

Rapport om

# Läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

Nr 255 mars 2026

## *”The Fast and the Curious”*

– Om snabbare marknadstillträde och långsamma svar på effektfrågan sida 9



## **Fysisk aktivitet**

– en investering för livet

sida 11

**Rekommenderade** sida 2–8  
**Läkemedel 2026–2027**

# Rekommenderade läkemedel 2026–2027

Nu är alla kapitel i **Rekommenderade Läkemedel 2026–2027** reviderade och den tryckta boken samdistribueras ut med tidningen Rapport om Läkemedel. Med följer även lathunden **Våra vanligaste bakteriologiska odlingsfynd** vars innehåll är taget från kapitel Infektionssjukdomar och som förhoppningsvis kan vara till hjälp i den kliniska vardagen.

Alla kapitel i **Rekommenderade Läkemedel 2026–2027** finns också digitalt på Läkemedelscentrums hemsida [Rekommenderade läkemedel • Vårdgivare Region Örebro län](#).

Från och med nästa revidering provar vi att helt övergå till den digitala versionen för att därmed ha möjlighet till löpande uppdateringar.

I detta nummer av Rapport om läkemedel presenteras ett axplock från de senast reviderade kapitlen. De största förändringarna lyfts fram med fetstil.

Urvalskriterier för rekommenderade preparat är **medicinsk och farmaceutisk ändamålsenlighet** samt **säkerhet**. Om dessa parametrar är jämförbara rekommenderas det preparat som är mest fördelaktigt ur **kostnads- och miljöhänsyn**.

Preparat som rekommenderas i första hand skrivs i färgade rutor och i texten med färgad fet stil. Preparat som rekommenderas i särskilda situationer eller som ett andrahandsval omnämns i texten med kursiv stil.

## Bristtillstånd



### Vitamin B12- och folatbrist med eller utan anemi

Brist på vitamin B12 och folat uppkommer framför allt vid malabsorptionssjukdomar, men förekommer också vid veganism/vegetarianism, alkoholism, anorexi och som läkemedelsbiverkan.

**Exempel på läkemedelsbiverkan som leder till B12-brist är långvarig behandling med PPI eller H2-receptorblockerare, samt behandling med metformin.**

**Exempel på läkemedel som kan ge folatbrist är fenytoin, metotrexat och trimetoprim. Även tillstånd som leder till ökad cellproliferation, exempelvis ökad hematopoes, kan ge brist.**

Samtidig järnbrist (kombinerad brist) är vanligt.

För detaljerade råd angående utredning och tolkning av labprover se [1177.se för vårdpersonal](#).

Observera att B12-brist kan leda till falskt normalt folatvärde (minskad folatförbrukning ger anhopning). Omvänt kan folatbrist leda till falskt normalt B12-värde. Folat i serum är ofta högt vid B12-brist, men nivåerna kan sjunka kraftigt efter insatt B12-behandling.

Vid konstaterad B12-brist utan annan uppenbar förklaring bör man överväga kompletterande utredning med celiakiantikroppar samt S-gastrin och S-pepsinogen. Högt fS-gastrin och lågt S-pepsinogen indikerar med hög sannolikhet diagnosen atrofisk gastrit. Dessa patienter bör i de flesta fall utredas vidare med gastroskopi för bekräftande av diagnos samt värdering av behov av fortsatt uppföljning med endoskopi.

Observera att behandling med protonpumpshämmare i sig kan ge ökade nivåer av både s-gastrin och s-pepsinogen. Även histamin-2-receptorantagonister verkar kunna påverka nivåerna, dock är

Klorhexidin	Klorhexidin kutan lösning 2 mg/ml 250 ml
Ättiksyra	Ättiksyra APL kutan lösning 5 mg/ml 250 ml (säkromslag 20 minuter, kan spädas med lika delar vatten om uttalad svada)
Kaliumpermanganat	Kaliumpermanganat APL kutan lösning 0,1 % 50, 500 ml (till baddning och säkromslag) badtillsats 3 % 50, 500 ml (1 ml spöds med 1 l vatten, till bad i 20 min)

Vid svårärläta sår är det viktigt att ställa diagnos och behandla orsaken till såret. Behandlingen bör anpassas efter aktuell sårstatus. Förbandsutbudet har blivit alltmer komplext. Rekommenderade sårslämningsmaterial finns på aktuellt "Sårbehandlingskort" som uppdateras efter varje ny upphandling. Se bilaga i slutet av boken.

### Klådstillande medel

Klåda är ofta ett svårvärderat symtom som ställer särskilda krav gällande anamnes och utredning. Behandlingen ska i första hand riktas mot orsaken. Vid akut och kronisk urtikaria ska icke sederande antihistaminer (Cetirizin, Desloratadin) användas i första hand. För handläggning i övrigt hänvisas till separata vårdprogram, se 1177 för vårdpersonal.

Vid utvärtes behandling till äldre med torrhetklåda är karbamid- och natriumklorid kräm (Fenuri) ett förstahandsalternativ. Utvärtes beredningar innehållande zink (Zinkpudervätska APL, Zinkliniment APL) verkar klådstillande. Målar finns i Cosmic, sök på "icke godkända läkemedel". Mer information om APL-tillverkade läkemedel kan hittas på [APL.se](#). Zinkinnehållande beredningar ska ej användas under lång tid, då de är uttorkande och därmed kan förvärra klådan. Vid ospecifik klåda eller oklara klådstillstånd kan sederande antihistamin ges i klådstillande syfte, hydroxyzin (Atarax)\* alternativt klemastin (Tavegil). Undvik Atarax till äldre och hjärtsjuka.

