

Rapport om

Läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

Nr 253 oktober 2025

Varning angående uppmärksamhetssignalen (UMS) i Cosmic! sida 26



**Antikroppar mot
"Glömskans sjukdom"?**
sida 28

Shingrix vaccin mot bältros
– gratis endast i utvalda fall
Läs mer på sida 31

Varning angående uppmärksamhetssignalen (UMS) i Cosmic!



Under året som gått sedan vi driftsatte Cosmic har det registrerats flera avvikelser då patienter har drabbats av allvarliga reaktioner, eftersom de har ordinerats läkemedel som de har haft en konstaterad överkänslighet mot. Läkemedelscentrum, objekt Patientmötet och chefläkarna vill därför göra alla förskrivare uppmärksamma på att funktionen som kopplar UMS med läkemedelsmodulen inte är heltäckande. Den skall endast ses som ett extra stöd till den kliniska bedömningen i det enskilda fallet.

Den koppling som finns mellan en registrerad överkänslighet i UMS och läkemedelsmodulen i Cosmic bygger på den eller de ATC-koder som har registrerats i UMS.

Vid en korrekt registrering av läkemedelsöverkänslighet kommer användaren att få en pop-up-varning om man försöker förskriva läkemedlet. Då en substans oftast finns i flera olika läkemedel, med olika ATC-koder, är det viktigt att varna för alla dessa

läkemedel. Exempelvis behöver man vid ASA-allergi varna både för ASA med indikation antikoagulantia (B01AC06) och ASA med indikation smärta (N02BA) för att få en komplett täckning.

Eftersom den inlagda informationen i UMS i många fall inte är komplett behöver man som användare när benet för överkänslighet är tänt gå in i UMS och se och vad som står där. Se [bild 1–3](#) för exempel på hur det ser ut när information om överkänslighet finns i UMS.

En ytterligare felkälla är att UMS-data har migrerats från ersatta system och att överföringen inte har varit fullständig. Detta markeras med hjälp av symbolen i [bild 4](#). För säker läkemedelsordination måste användaren då söka upp den fullständiga informationen i det ersatta systemet och överföra den manuellt till Cosmic. Se Lathund [Migrera UMS](#) på intranätet.

Se även [bild 5](#) för den kompletta symbolen för uppmärksamhetsinformation.



Bild 1. Överkänslighet, allvarlighetsgrad besvärande



Bild 2. Överkänslighet, allvarlighetsgrad skadlig



Bild 3. Överkänslighet, allvarlighetsgrad livshotande



Bild 4. Ofullständigt migrerad information

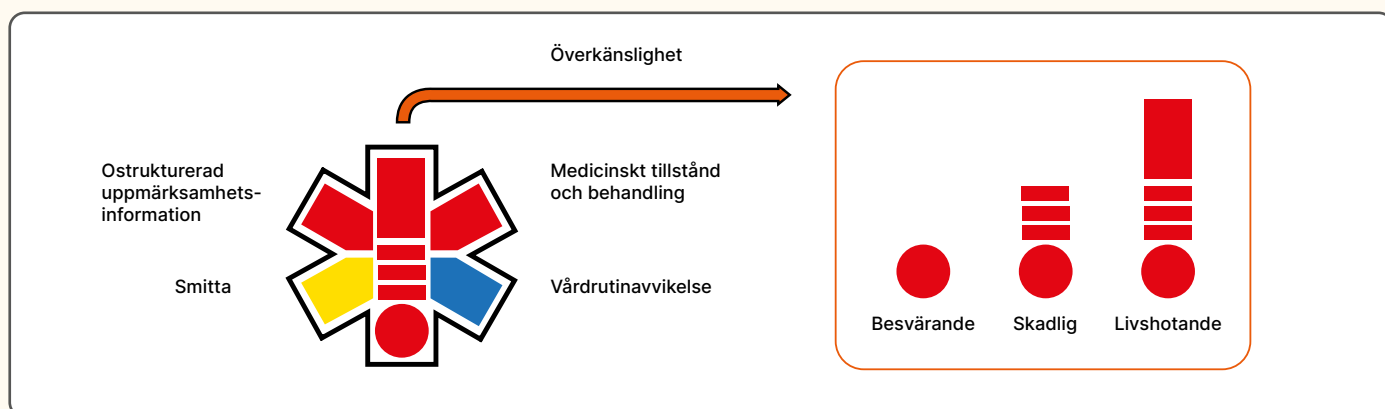


Bild 5. Den kompletta symbolen för uppmärksamhetsinformation

Läkemedelsverkets webinarium om läkemedelssäkerhet 2025

Den **4 november kl 13.00-15.30** bjuder Läkemedelsverket in till ett digitalt seminarium med **tema läkemedels-säkerhet för barn och unga**. Det vänder sig till alla inom hälso- och sjukvården som är intresserade av läkemedelssäkerhetsfrågor.

