar, på vårdgivarwebbens hemsida för Mellansvenskt läkemedelsforum 2025.

vardgivare.regionorebrolan.se/contentassets/2a4378339b59494f96658883851de09f/hudmanifestationer-vid-lakemedelsreaktioner-maria-palmetun-ekback.pdf,

vardgivare.regionorebrolan.se/contentassets/2a4378339b59494f96658883851de09f/ah-nej-patienten-har-klada-robert-holik.pdf



SLE – En utmaning för både specialister och allmänläkare

Text: Jens Lindqvist, informationsläkare, Läkemedelscentrum

En sammanfattning av föreläsningen om SLE från Mellansvenskt Läkemedelsforum 2025 av föreläsare Lars Rönnblom, Seniorprofessor, Institutionen för Medicinska Vetenskaper, Uppsala universitet, Uppsala Akademiska sjukhus

Allmänt om Systemisk lupus erythematosus (SLE)

Prevalens i Sverige: 1/1500. Incidens: 5/100 000. Vanligare utanför Europa. Vanligaste debutålder mellan 15–50 år, men det är viktigt att komma ihåg att även barn och äldre kan drabbas av sjukdomen. SLE drabbar oftast kvinnor. Sjukdomen är relativt svårdiagnostiserad; den kliniska bilden är ofta heterogen, både vid debut och fortsatt förlopp. Symtomen är initialt ofta diffusa där allmänsymtom dominerar.

Diagnostiska kriterier saknas; diagnos SLE ställs när man har typisk autoimmun serologi, tecken på systemsjukdom med engagemang av minst två organsystem och frånvaro av något annat mer sannolikt diagnosalternativ. De klassifikationskriterier som finns (senast reviderade år 2019) används i vetenskapliga sammanhang – ej alltså primärt tänkta för diagnostik.

Rökning är en riskfaktor. Solljus försämrar sjukdomen hos många och kan utlösa skov (solskydd mycket viktigt). Det finns en risk för att sjukdomen försämras såväl under som efter graviditet. När det gäller födoämnen har man sett att alfalfagroddar (innehåller aminosyran L-canavanin) ökar risken. Det finns vissa data på att alkohol har en skyddande effekt – gäller låg konsumtion. Vissa läkemedel (t ex hydralazin, östrogen, sulfa, IFN- α , anti-TNF- α) kan försämra sjukdomen. Cave sulfapreparat – många reagerar allergiskt på detta. Behandling med östrogenpreparat bör undvikas. God prognos idag, 5-årsöverlevnaden ligger på 95 %.

Kliniska fynd

- Allmänna manifestationer
 - Fatigue
 - Subfebrilitet
 - Ledvärk
 - Muskelvärk
 - Sjukdomskänsla
- Hud (70 %)
 - Fjärilsexantem
 - Diskoid lupus
 - Solkänslighet
 - Sår i mun och näsa
 - Alopecia areata
- Klinik
 - Artriter (80 %)
 - Serosit (pleurit, perikardit) 40 % – kontrollera tidigare sjukdomshistoria
 - Lungemboli/djup ventrombos (fosfolipidantikroppar) 15 % – missfall
 - Libman-Sacks endokardit (fosfolipidantikroppar)
- Glomerulonefrit (35 %) – ofta vid diagnos eller under de första åren
- Nervsystemet
 - Kognitiv dysfunktion (50 %)
 - Stroke (10 %)
 - Huvudvärk
 - Kramper
 - Psykos – ibland ett debutsymtom
- Andra manifestationer
 - Raynauds fenomen
 - Myosit
 - Vaskulit
 - Autoimmun hepatit
 - Mononeuriter
 - Siccasymtom (sekundärt Sjögrens syndrom)

Laboratoriefynd

- ANA – positivt vid något tillfälle hos i princip alla patienter (98 %)
- dsDNA – positivt hos 60 % – hög specificitet
- SR – förhöjd hos ca 50 %
- Leukopeni (50 %)
- Anemi (30 %)
- Reumafaktor positiv (20 %)
- CRP ofta normal (om CRP >60 mg/l misstänkt infektion, serosit, artrit eller komplikation)