\* Se Äldre och läkemedelskortet, bilaga i slutet av boken.

### Läkemedel vid Hidradenitis suppurativa

Azelinsyra	Skinoren kräm 20%
Klindamycin	Dalacin kutan emulsion 10 mg/ml
Tetracyklin	Tetralsai, Lymecline kaps, 300 mg
Naproxen	Naproxen tabl 250; 500 mg

Hidradenitis suppurativa (HS) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som utgår från hårfolliklarna i områden med apokrina körtlar. Predilektionsställen är axiller, ljumskar, perineum och crena ani, men kan ses under bröst, på bröst och gluteer.

HS är 2 gånger vanligare hos kvinnor än de flesta folkgrupper. Anamnestiskt anger patienter att besvären debuterar i puberteten. Medelålder för debut i studier ligger på 22 år.

Det finns olika skattningsverktyg, men det som är mest använt och enklast kliniskt är Hurleyskattningen.

- Hurley I: Enstaka noduli och bölder.
- Hurley II: Abscesser med fistelgångar och hypertrofiska ärr.
- Hurley III: Diffust utspridda abscesser och konglomerat av inflammatorisk vävnad samt kommunicerande fistelgångar.

Patienten remitteras till Hudklinik vid osäkerhet angående diagnosen eller om patienten inte svarar på behandling vid Hurley I-(II) samt vid svårare tillstånd såsom svårare form av Hurley II och Hurley III.

För behandling i primärvård rekommenderas:

- Att ge råd och hos motiverade patienter stöd för behandling av övervikt och rökning är de enskilt viktigaste faktorerna.
- Kräm innehållande azelainsyra (Skinoren) 2 gånger per dag, kontinuerlig behandling.
- Kutan emulsion med klindamycin (Dalacin) 2 gånger per dag (3-månadersperioder) bör kombineras med azelainsyra (Skinoren).
- Tetracyklin kapslar (Tetralsai, Lymecline) 300 mg x 2 i 3 månader.
- Smärtstillande och mot sjukdomskänsla – NSAID tex tablett Naproxen.

studierna där något motstridiga. Utsättning av båda läkemedlen rekommenderas minst en vecka innan provtagning.

B12-brist bör alltid behandlas, även när anemi inte föreligger eftersom kobalamin är centralt för flera processer i kroppen. Peroral behandling är förstahandsval. Remissionsbehandling inleds med **T Betolvidon, Betolvex** 1 mg 2x2 under en månad, därefter fortsatt underhållsbehandling med 1 mg 1x1.

Parenteral B12-behandling i form av **inj. Hydroxokobalamin** ska endast ordineras när peroral behandling är otillräckligt för adekvat substitution. Detta kan vara aktuellt vid akuta neurologiska symtom, vid uttalad anemi eller för vissa patienter med nedsatt absorptionsförmåga (t ex vid inflammatorisk tarmsjukdom eller avsaknad av effekt på peroral substitution). Behov av förnyad injektion bör föregås av påvisat behov genom provtagning. Som underhållsbehandling räcker oftast en injektion var annan till var tredje månad. Läkemedlet ordineras och rekvireras för att sedan ges på vårdenhet. Se riktlinje *Kobalamininjektion – Vårdcentraler på intranätet*.

Alla patienter som genomgått bariatrisk kirurgi skall ha livslång behandling med B12, då operationen leder till ett minskat upptag. Doseringen är **T Betolvidon, Betolvex** 1 mg 1x1. Se även kapitel *Obesitas*.

Samtidig behandling med B12 rekommenderas till patienter som får folsyrasubstitution. För remissionsbehandling rekommenderas **Folsyra** 5 mg under två veckor. Som underhållsbehandling räcker oftast **Folsyra** 1 mg som daglig dos.

Förbättring av symtom orsakade av vitamin B12- eller folatbrist sker långsamt, under flera månader. Vissa symtom kan kvarstå trots behandling. Kliniska kontroller och labbuppföljning av insatt behandling rekommenderas och anpassas utifrån patientens behov och eventuella underliggande sjukdomar.

**Förutom den ovan beskrivna situationen med risk för maskerad brist på B12 vid folatbrist och vice versa, finns också risk för maskerad järnbrist, som blir uppenbar först efter insatt behandling med B12/folsyra. För flertalet patienter rekommenderas därför uppföljning även av järnstatus.**

### Vitamin B6 (pyridoxin) och vitamin B1 (tiamin)

Brist på vitamin B6 (pyridoxin) är mycket ovanligt, eftersom det finns i många av våra födoämnen (t ex kött, mjölk, ägg, spannmål, bär, bröd).

**Brist på vitamin B1 (tiamin) förekommer vid frekventa kräkningar och uttalad malnutrition samt vid excessiv alkoholkonsumtion.**

För behandling vid alkoholabstinens se kapitel *Psykiatri*, avsnitt *Läkemedel vid behandling av beroendetillstånd*.