Seminariets programpunkter:

- Barn och läkemedelsbiverkningar – från nyfödd till tonåring (Elin Kimland, senior utredare och huvudansvarig för området barn och läkemedel)
- Läkemedelsöverdoser hos barn och unga – olycksfall och självskada (Johanna Nordmark Grass, överläkare, Giftinformationscentralen)
- Barn/unga, djur och läkemedel – vad kan gå fel? (Karin Sjöström, utredare på Enheten för veterinärläkemedel i användning)

Anmälan görs på lakemedelsverket.se.

Sök efter "webinarium om läkemedelssäkerhet 2025" och välj det seminarium som riktar sig till hälso- och sjukvården.

Deltagande är kostnadsfritt och **sista anmälningssdag är 28 oktober**.

Allmänläkares attityder till miljö-aspekter vid val av läkemedel



Under 2023–2024 genomförde Johanna Villén, doktorand i Farmakoepidemiologi, Uppsala universitet, en studie om allmänläkares attityder till miljöaspekter vid val av läkemedel. Studien gjordes med hjälp av en enkät som distribuerades ut via regionernas Läkemedelskommittéer.

Kort om resultaten:

- Svenska allmänläkare är villiga att integrera miljöaspekter i sina förskrivningsbeslut.
- En fjärdedel av allmänläkarna uppger att de för närvarande tar hänsyn till miljöpåverkan vid förskrivning, men det anses vara mindre viktigt än andra faktorer.
- Det finns stöd för policyförändringar och en professionell ansvarskänsla för miljömässigt säker förskrivning.

Studien finns publicerad i British Journal of Clinical Pharmacology under rubriken *Towards greener prescribing? Swedish general practitioners' support for policies to reduce pharmaceutical pollution.*



Mellansvenskt läkemedelsforum Örebro 11–12 februari 2026

Gemensamma utbildningsdagar för läkare

Korta föredrag som utifrån aktuell evidensbaserad kunskap besvarar kritiska frågor av praktiskt värde för vården. Vi belyser och diskuterar hur och när läkemedel bör användas på ett rationellt sätt. Målet är bättre beslutsunderlag vid förskrivning.

Ur programmet:

- Psykofarmaka vid graviditet och amning
- Äldre och läkemedel
- Individanpassad läkemedelsbehandling mot osteoporos
- Nytt men dyrt? ...
- Ont i magen - vad gör vi?
- Långvarig smärta i primärvården - ett omöjligt uppdrag?
- Dödliga förgiftningar och diagnostiska frågeställningar

Program och anmälan:

www.regionorebrolan.se/lakemedelsforum

Arrangörer:

Läkemedelskommittéerna i Dalarna, Gävleborg, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro



Antikroppar mot "Glömskans sjukdom"?

Text: Michael Andresen, Klinisk farmakolog, Läkemedelscentrum och Pål-Didrik Hoff Roland, Cand.pharm., RELIS Midt-Norge

Morbus Alzheimer (eller Alzheimers sjukdom som den ibland kallas i Sverige) är en degenerativ sjukdom där nervceller i hjärnan dör. Framför allt och först är det de nervceller som använder sig av acetylkolin som transmittorsubstans som drabbas. Detta leder till kognitiva försämringar och demens. Sedan några år finns det antikroppar som ökar clearance av amyloid-plack; deras för- och nackdelar och processen kring införandet beskrivs i denna artikel.

Demensstillstånd har sannolikt funnits lika länge som mänskligheten och en motsvarande diagnos finns redan i Ibn Sinas (Avicennas) "Canon av medicin" från början av 1000-talet [1]. Morbus Alzheimer är med 50–70% av fallen den vanligaste demensformen [2,3]. Sjukdomen är benämnd efter den bayerske psykiatern, neurologen och neuropatologen Alois Alzheimer (1864–1915).