Läkemedelsbehandling

Organmanifestationer behandlas utifrån svårighetsgrad, det finns många olika läkemedel som kan vara aktuella. Sammanfattning av läkemedelsbehandling i praktiken:

- Mild sjukdom – hud och leder
 - Hydroxiklorokin – alla ska ha detta läkemedel
 - Prednisolon (dos någonstans mellan 25 mg ned till 7,5 mg dagligen)
- Medelsvår sjukdom – serosit, hemolytisk anemi
 - Prednisolon (i akutskede 30–40 mg dagligen som sedan trappas ned)
 - Azatioprin
 - Belimumab
- Svår sjukdom – nefrit, CNS-påverkan
 - Intravenöst metylprednisolon under 3 dagars tid sedan prednisolon med successivt nedtrappande dos
 - Cyklofosfamid
 - Mykofenolsyra
 - Rituximab



CLINT – centrum för läkemedelsinformation i T-län

DOAK vid normal njurfunktion

FRÅGA

Finns det evidens för att dabigatran skulle ha sämre effekt hos patienter med normal njurfunktion?

Frågan kommer från överläkare på en AK-mottagning och gäller DOAK vid eGFR >95, dvs normal njurfunktion. I janusinfos text "Jämförande värdering av DOAK vid förmaksflimmer" har man läst att normal dos (60 mg) edoxaban inte tycks vara tillräcklig vid eGFR > 95. Edoxaban är näst mest njurfunktionsberoende av alla DOAK. Med tanke på att dabigatran är mest njurfunktionsberoende, undrar man om samma sak gäller för den.

SVAR

Direktverkande Orala Antikoagulantia (DOAK) verkar antikoagulerande genom hämning av trombin eller faktor Xa och är indicerade för bland annat prevention av stroke vid förmaksflimmer. På den svenska marknaden finns fyra olika DOAK vars farmakologiska profil skiljer sig åt på vissa punkter; en jämförande värdering av dessa finns publicerad som expertgruppsutlåtande från Region Stockholm [1]. I denna text konstateras att edoxaban i sin amerikanska bipacksedel har en varning för försämrad efficacy vad gäller skydd mot ischemisk stroke i gruppen förmaksflimmerpatienter med eGFR ≥ 95 ml/min [2]. FDA sträcker sig så långt som till att preparatet inte ska användas hos patienter med eGFR ≥ 95 ml/min. EMA skriver i avsnittet "Varningar och försiktighet" att edoxaban endast får användas till patienter med högt kreatininclearance och förmaksflimmer efter noggrann utvärdering av den individuella tromboemboliska risken och blödningsrisken [3].

Varningen bygger på en subgruppsanalys av data från pivotalstudien ENGAGE AF-TIMI 48, där man ser att patienter med eGFR ≥ 95 ml/min vid baseline har drygt fördubblad risk för att drabbas av ischemisk stroke vid behandling med edoxaban 60 mg i jämförelse med Waran (hazard ratio (HR) 2.16, 95% konfidensintervall 1.17-3.97) [2]. Dessa siffror är hämtade från en modifierad intention to treat-analys (ITT) som återfinns i FDA:s label; uppgifter om på vilket sätt den modifierades saknas dock.

I den konventionella ITT-analysen som återfinns i forskargruppens publikation är motsvarande siffra HR 1.47, konfidensintervall 0.91-2.39, alltså inte signifikant [4].

DOAKs är i olika grad beroende av njurfunktion för sin elimination men edoxaban och dabigatran är de mest njurfunktionsberoende. Dabigatran utsöndras huvudsakligen via njurarna [5] och edoxaban till 50% [3].

Att dabigatran är än mer njurfunktionsberoende för sin elimination jämfört med edoxaban behöver inte nödvändigtvis betyda att även dabigatran skulle uppvisa samma problem med efficacy vid normal njurfunktion som edoxaban. Om man hypotetiskt tänker sig att läkemedel X har ett bredare terapeutiskt index än läkemedel Y, så skulle läkemedel X kunna vara mindre känsligt för hög GFR även om det var mer njurfunktionsberoende än läkemedel Y. Vi har därför systematiskt sökt i litteraturen efter evidens talande för bristande efficacy av dabigatran vid normal njurfunktion.