Tillskott av vitamin B6 kan ha en viss effekt vid graviditetsillamående men finns i dagsläget endast som kosttillskott.

Ett behandlingsalternativ är läkemedlet **Xonvea** (10 mg doxylamin/10 mg pyridoxin) eller **Bonjesta** (20 mg



doxylamin/20 mg pyridoxin) som dock inte ingår i läkemedelsförmånen. Vid svårare besvär med graviditetsillamående med mer än 3 veckors duration av frekventa kräkningar finns även risk för tiaminbrist, varför tablett **Beviplex forte** (B1, B2, B3 och B6) är rekommenderat. För mer information se kapitel Gynekologi och obstetrik, avsnitt Graviditetsillamående och mödrhälsövårdens vårdrutin på intranätet sök *Graviditetsillamående och hyperemesis gravidarum - mödrhälsövården*.

## Endokrinologi

### Glukokortikoider

Expertgruppen skriver bland annat att:

- Informationsbladet **"Information för patienter med kortisonbehandling"** kan laddas ner och skrivas ut från Svenska Endokrinologiföreningens hemsida.
- **"Informationskort för patienter med långvarig kortisonbehandling"** finns tillgängligt för utskrift och beställning på samma sida.

Jag behandlas med

# KORTISON

Denna behandling får inte avslutas plötsligt.

Vid akut sjukdom, trauma eller operation kan kortison dosen behöva ökas eller tillföras intravenöst på grund av risk för binjurebarksvikt. Risk föreligger även efter nyligen avslutad behandling.




Visa alltid detta kort när du söker sjukvård

I am receiving treatment with

# CORTICOSTEROIDS

This treatment must not be stopped suddenly.

During acute illness, trauma or surgery the corticosteroid dose may need to be increased or administered intravenously due to the risk of adrenal insufficiency. The risk may remain following recent cessation of the treatment.

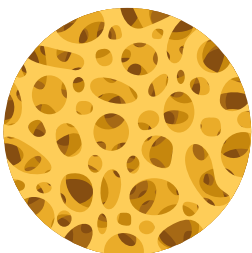


Always show this card when seeking medical care

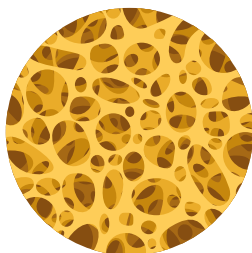
### Hypogonadism

Helt nytt avsnitt om hypogonadism. Expertgruppen lyfter fram att **testosteronbehandling endast ska förskrivas av specialist (endokrinolog eller urolog) vid symtomgivande testosteronbrist.**

### Osteoporos



normal



osteoporosis

### Bisfosfonater

Bisfosfonater hämmar osteoklasternas benresorption, lagras i skelettet under flera år och utgör förstahandspreparat vid behandling av osteoporos. Av bisfosfonaterna rekommenderas i första hand **zoledronsyra infusionsvätska 5 mg** (aktuellt upphandlat preparat)\* med tanke på garanterad följsamhet och upptag.

*Alendronat veckotablett 70 mg* är alternativ om zoledronsyra iv av någon anledning inte är lämpligt (t ex patientönskemål). Denna behandling kan ha god frakturpreventiv effekt under förutsättning att tabletterna tas på rätt sätt. Absorptionen är mycket låg och minskar påtagligt vid samtidigt intag av dryck (förutom vatten), mat och andra läkemedel.

Obs! Bisfosfonater bör ej ges vid kreatinin-clearance < 35 ml/min!

För mer detaljerad information kring infusion av zoledronsyra hänvisas till **riktlinje Zoledronsyra** som finns på intranätet, sök "zoledronsyra riktlinje".

Utvärdering av årliga infusioner med zoledronsyra bör ske ett år efter tredje dosen. Beroende på fortsatt frakturrisik är behandlingstiden 3–6 år. Vid behandling med alendronat ska en ny mätning göras efter två år, inte minst för att se att läkemedlet ger önskad effekt. Normal behandlingstid med alendronat är 4–6 år men kan i utvalda fall ges i upp till 10 år.

Vid systemisk behandling med steroider bör bisfosfonatbehandling i regel fortgå så länge steroidbehandlingen pågår, förutsatt att benmassan fortfarande är nedsatt (T-score < -1,0). **Drug holiday (tillfällig utsättning) efter 3–5 års behandling kan göras om prednisolon dos < 5 mg/dag.**

Vid utsättande av bisfosfonat har man påvisat fortsatt frakturforebyggande effekt i rörben under minst fem år. Ny bentäthetsmätning efter avslutad behandling görs endast i utvalda fall alternativt vid tillkomst av ny riskfaktor som ny fraktur eller nyinsatt kortisonbehandling.

### Denosumab – monoklonal antikropp

Denosumab är en human monoklonal IgG2-antikropp vilken binds till RANK-ligand (RANKL) varvid utmognad, aktivering och överlevnad av osteoklaster hämmas. Genom blockering av RANKL med denosumab minskar resorptionen av ben, benmassan ökar och risken för fraktur minskar. Vid njursvikt (GFR < 35 ml/min) ersätter preparatet bisfosfonat när indikation för benspecifik behandling föreligger. **Denosumab ges som injektion i form av en injektionspenna och kan användas som förstahandsval vid svårigheter till att ta sig till mottagningen. Se riktlinje Prolia (denosumab) på intranätet.**

Denosumab ska inte ges vid tendens till hypokalcemi. Stabil normal kalciumnivå ska säkerställas före varje given dos av denosumab. Patienter med malnutrition (t ex efter gastric bypass), hypoparathyreos eller njursvikt med GFR < 30 ml/min löper särskild risk att utveckla livshotande hypokalcemi.