Alois Alzheimer

1906 får Auguste Deter en sepsis efter en infekterad decubitus och avlider. Alzheimer får Augustes hjärna, genomför en histologisk undersökning och hittar nedbrutna nervceller och avlagringar i form av plack och fibriller. I november samma år presenterar han sjukdomsbilden på en kongress i Tübingen [4]; 1907 publicerar han en fallrapport [5]. Alzheimers fynd möter dock ett svalt intresse bland hans kollegor.

Senare visar Alzheimer att flera av de desorienterade patienterna, även de äldre, har samma typ av avlagringar i hjärnan. Han drar slutsatsen att demensen inte bara är en naturlig följd av åldern, utan en sjukdom som han kallar för "Glömskans sjukdom". 1910 benämner hans chef Emil Kraepelin sjukdomen efter Alzheimer [6].

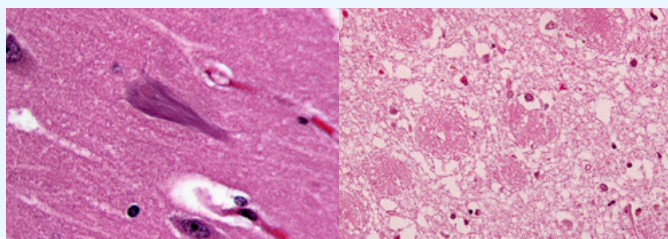
Först under sent 60-tal vaknar intresset för dessa histologiska förändringar igen. En brittisk grupp kan visa en korrelation mellan graden av kognitiva förluster och mängden av de av Alzheimer beskrivna placken och neurofibrillerna; gruppen gör också en första uppskattning av hur vanlig denna form av demens är i förhållande till andra demensformer [7,8].



Auguste Deter 1901

En för ung patient med glömskans sjukdom

Under sitt arbete i Frankfurt träffar Alzheimer på en svårt förvirrad kvinna (Auguste Deter). Alzheimer har vid den tidpunkten träffat på andra förvirrade patienter, men Auguste är mycket yngre (51 år) än de andra patienterna. När Alzheimer byter jobb ber han om att bli kontaktad när Auguste dör.



Neurofibriller (till höger) och amyloida plack (till vänster). Modifierad efter bilder från JensFlorian och Patho (Wikipedia)

Orsaker och riskfaktorer

Alzheimers sjukdom kategoriseras som en neurodegenerativ sjukdom, där felvikta proteiner spelar en stor roll (protein misfolding disorders) [9]. Sjukdomen har en multifaktoriell genes.

Fyra gener har stor betydelse:

- **Apolipoprotein E (APOE):** genen för proteinet är polymorf, dvs det förekommer olika varianter. De vanligaste varianterna betecknas som $\epsilon 2$ (epsilon-2), $\epsilon 3$ (epsilon-3) och $\epsilon 4$ (epsilon-4), där $\epsilon 3$ anses vara "normalvarianten" [10]. Bärare av $\epsilon 4$ -varianten har en betydligt ökad risk för att utveckla Morbus Alzheimer och $\epsilon 4$ -varianten utgör den enskilt största genetiska riskfaktorn för att få Alzheimer senare (late-onset Alzheimer) [11–13]. Mellan 15% och 25% av undersökta människor i olika studier har en kopia av APOE $\epsilon 4$ (heterozygota bärare) och 2–5% har två kopior av APOE $\epsilon 4$ (homozygota bärare) [14]; detta har betydelse bl a för de biverkningar som diskuteras längre fram.
- **Presenilin 1 (PSEN1), presenilin2 (PSEN2) och amyloid precursor protein (APP)** är mest involverade i utveckling av tidig Alzheimer [13]. Genen APP innehåller koden för proteinet APP, precursorn för β -amyloid. PSEN1 och PSEN2 kodar för de viktigaste delarna av γ -sekretas, enzymet som klyver APP och frisätter β -amyloid.



Utveckling av metoder för att producera monoklonala antikroppar

Parallellt börjar utvecklingen av "recombinant DNA technology". Teknologin gör det möjligt att sätta in gener från en art i celler från en annan art [15].