Dabigatranbehandling i förhållande till Waranbehandling har undersökts i den stora multinationella studien RE-LY, som på många sätt motsvarar ENGAGE AF-TIMI 48-studien för edoxaban. Hijazi et al. har 2014 analyserat data härifrån och undersökt relationen mellan njurfunktion vid baseline och efficacy men här räknas alla med kreatinin ≥ 80 mL/min i samma subgrupp varför det är svårt att göra en direkt jämförelse med edoxaban [6]. Man kan heller inte utläsa HR för just ischemisk stroke från de artiklar vi har tagit del av (även om det beskrivs i metoden att denna data samlas in). För det primära utfallsmåttet stroke/SEE (sammanslagning av stroke och systemisk embolisk händelse) presenterar artikeln en graf med utfallet som en funktion av njurfunktion vid baseline. Här ser det inte ut att finnas några signifikanta skillnader mellan warangruppen och dabigatrangruppen vid hög GFR, men det såg man inte heller för edoxaban, då man tittade på just stroke/SEE.

Samma författare gjorde en uppföljande post hoc analys 2018 där man i samma dataset undersökte kreatininvärden över tid och dess förhållande till efficacy [7]. I denna studie kategoriserar man patienterna i subgrupperna sjunkande njurfunktion eller bibehållen njurfunktion. Här finns också subgruppen patienter med eGFR ≥ 95 ml/min med och man

tar både i bakgrund och diskussion upp problemet med edoxaban och hävdar att man i denna studie visar att dabigatran inte besitter samma problem vid hög GFR som edoxaban. Svagheter i denna analys är dock att även om data är hämtad från en prospektiv randomiserad kontrollerad studie är analysen av karaktären retrospektiv kohort. Endast de studiedeltagare som uppmätt två kreatininvärden under studiens gång inkluderas i analysen och man skriver själva att en av anledningarna till att inte ha två mätningar gjorda är på grund av outcome event som lett till avslutande av studien. Dessutom är outcome events som inträffat före första uppföljningen vid 3 månader uteslagna ur analysen för att det då var omöjligt att kategorisera eventet till bibehållen njurfunktion eller sjunkande njurfunktion. Det är helt klart att detta tillvägagångssätt, där ett outcome event exkluderar studiepatienter, introducerar en bias i analysen, men vilka konsekvenser det har för just den aktuella frågeställningen är svårt att värdera.

Ett konkret sätt att angripa problemet är att mäta patientens serumkoncentrationer av det aktuella preparatet vid steady state. Serumkoncentrationsbestämning för både dabigatran och edoxaban finns att beställa vid klinisk farmakologi i Huddinge. Dock ska nämnas att det saknas etablerade referensintervall att tillgå, men serumkoncentrationsbestämning skulle ändå kunna vara något att överväga vid dabigatran- eller edoxabanbehandling av en patient med normal njurfunktion, särskilt om det föreligger behandlingssvikt. Normalt GFR, behandlingssvikt och serumkoncentration som ligger extremt lågt skulle kunna resultera i rekommendation om individanpassad dosökning.

En sådan dosökning kan då ske i samråd med klinisk farmakolog och bör följas upp med förnyad serumkoncentrationsmätning. För att en koncentrationsmätning ska kunna tolkas korrekt och resultera i kliniskt relevant vägledning krävs det korrekta uppgifter om frågeställning, dosering, senaste dosökning eller start av behandlingen samt tidpunkter för intag och senaste dos.

SAMMANFATTNING

Vi finner inga säkra evidens vare sig för eller emot att dabigatran skulle ha sämre efficacy vid normal njurfunktion (eGFR ≥ 95 ml/min). Serumkoncentrationsbestämning för både dabigatran och edoxaban finns att beställa vid klinisk farmakologi i Huddinge och kan övervägas vid behandling av en patient med normal njurfunktion, särskilt om det föreligger behandlingssvikt.

Referenslista till artikeln finns på:

vardgivare.regionorebrolan.se/sv-ll/vardriktlinjer-och-kunskapsstod/lakemedel/lakemedel/publikationer/rapport-om-lakemedel/

**Frågor till CLINT
skickas in per mail till
CLINT@regionorebrolan.se**

Hantering av bristsituation för gabapentin och pregabalin

Det råder brist på läkemedel innehållande gabapentin respektive pregabalin från specifika tillverkare och för vissa förpackningsstorlekar. Vid förskrivning av gabapentin eller pregabalin, skriv in i receptet att valt preparat kan bytas ut till det generika som finns att tillgå. Mallarna i Cosmic kommer att vara anpassade efter detta.