\* Zoledronsyra är ett rekvisionsläkemedel inom Region Örebro län eftersom det kräver sjukvårdens resurser för att kunna administreras. Detta innebär att zoledronsyra inte skall skrivas ut på recept utan tillhandahållas av sjukvården.

Kalciumkontroll 1 vecka efter injektionen är obligatorisk hos dessa patienter. Någon dosjustering krävs ej vid nedsatt njurfunktion. Personer som erhåller dialys (eller har annan pågående behandling via njurmedicin) ska bedömas och behandlas av nefrologen.

**Denosumab ges som subkutan injektion var 6:e månad. Vid uppskjuten dos börjar bentätheten sjunka redan efter 1–2 månaders fördröjning. Den bör ses som en tillsvidarebehandling.**

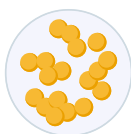
### Peroral kortisonbehandling

**Alla patienter med kortisonbehandling skall parallellt också ha kalk och D-vitamin (Kalcipos-D, Kalcipos-D forte). Dessutom bör bisfosfonat ges vid behandling motsvarande prednisolon  $\geq 5$  mg/dag med förväntad behandlingstid  $> 3$  månader hos postmenopausala kvinnor och män  $> 50$  år.** Den största benförlusten sker tidigt och snabbt. Därför är det viktigt att sätta in benspecifik behandling (i första hand zoledronsyra samt kalk och D-vitamin) även om man inte är säker på hur lång behandlingstiden kommer bli och oavsett om eventuellt DXA-svar föreligger. Remiss för bentäthetsmätning skrivs i samband med behandlingsstart med kortison.

## Infektionssjukdomar



KLEBSIELLA



STAPHYLOCOCCUS AUREUS



CANDIDA



CAMPYLOBACTER

### Tetracykliner

Doxycylin (**Doxycyklin, Doxyferm**) är förstahandsmedel vid Mykoplasma pneumoniae och klamydiainfektioner. Observera att tetracykliner interagerar med vissa metalljoner som kalcium, aluminium, magnesium (antacida) och järn. Fototoxiska biverkningar kan förekomma. Tetracykliner har hittills undvikits till barn under 8 år, och till gravida under andra och tredje trimestern, på grund av risk för missfärgning av tänder. Nyare data talar för att risken för detta är liten, men i nuläget bör doxycylin endast ges till barn under 8 år när inga andra alternativ finns. **Vid erytema migrans och tidigare allvarlig snabb eller fördröjd allergisk reaktion mot penicillin kan doxycylin ges oavsett ålder. Doxycylin kan även ges från 5 år vid neuroborrelios.** Receptet bör då märkas med OBS! eftersom ordinationen frångår det som finns angivet i FASS.

### Cefalosporiner

Okritisk eller ensidig användning av cefalosporiner ger ökad risk för resistensutveckling genom induktion av betalaktamaser t ex ESBL (extended spectrum betalactamases). Cefalosporiner tillhör dessutom en av de antibiotikagrupper som har störst risk att utlösa infektion med Clostridioides difficile. **Cefadroxil** är en peroral cefalosporin som kan användas som andrahandspreparat vid luftvägsinfektioner, exempelvis vid recidiverande streptokocktonsilliter.

**Vid peroral behandling av övre urinvägsinfektioner hos barn och gravida kvinnor rekommenderas Cefixim, vilket numera förskrivs utan licens som ett vanligt läkemedel och som finns både som oral lösning och tablett.**

### Fidaxomicin (Dificlir)

Fidaxomicin (Dificlir) är ett lokalt verkande smalspektrum-antibiotikum och ett möjligt förstahandsval vid behandling av Clostridioides difficileinfektioner (när antibiotika bedöms indicerat). Eftersom fidaxomicin ger en lägre risk för recidiv efter behandling, men är mycket dyrt och endast rabatterat vid svår Clostridioidesinfektion bör det främst användas till multisjuka och efter kontakt med infektionskonsult.

### Glykopeptider

Peroralt *vancomycin* absorberas ej och ska endast användas för behandling av Clostridioides difficileenterit (när antibiotika bedöms indicerat).

**Vancomycin och fidaxomicin (Dificlir) anses ha likvärdig behandlingseffekt men framförallt av kostnadsskäl är vankomycin förstahandsalternativ i de allra flesta fall.**

**Vid en bristsituation av peroralt vancomycin kan parenteral lösning i motsvarande dos spädas i 30–50 ml vatten och intas peroralt. Viktigt att märka ”för peroralt bruk” för att undvika förväxling.**

För mer information om behandling av Clostridioides difficile se 1177 för vårdpersonal, Clostridioides difficile och Svenska Infektionsläkarföreningens vårdprogram.