Samtidigt utvecklas en annan teknik ("hybridoma technology") där man smälter ihop aktiverade B-lymfocyter med odödliga myelomceller och får dessa att börja producera antikroppar som därefter renas fram [16]. Hybridomteknologin gör det möjligt att producera monoklonala antikroppar. 1986 godkänner FDA den första monoklonala antikroppen (muromonab) [17].

Även andra tekniker börjar användas för att hantera problem som immunogenitet och bristande specificitet av antikropparna [18].



Antikroppar mot β -amyloid

Parallellt med dessa vetenskapliga framsteg verkar även andra faktorer som bidrar till ett ökat intresse för demenssjukdomar och deras behandling i västvärlden:

- Den förväntade genomsnittliga livslängden i västvärlden ökar med 4–5 år mellan 1960-talet och 2020-talet och ligger i dag på mellan 80 (USA) och 85 (Sydeuropa) år [19]; samtidigt sjunker födelsesiffrorna från i snitt 5 barn per kvinna till 2,5 barn [20]. Detta tillsammans leder till en globalt och framför allt i västländerna åldrande befolkning och i förlängningen till en ökad prevalens av (bl.a. Alzheimers) demens.
- De drabbade patienterna och deras anhöriga hör ofta till en social grupp med en tydlig röst i samhället; man blir äldre när man har högre socioekonomisk status [21] och risken för Alzheimer är kopplad till åldern [22].
- Trots att den medicinska vetenskapen i sin helhet har gjort tydliga framsteg, ger de befintliga behandlingsalternativen för Morbus Alzheimer otillfredsställande resultat.

Idén om att rikta de nya monoklonala antikropparna mot de plack av β -amyloid som Alois Alzheimer hittade växer fram. Förhoppningen är att förekomsten av β -amyloid bidrar till och i bästa fall driver patofysiologin [23], att alltså korrelationen som den brittiske gruppen hittade på 60-talet indikerar en kausalitet. Denna teori kallas sedan för "amyloid hypothesis".

Med den tanken utvecklar flera företag antikroppar mot β -amyloid:

Janssen (Johnsson & Johnssons farmacisegment) och Pfizer utvecklar **bapineuzumab** (AAB-001); bapineuzumab minskar både β -amyloid och fosforylerad tau-protein (residual från sönderfallna neurofibriller) i CNS; en effekt på kognition kan inte visas [24]. 2012 stoppar båda företagen den fortsatta utvecklingen av antikroppen på grund av en kombination av biverkningar och brist på effekt [25,26].

Lilly utvecklar under tidigt 2000-tal först en antikropp med beteckningen m266 och sedan **solanezumab** (LY2062430) [27]; behandlingen ger i studier inte fler allvarliga biverkningar än placebo [28], men kan inte visa effekt på kognition på mer än minimal nivå. Efter att dubbelblinda, placebokontrollerade fas-3-studier [29,30] inte kan visa effekt på att bromsa den kognitiva försämringen avslutar Lilly utvecklingen av solanezumab 2023 [31].