Förskrivning av propranolol (Inderal) på licens

Propranolol 40 mg har under en längre tid varit restnoterat, varför Region Örebro län ansökt om generell regionsövergripande licens. Mall finns i Cosmic för förskrivning på licens. Tänk på att välja "Icke godkända läkemedel" när receptet ska skrivas och sök sedan på "propranolol" eller "inderal" för att hitta mallen. Tänk på att informera patienten om att apoteken i regel måste kontaktas i förväg för att beställa hem läkemedlet, för att minska risken för behandlingsavbrott på grund av leveranstid.

Save the date!

Läkemedelsforum 2026 kommer att hållas i Örebro den 11–12 februari. Målgrupp är alla läkare, oavsett specialitet i Sjukvårdsregion Mellansverige. Mellansvenskt läkemedelsforum arrangeras av läkemedelskommittéerna i

- Region Dalarna
- Region Gävleborg
- Region Sörmland
- Region Värmland
- Region Västmanland
- Region Uppsala
- Region Örebro län



Uppdaterad riktlinje för behandling av anafylaxi

Region Örebro läns riktlinje **Anafylaxi – vuxna och barn – åtgärder** har reviderats för att harmoniera med det nationella vårdprogrammet för anafylaxi framtaget av Svenska föreningen för allergologi (SFFA).

Arbetsgruppen som har reviderat riktlinjerna i det nationella vårdprogrammet beskriver i inledningen till programmet förändringarna enligt nedan:

Revideringarna fokuserar främst på att tydliggöra de diagnostiska kriterierna för anafylaxi samt förtydligande av indikationen för adrenalinbehandling. Vårt huvudsyfte med det nya dokumentet var att vara mer flexibla med adrenalinbehandling, det vill säga att vi föredrar att behandla fler patienter med adrenalin än färre.

Utöver det har arbetsgruppen valt att inte längre rekommendera rutinmässig steroidbehandling vid akut anafylaxi.

Användningen av kortison har ifrågasatts alltmer under de senaste åren, eftersom det inte har någon akut insättande effekt vid behandling av anafylaxi. Dessutom visar nyare studier att bifasiska reaktioner kan inträffa trots administrering av kortikosteroider.

Arbetsgruppen har också konstaterat att den tidigare använda svårighetsgraderingen inte underlättade diagnos av anafylaxi eller bedömning av indikation för adrenalinbehandling.

Trots att de diagnostiska kriterierna för anafylaxi är tydliga, är dess svårighetsgrad fortfarande föremål för debatt. Avsaknaden av ett globalt vedertaget graderingssystem kan leda till variationer i hur anafylaxi bedöms och behandlas internationellt. Olika publicerade klassificeringar ger varierande poäng, vilket innebär att samma reaktion kan bedömas olika beroende på vilken klassificering som används.

INNEHÅLL

SID 18-20

Referat från MLF

SID 21

SLE – En utmaning för både specialister och allmänläkare

SID 22-23

CLINT – centrum för läkemedelsinformation i T-län. DOAK vid normal njurfunktion

Hantering av bristsituation för gabapentin och pregabalin

Förskrivning av propranolol (Inderal) på licens

SID 24

Uppdaterad riktlinje för behandling av anafylaxi

Nästa nummer av Rapport om Läkemedel kommer i oktober. Trevlig sommar!



Redaktionsråd

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck
Klinisk farmakolog Michael Andresen
Informationsläkare Kristina Bohlin
Informationsläkare Gustaf Joachimsson
Informationsläkare Jens Lindqvist
Informationsapotekare Maria Calles
Redaktör: Apotekare Maria Calles,
maria.calles@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck,
verksamhetschef Läkemedelscentrum
och ordförande i Läkemedelskommittén
Region Örebro län

Adress

Läkemedelskommittén
Läkemedelscentrum
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro

Telefon

019-602 06 07

Webb

www.regionorebrolan.se/lakemedel



Region Örebro län