### Imidazolderivat

Metronidazol (**Flagyl, Metronidazol**) har antibakteriell effekt endast mot strikt anaeroba bakterier (t ex Bacteroides fragilis).

**Metronidazol ska inte användas som behandling av Clostridioides Difficile, pga högre recidivrisk jämfört med vankomycin och fidaxomicin.**

**Flagyl** och **Metronidazol** tabletter absorberas fullständigt och ger serumkoncentrationer som ligger nära dem som erhålls vid parenteral behandling.

Långvarig behandling bör undvikas pga risk för neuropatier. Patienter som ordinerats metronidazol bör informeras om risk för antabusliknande effekt vid kombination med alkohol.

### Linkosamider

**Klindamycin (Clindamycin, Dalacin)** är ett alternativ vid tidigare allvarlig snabb eller fördröjd allergisk reaktion mot penicillin och infektion med streptokocker (inklusive pneumokocker) eller stafylokocker.

Det har även effekt på anaeroba bakterier.

**Klindamycin tillhör en av de antibiotikagrupper som har störst risk att utlösa infektion med Clostridioides difficile.**

Klindamycin absorberas närmast fullständigt och har god vävnadspenetration och kan därför i de flesta fall administreras peroralt.



## Kinoloner

Ciprofloxacin (**Ciprofloxacin, Ciproxin**) har bred effekt framför allt på aeroba, gramnegativa stavbakterier och är förstahandsmedel vid febril urinvägsinfektion.

**Däremot skall ciprofloxacin INTE användas vid behandling av cystit vare sig hos kvinnor eller män annat än vid utbredd resistens.**

**Ciprofloxacin har ofta effekt mot Pseudomonas, men för framgångsrik behandling krävs en högre dos. Upprepade behandlingar med ciprofloxacin av Pseudomonas resulterar snabbt i resistensutveckling och fynd av Pseudomonas i sår ska i första hand lokalbehandlas med förbättrad sårvård.**

Kinoloner bör ej ges under graviditet och vanligen ej till barn under 12 års ålder.

**Kinoloner har en ogynnsam ekologisk påverkan och biverkningsprofil med hälseneruptur och förvirring hos framför allt äldre.**

**Kinoloner tillhör dessutom en av de antibiotikagrupper som har störst risk att utlösa infektion med Clostridioides difficile.**

Om infektion och resistensmönster tillåter, överväg alternativ antibiotikagrupp. Observera att kinoloner interagerar med exempelvis antacida, järn, kalcium, zink och warfarin. Bör helst tas fastande.

## Profylax vid recidiverande urinvägsinfektion

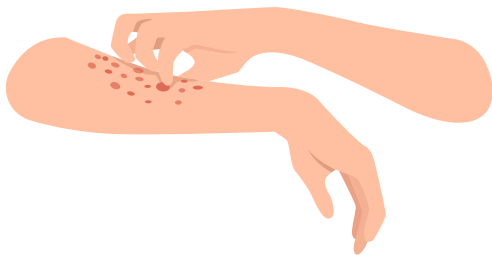
Vid täta recidiv av urinvägsinfektioner kan det vara värt att försöka med metenamin (**Hiprex**) för att slippa resistensproblemen som antibiotika kan medföra. Hiprex är dock inte meningsfullt till KAD-bärare.

Postmenopausala kvinnor med recidiverande urinvägsinfektioner kan vara betjänta av lokal behandling med östrogener, se avsnitt Menopausal hormonbehandling (MHT) i kapitel Gynekologi och obstetrik.

**Om Hiprex och behandling med lokala östrogener inte har effekt är långtidsprofylax med **Furadantin** eller **Trimetoprim** ett alternativ.**

**Vid samlagsrelaterade recidiv kan postkoital engångsdos av antibiotika ordinerars. För dosering se Strama-appen.**

## Hud



Tre helt nya avsnitt har tillkommit denna revidering: **Behandling av periorificial (perioral, perinasal eller periokulär) dermatit, Läkemedel vid Hidradenitis suppurativa, samt Behandling av primär hyperhidros.**

## Topikala kalcineurinhämmare

Topikala kalcineurinhämmare verkar inflammationsdämpande och klådstillande och ger inte upphov till hudatrofi. **De kan därför vara lämpliga för känsliga områden som ansikte och hudveck samt till barn. Särskilt vid ögonlockseksem med otillräcklig effekt av Ficortril kan det vara ett bra alternativ.** Indikationen i FASS är atopiskt eksem vid otillräcklig effekt eller biverkningar av topikala kortikosteroider. **Det finns även stöd för att använda kalcineurinhämmare vid perioral dermatit, se mer information nedan.**

### Preparat

**Protopic** (takrolimus) salva 0,1% - vuxna och ungdomar från 16 år, alla lokaler.

**Protopic** (takrolimus) salva 0,03% - barn från 2 år, alla lokaler.

**Elidel** (pimekrolimus) kräm 10 mg/g - från 3 månaders ålder, alla lokaler.

Preparaten smörjes två gånger dagligen i två veckor, eller tills läkning (max 6 veckor). Om ingen effekt efter två veckor bör man överväga att byta till annan behandling.

Vid god effekt av behandling två gånger dagligen kan man överväga intermittent underhållsbehandling 2 gånger per vecka på de områden där eksemet brukar uppträda.