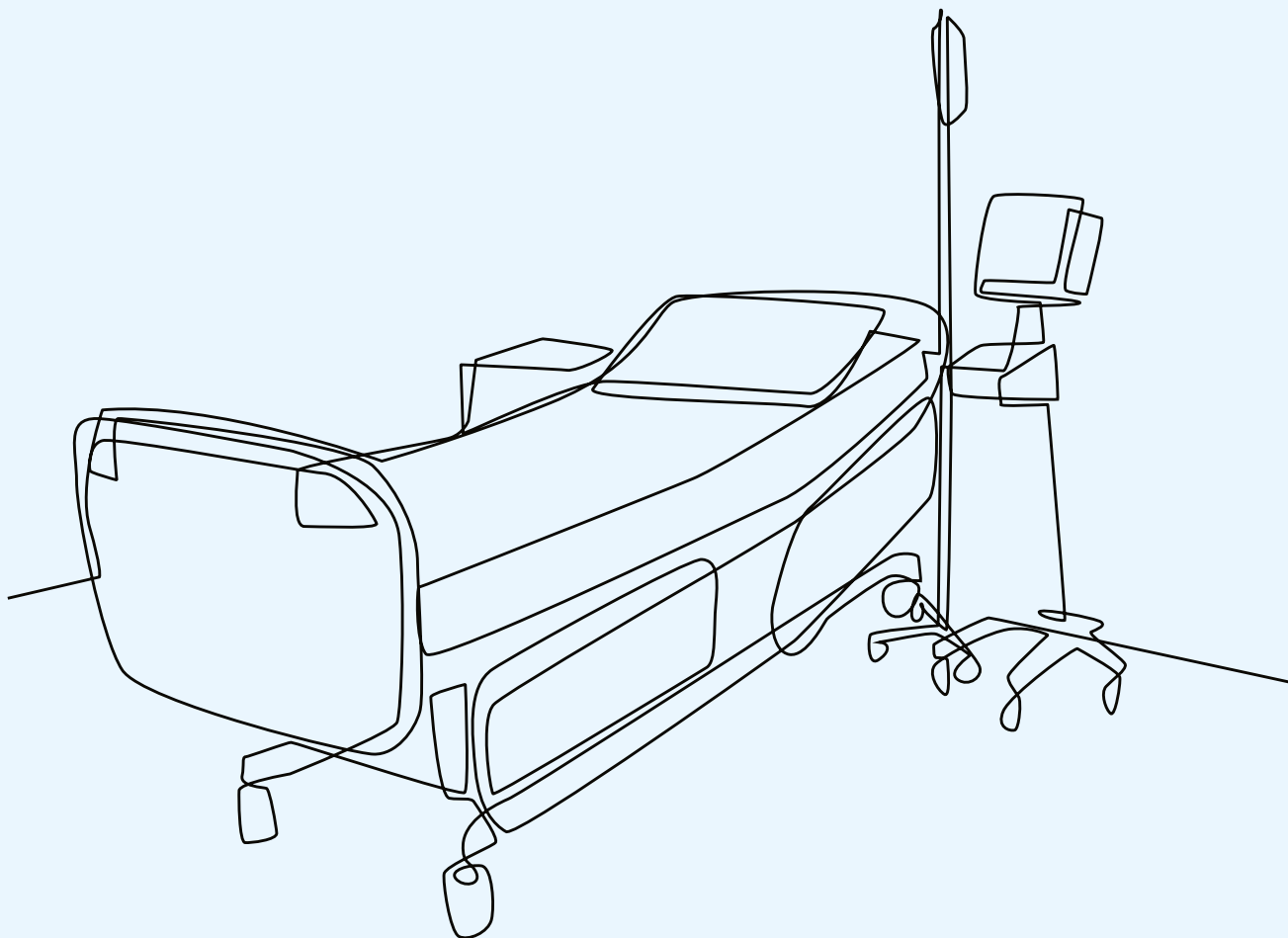
Biogen kommer med **aducanumab**, som i juni 2021 godkänns av FDA (Food and drug administration, USA) i ett snabbförfarande (sk "accelerated approval"), efter att Biogen har kunnat visa att antikroppen framgångsrikt rensar bort β -amyloid [23]. Däremot misslyckas man med att visa någon inbromsande effekt på demensutvecklingen. Biogen drar tillbaka ansökan om marknadsgodkännande i EU [32] efter en "negative opinion" från CHMP (EMA:s Kommitté för humanläkemedel) [33]. Slutligen överger Biogen aducanumab helt [34].

Roche utvecklar **gantenerumab**, ytterligare en antikropp mot samma mål; 2022 avbryts utvecklingen, då inte heller denna antikropp kan visa en positiv klinisk effekt [35].

Däremot ger både aducanumab och gantenerumab biverkningar i form av blödningar (**ARIA-H**) och ödem (**ARIA-E**), delvis av allvarlig natur [36]. AIRA står för "Amyloid-related imaging abnormalities". Det visar sig sedan att varianten APOE $\epsilon 4$ ökar risken för ovanstående biverkningar, att homozygota bärare har en ytterligare ökad risk och att flera antikroppsterapier mot β -amyloid har dessa biverkningar [12].

Eisai [37] utvecklar **lecanemab**, en annan antikropp mot samma mål, i samarbete med Biogen. Denna gång lyckas man med att visa en statistisk signifikant skillnad mellan hur fort demensen försämras i behandlings- versus placebogruppen [38]. Skillnaden är dock så pass liten att det uppstår diskussioner om dess kliniska relevans [39]. Samtidigt har även lecanemab de ovan nämnda biverkningar och även med lecanemab är det bärare av APOE $\epsilon 4$ [38] som är mest drabbade, samma patienter som dessutom får sämst effekt av behandlingen med lecanemab [39].