Obs! Kalcineurinhämmare ska inte användas i samband med solexponering och under sommarmånaderna är därför sedvanliga topikala kortikosteroider att föredra.

## Behandling av periorificial (perioral, perinasal eller periokulär) dermatit

**Eventuell lokal glukokortikoidbehandling ska avslutas. Lokala glukokortikoider bör trappas ut för att minska risken för uppblossning.**

**Som förstahandsval rekommenderas lokalbehandling med azelainsyra eller kalcineurinhämmare (pimekrolimus/takrolimus), se ovan.**

**Om lokalbehandling inte är tillräcklig kan peroralt tetracyklin behövas, till exempel lymecyklin 300 mg x 2 i 2–3 månader.**

Se även 1177 för vårdpersonal.

På 1177 finns patientinformation med egenvårdsråd vid perioral dermatit.

## Läkemedel vid Hidradenitis suppurativa

**Hidradenitis suppurativa (HS) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som utgår från hårfolliklarna i områden med apokrina körtlar.** Predilektionsställen är axiller, ljumskar, perineum och crena ani, men kan ses under bröst, på bröst och glutéer.

HS är 2 gånger vanligare hos kvinnor i de flesta folkgrupper. Anamnestiskt anger patienter att besvären debuterar i puberteten. Medelålder för debut i studier ligger på 22 år.

Det finns olika skattningsverktyg, men det som är mest använt och enklast kliniskt är Hurleyskattningen.

- Hurley I: Enstaka noduli och bölder.
- Hurley II: Abscesser med fistelgångar och hypertrofiska ärr.
- Hurley III: Diffust utspridda abscesser och konglomerat av inflammatorisk vävnad samt kommuniserande fistelgångar.

#### För behandling i primärvård rekommenderas:

- Att ge råd och hos motiverade patienter stöd för behandling av övervikt.
- Kräm innehållande azelainsyra (**Skinoren**) 2 gånger per dag, kontinuerlig behandling.
- Kutan emulsion med klindamycin (**Dalacin**) 2 gånger per dag (3-månadersperioder) bör kombineras med azelainsyra (**Skinoren**).
- Tetracyklin kapslar (**Tetralysal, Lymecycline**) 300 mg x 2 i 3 månader.
- Smärtstillande och mot sjukdomskänsla – NSAID t ex tablett **Naproxen**.

Patienten remitteras till Hudklinik vid osäkerhet angående diagnosen eller om patienten inte svarar på behandling vid Hurley I-(II) samt vid svårare tillstånd såsom svårare form av Hurley II och Hurley III.

#### Behandling av primär hyperhidros

- Vid primär lokaliserad hyperhidros bör lokal anti-perspirant med aluminiumsalter provas i första hand i minst 4 veckor. Appliceras dagligen inför sänggående på torr hud. Vid förbättring nedtrappning till 1–3 gånger per vecka. T ex: Rexona Maximum Protection, Absolut Torr, Stop 24, ACO Special Care Extra Effektiv, Bats Maximum Protection, Perspirex.
- Lokalbehandling med kräm innehållande glykopyr-ronium (antikolinergikum) kan provas. Sedan 2022 finns *Axhidrox* kräm godkänt för primär lokaliserad axillär hyperhidros (ej subventionerat). Appliceras dagligen inför sänggåendet i 4 veckor och därefter 2–3 gånger i veckan.
- Vid multifokal primär hyperhidros kan perorala antikolinergika som solifenacin och oxybutynin provas. Vid förskrivning av antikolinergika rekommenderas vid behovsbehandling där lägsta möjliga effektiva dos bör eftersträvas. Med hänsyn till biotillgänglighet och biverkningsprofil prioriteras förskrivning av *solifenacin* i första hand. Rekommenderad startdos: T. solifenacin 5 mg 1 x 1 vid behov, maxdos 10 mg/dygn.
- För information om utredning och behandling av både primär och sekundär hyperhidros se 1177 för vårdpersonal.

#### Läkemedel mot aktiniska keratoser

Aktiniska keratoser (AK) är vanligt förekommande och kan i många fall behandlas inom primärvården. Enstaka AK hos äldre och sköra patienter kan lämnas utan åtgärd. **Det är väldigt låg risk att AK utvecklas till skivepitelcancer och det saknas idag stöd för att behandlingsinsatser minskar den risken. Tillståndet får betraktas som kroniskt recidiverande även efter framgångsrik behandling. Generellt rekommenderas fortfarande behandling**

av fältdysplasi men valet kan bero på graden, antal lesioner, patientens allmäntillstånd med mera. Vid diagnostisk osäkerhet rekommenderas remiss till hudläkare.

För lokalbehandling av aktiniska keratoser finns fluorouracil (5-FU) (**Tolak**) och imikvimod (**Zyclara**). 5-FU finns även i kombination med salicylsyra (**Actikerall**).

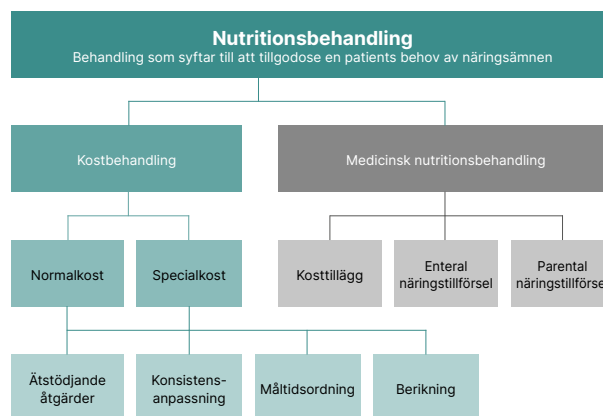
Preparaten har dokumenterad och likvärdig effekt. De skiljer sig beträffande behandlingsrutin och hur stort område som kan behandlas per omgång samt i viss mån biverkningsprofil. **Tolak bör väljas i första hand på grund av lägre risk för systempåverkan och enklare behandlingsregim.**

Inför behandlingsstart är det mycket viktigt att informera patienten om förväntade och ibland kraftiga lokalreaktioner. Eventuella hyperkeratoser avlägsnas innan behandlingsstart. Enstaka hyperkeratotiska AK kan behandlas med *Actikerall* utan föregående avfjällning.

Bra instruktionsfilm och patientinformation för användning av Tolak respektive Zyclara finns på [medicininstruktioner.se](http://medicininstruktioner.se).

## Nutritionsbehandling vid undernäring

### Grundläggande principer för nutritionsbehandling



Att förebygga och behandla undernäring Nationellt kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst, Socialstyrelsen mars 2023

### Kostbehandling



Utformandet av kostbehandlingen ska göras i samråd med patienten och utifrån dennes situation och sociala och kulturella preferenser samt eventuellt behov av specialkost. Basen är ett ökat antal måltider per dag med 3 huvudmål och 2–3 mellanmål. Ett tidigt morgonmål och ett sent kvällsmål ökar chansen att tillgodose energibehovet.



**Mat berikad med extra energi och näring kan behövas om aptiten är nedsatt.** Ge råd om ökad energitäthet genom livsmedel med hög fetthalt samt dryck som ger energi (mjölk, juice, måltidsdryck etc).

Livsmedelsverkets material **Stor aptit på livet, men mindre aptit på maten** ([www.livsmedelsverket.se/](http://www.livsmedelsverket.se/) Matvanor, hälsa & miljö/kostråd/Äldre - råd om bra mat) samt information under avsnittet undernäring på [1177.se](http://1177.se) ([1177.se/Liv & hälsa/](http://1177.se/Liv%20%26%20h%C3%A4lsa/) Äta för att må bra/ Bra matvanor för äldre med minskad aptit) kan användas som patientinformation. För mer information och patientmaterial sök Nutrition Vårdgivare Region Örebro län.

Ätstödande åtgärder kan vara fysiskt eller kognitivt stöd t ex anpassad måltidsmiljö, sällskap vid måltid eller äthjälpmiddel. Vid behov av stöd kring måltider övervägs samverkan med biståndshandläggare i kommunen.

**Patienter med sväljsvårigheter bör efter utredning av bakomliggande orsak remitteras till logoped för bedömning av sväljförmågan. Logopeden ordinerar de konsistenser och volymer som är säkra för patienten att äta och dricka. Förtjockningsmedel (ex *Resource Thicken-Up Clear*) kan förskrivas för att uppnå rekommenderad konsistens på mat och dryck. Vid besvär från mun/tänder som påverkar nutritionsförmågan, skicka remiss till tandvården.**

## Medicinsk nutritionsbehandling

### Kosttillägg

Kosttillägg, ofta i form av näringsdrycker kan användas när anpassningar av kosten inte räcker för att individen ska täcka sitt energi- och näringsbehov. Regionen har upphandlat kosttillägg samt elektronisk förskrivningsportal där all förskrivning ska ske. **Se regionens riktlinje för förskrivning Livsmedel för speciella medicinska ändamål till barn och vuxna (som finns på vårdgivarwebben sök Nutrition, Informationsmaterial och lathundar, Övriga länkar).** Förskrivning får endast ske till personer i ordinärt boende. På särskilt boende, inklusive LSS beställs nutritionsprodukter enligt rutin. I förskrivningsportalen finns beställningsmallar utformade utifrån rekommendationerna. Dietister, läkare och sjuksköterskor kan efter digitala utbildningar få förskrivningsrätt av kosttillägg som subventioneras av Region Örebro län.

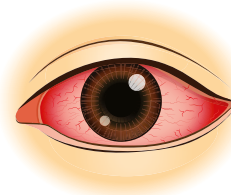


## Obesitas

Nyheter i kapitlet är bland annat att **två tabeller** har lagts till:

- **Obesitasläkemedel – som stöd till viktminskning och/ eller motverka viktökning**
- **Vanliga läkemedel för andra indikationer som kan påverka aptit och kroppsvikt**

## Ögon



### Infektiös konjunktivit

Vid viruskonjunktivit i samband med förkylning rekommenderas patienten att hålla ögat rent från sekretion med yttre tvättning.

Om eksem uppträder på ögonlockshuden på grund av frekvent tårflöde eller varig sekretion kan man avsluta varje tvättillfälle med att stryka på ett tunt lager **Oculentum simplex APL** på eksematös, irriterad ögonlockshud.

Vid lindriga fall av bakteriella konjunktiviter, tillämpas egenvård som vid viruskonjunktivit, alternativt bibrokato (Noviform salva).