Eli Lilly utvecklar ytterligare en substans i samma klass, **donanemab**. I mars 2025 kommer CHMP med en "negative opinion" (rekommenderar att inte ge marknadsföringstillstånd). Vid användning av donanemab får 36,8% av deltagarna ödem och/eller blödningar i hjärnan (ARIA) som i tre fall resulterar i dödsfall; i gruppen som inte är bärare av APOE ε4 uppträder ARIA dubbelt så ofta som i placebogruppen [40]. Eli Lilly begär en re-examination och den 24 juli bestämmer CHMP att avge en "positive opinion" för ett marknadsföringstillstånd för personer med bara en eller ingen kopia av APOE ε4 [40]. I beslutet nämns att myndigheten under re-examinationsprocessen har fått "feedback from patients and healthcare professionals who shared their experiences living with or treating the condition". I april 2025 publiceras en preliminär rapport om en pågående dubbelblind parallell-RCT med 843 deltagare, där olika doseringsregimer jämförs med varandra avseende förekomst av ödem (ARIA-E). I den rapporten ses en minskad förekomst (13,7%, n=212) av ödem jämfört med standardbehandlingen (23,7%, n=207) efter 24 veckor [41]. Effekten på kognitionen undersöks inte i studien och studien ska fortgå upp till en observationstid på 52 veckor.

Lecanemab och CHMP/EMA/Europeiska kommissionen

Ansökningsförfarandet om marknadsföringstillstånd för lecanemab har pågått i mer än två år och inneburit ovanliga händelser; de viktigaste sammanfattas här:

- **januari 2023:** Eisai ansöker om marknadsföringstillstånd för lecanemab hos EMA [39].
- **juli 2024:** CHMP kommer till en "negative opinion" om lecanemab (rekommenderar att **inte** ge marknadsföringstillstånd) [42]; denna bedömning grunder sig på både risk-nytta-värderingen och på att gruppens vetenskapliga rådgivare i neurologi (Scientific advisory group neurology, SAG-N) bedömer att "the above-mentioned observed

differences in favour of Leqembi are not clinically relevant and meaningful for the patients" [39].

- Eisai ansöker om en omprövning av den negativa bedömningen och begränsar målgruppen till patienter "who are apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4) non-carriers or heterozygotes" [39].
- **november 2024:** CHMP kommer med en "positive opinion" för den begränsade gruppen efter att Eisai dessutom har introducerat åtgärder för att upptäcka ARIA-biverkningar och förbättrat dokumentationen av dessa [39,43]. 13 av 27 CHMP-medlemmar och tre av fem adjungerade experter reserverar sig dock och vidhåller att "the benefit-risk balance of Leqembi is negative" [39].
- **27 februari 2025:** den Europeiska kommissionen (instansen som beslutar om marknadsgodkännande inom EU) ställer frågan till CHMP om den säkerhetsinformation som tillkom efter november, innebär att den positiva rekommendationen behöver revideras. CHMP svarar att detta inte behövs [44].
- **15 april 2025:** lecanemab (Leqembi) får marknadsföringstillstånd av Europeiska kommissionen [45].

Införandet i Sverige

I februari 2023 beslutar NT-rådet (Rådet för nya terapier) att lecanemab ska ingå i nationell samverkan [46]; i maj 2023 (det vill säga innan CHMP hade yttrat sig) skrivs en tidig bedömningsrapport för NT-rådet om lecanemab med den då tillgängliga kunskapen som bas [47]. I maj 2025 rekommenderar NT-rådet "att avvakta med Leqembi till dess att NT-rådet har genomfört en sammanvägd bedömning av behandlingens värde utifrån den etiska plattformen för prioritering." [48,49]. I den bedömningen ingår en hälsoekonomisk värdering som är beställd hos TLV [50].

Införandet i Norge

I juni 2023 ansöker Eisai om en metodvärdering av lecanemab via Sverige (nordisk koordinator) till Norges värderingsorgan "Nye metoder". Indikationer för lecanemab som Eisai vill ha värderade är mild kognitiv svikt och mild demens på grund av Alzheimers sjukdom. Nye metoder beslutar om en påskyndad metodvärdering och en hälsoekonomisk analys, men föreslår en värdering via Joint Nordic HTA-Bodies (JNHB, tidigare FINOSE), ett nordiskt samarbetsorgan. Eisai vill dock hellre söka nationellt i de nordiska länderna med motiveringen att man har mer erfarenhet av de nationella processerna. En metodvärdering och en hälsoekonomisk analys initieras. I augusti 2024 avslutas värderingen på grund av CHMP:s "negative opinion". I november 2024 levererar Eisai en ny ansökan och värderingen startas upp igen. Samtidigt ber Nye metoders komitté "Bestillerforum" två andra norska myndigheter (Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og Sykehusinnkjøp HF) om att initiera ett samarbete med de andra nordiska länderna i arbetet med metodvärderingen och prisförhandlingen. Den 1 juli 2025 mottar DMP dokumentationen, men arbetet med metodvärderingen har hittills inte påbörjats [51].

En viktig fråga i sammanhanget kan vara att man här för första gången eventuellt kommer att använda en potentiellt mycket dyr medicin på en stor grupp patienter, vilket kan ställa krav på tillägg i finansiering för hälso- och sjukvårdssystemen. Behandling med denna klass av läkemedel kräver i nuläget en ökad diagnostik (MR och läkarbedömningar) för att identifiera eventuella kandidater för behandling och upptäcka biverkningar. Den ökade diagnostiken och det faktum att symtomen kopplade till biverkningarna är mycket ospecifika, kan medföra ett ökat behov av både planerade och akuta vårdkontakter, som sammanlagt kan vara mycket kostnadsdrivande och resurskrävande. Sedan kan, eftersom det då finns ett tillgängligt läkemedel som ska ges vid lätt kognitiv svikt, behovet av sådana utredningar öka, vilket i sin tur kräver resurser. Liknande effekter på vården ses i dag i samband med ADHD och behandling med centralstimulantia.

Oklart är hur en storskalig behandling med dessa medel kommer att påverka behovet av heldygnssorg; om man antar en bromsande effekt som är av klinisk relevans över tid, så kommer sjukdomsutvecklingen fördröjas, men även tiden med låg funktionsnivå förlängas; att enas om kriterier för när man ska avbryta behandlingen kan vara en utmaning.

Sådana ekonomiska utmaningar är sannolikt inte lätta att hantera, även för ett rikt samhälle som Sverige [52], och kan leda till nämnvärda undanträngningseffekter.

Samtidigt kräver användningen att alla potentiella patienter testas avseende bärarskap av APOE ε4. Det kommer finnas en ansevärd andel patienter som kommer att få veta att de har en klart ökad risk för Alzheimers demens, men att de samtidigt inte kan få medicinen som finns. För dessa personer och deras biologiska barn kan en sådan utredning medföra nackdelar.

Andra behandlingsmetoder undersöks samtidigt; bland annat finns det indikationer på att litium, som i dag framför allt används för behandling av depression och bipolär sjukdom, har potential att vara en del av behandlingen vid Alzheimers sjukdom [53,54].

Sammanfattning

Antikroppar mot Alzheimers sjukdom är det senaste tillskottet i behandlingsarsenalen. Dessa mediciner har risk för biverkningar i form av ödem och blödningar i hjärnan, men vissa av antikropparna har ändå en statistiskt signifikant (men möjligen inte kliniskt relevant) effekt på hur snabbt demensen försämras. Denna kombination kan, om medicinen används hos tillräckligt många personer, producera en hel del lidande; samtidigt är det i dagsläget oklart, vilken vinst i form av behandlingseffekt patienterna (och samhället) får. Utöver det kan ett eventuellt högt pris, kostnader för screening och utredning tillsammans med den stora (och växande) patientgruppen leda till undanträngningseffekter och ekonomiska utmaningar för samhället, samtidigt som det finns indikationer på att befintliga och i dagsläget billigare metoder kan ha liknande eller större effekter.

Post script: Efter att initialt ha avslagit ansökan om godkännande för lecanemab i oktober 2024 och igen i februari 2025 har Therapeutic Goods Administration i Australien beviljat lecanemab marknadsföringstillstånd i Australien, med en motivering mycket lik den i det europeiska godkännandet från september 2025 [55].

Referenslista till artikeln finns på:

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

¹ Nye metoder är ett samarbete mellan de norska regionerna och sjukvårdsaktörerna och motsvarar närmast det svenska NT-rådet i sin funktion.

Shingrix vaccin mot bältros – gratis endast i utvalda fall

Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccination mot bältros till vuxna från 18 års ålder med immunbrist orsakad av sjukdom eller av läkemedelsbehandling, samt till personer 65 år och äldre.

Vaccin mot bältros ingår än så länge inte i högkostnadsskyddet och personer som önskar att vaccinera sig betalar själva för vaccinet. Detta gäller även individer som tillhör de patientgrupper som rekommenderas vaccination och där läkare inom primärvård eller specialistvård ordinerat vaccin.

Verksamhetsområde infektions vaccinationsmottagning har beviljats tillstånd att i utvalda fall erbjuda gratis vaccination mot bältros till patienter med mycket hög risk för allvarlig bältros till följd av specifik behandling. Dessa patienter ska identifieras och vaccineras på VO infektions vaccinationsmottagning.

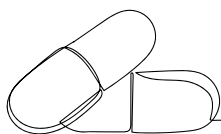
I undantagsfall kan gratis vaccinationen mot bältros genomföras på annan vårdinrättning om individen har svårt att ta sig till Örebro, men ordinationen ska då vara utfärdad av VO infektions-



läkare och det ska framgå i journalen att vaccinationen ska ges utan kostnad.

Alla övriga som önskar vaccinera sig mot bältros inom regionen betalar fullt pris, det vill säga 2150 kr per dos (vaccin Shingrix).

Uppdaterad rekommendation för DOAK vid förmaksflimmer



Patentutgångar 2024 har gjort att priset för generiskt dabigatran (Pradaxa) har sjunkit kraftigt. Läkemedelskommittén i Region Örebro län har tagit fram nedanstående uppdaterade rekommendation för DOAK vid förmaksflimmer.

- Vid nyinsättning av DOAK vid förmaksflimmer hos patienter som är <75 år och som har eGFR >50 rekommenderas dabigatran som första handspreparat.
- Vid övrig nyinsättning av DOAK vid förmaksflimmer rekommenderas Eliquis.
- I vissa fall (om angeläget med endos eller på grund av interaktioner) kan Lixiana eller rivaroxaban vara aktuellt.
- Patienter som redan står på en fungerande DOAK-behandling kan fortsätta med den.
- För behandling av venös tromboembolism och postoperativ profylax fortsätter Eliquis att vara det DOAK-preparat som rekommenderas i 1: a hand av Läkemedelskommittén i Region Örebro län.

Bra att känna till är att normaldosen för dabigatran är 150 mg 1x2, att halsband för generiskt dabigatran saknas samt att för närvarande endast en tillverkare kan dosdispenseras (Dabigatran etexilate Medical Valley).

Mer information finns i den uppdaterade regionsövergripande rutinen [Antikoagulantia, DOAK \(NOAK\) behandlingsrutin](#) samt i kapitel [Hjärt-kärl i Rekommenderade läkemedel](#).

Brist på Furadantin®

Fram till ungefär midsommar 2026 kommer det att vara bristande tillgång på Furadantin (nitrofurantoin) tabletter 50 mg. Om man i första hand väljer Selexid (pivmecillinam) som behandling för cystit när det är möjligt, kommer nitrofurantoin

sannolikt att räcka till de som verkligen behöver detta preparat. OBS att denna rekommendation endast gäller fram till sommaren 2026! Därefter försöker vi återgå till växelbruk. Se även [STRAMAs information om bristsituationer](#).

INNEHÅLL

SID 26

Varning angående uppmärksamhetssignalen (UMS) i Cosmic!

SID 27

Läkemedelsverkets webinarium om läkemedelssäkerhet 2025

Allmänläkares attityder till möjligheter vid val av läkemedel

Mellansvenskt läkemedelsforum, Örebro 11–12 februari 2026

SID 28-31

Antikroppar mot "Glömskans sjukdom"?

Shingrix vaccin mot bältros – gratis endast i utvalda fall

SID 32

Uppdaterad rekommendation för DOAK vid förmaksflimmer

Brist på Furadantin®

Nästa nummer av Rapport om Läkemedel kommer i mitten av december.

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