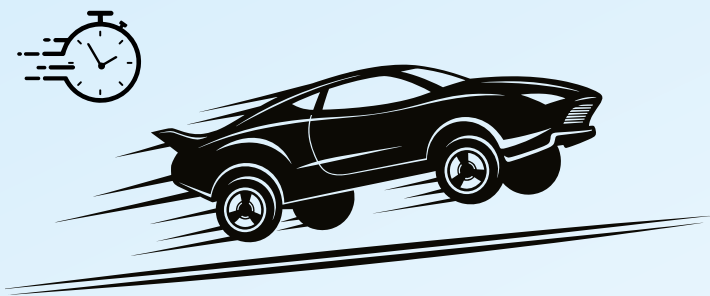
**Om antibiotikabehandling bedöms indicerad, väljes lokal bredspektrumantibiotikum med minsta risk för sensibilisering.**

I första hand rekommenderas kloramfenikol (**Kloramfenikol**), som har mycket god penetrationsförmåga och som dessutom sällan ger sensibilisering, eller fusidinsyra (**Fucithalmic**). Salvberedning av det antibakteriella medlet ger en smörjande effekt som verkar symtomlindrande på sveda/främmande kroppskänsla. Därför väljs denna beredningsform även vid antibakteriell profylax efter borttagande av främmande kropp från ögat. Vissa patienter som inte trivs med den tjockare salvberedningen kan förskrivas antibiotika i droppberedning.

**Ett likvärdigt alternativ för ovanstående är det nya läkemedlet *Azyter* innehållande azitromycin. En stor fördel med detta preparat är få droppstillfällen och kort behandlingstid. *Azyter* finns som endosbehållare och doseras 1 droppe 2 gånger dagligen i 3 dagar med kvarstående behandlingseffekt i 7 dagar.**

Andra antibiotika, till exempel ciprofloxacin (Ciloxan) och levofloxacin (Ofloquax), kan vara värdefulla men reserveras för specialistvården efter bakteriologisk diagnos och resistensbestämning.

Så kallad kronisk konjunktivit har blandad etiologi. Många patienter har egentligen tårfilmsdysfunktion eller torra ögon även om ögat rinner och dessa behöver tillägg av tårsubstitut. I övrigt är tillståndet ofarligt om än besvärande. Det är ofta bäst att ge så lite droppar eller salvor som möjligt. Natriumkromoglikat (Lecrolin) kan ha viss effekt.



# ”The Fast and the Curious”

## – Om snabbare marknadsstillträde och långsamma svar på effektfrågan.

En fortsättning på artikeln i Rapport om Läkemedel Nr 254, From EMA with love – De nya läkemedlens väg genom EU-byråkratin.

Text: Hugo Nilsson, apotekare, Läkemedelscentrum

### Villkorat godkännande och godkännande under särskilda omständigheter

I vissa fall bedömer EMA på ett tidigt stadium att ett läkemedel kan ha en positiv risk-nytta-balans, trots att tillverkaren inte kan presentera fullständiga bevis eller huvudsakligen stödjer sin argumentation på ”surrogate endpoints” (utfall som man tror kan vara kopplade till det relevanta utfallsmåttet). I dessa fall kan EMA bevilja ett så kallat **villkorat godkännande** (giltigt i ett år). Det innebär att läkemedlet blir godkänt ”i förväg” trots att företaget ännu inte har fullständiga data utan lämnar in dessa senare. Förfarandet kan användas då det finns brådskande medicinska behov och om det är troligt att läkemedlet senare kommer att godkännas. Vaccinerna som blev godkända i EU under covid-19-pandemin godkändes enligt den här proceduren, men i normalfallet rör det sig om olika typer av cancerläkemedel. För mer information om för- respektive nackdelar med villkorat godkännande se [CAMTÖS rapport](#) på ämnet från 2025.

I ovanliga fall kan läkemedel beviljas så kallat **godkännande under särskilda omständigheter** då det inte går att lämna in fullständiga data av olika skäl, som att sjukdomen den används mot är så ovanlig att det inte går att utföra fullständiga studier av läkemedlet eller att det inte är möjligt att utföra ”normala” kliniska studier av etiska skäl. Skillnaden mot ett villkorat godkännande är att läkemedlet godkänns trots att det **inte är möjligt** att få fram fullständiga data, **ens i framtiden**. [1].

Läkemedel med ofullständiga studieresultat ställer av naturliga skäl till problem vid den hälsoekonomiska bedömningen av nya läkemedel då ansvariga beslutsfattare får svårt att bedöma hur mycket hälsa man får för pengarna. Ett aktuellt exempel på det är läkemedlet Translarna som beviljades

villkorat godkännande av EMA 2014 för behandling av Duchennes muskeldystrofi. I Sverige behandlades 15 patienter till en kostnad (före eventuell återbäring) på ungefär en halv miljard kronor innan EMA år 2023 rekommenderade att marknadsföringstillståndet skulle dras tillbaka då man inte kunde bekräfta läkemedlets effekt [2].

### Särläkemedel

Som nämndes i artikel ”From EMA with love – De nya läkemedlens väg genom EU-byråkratin” i Rapport om Läkemedel Nr 254 kan det vara både dyrt och krångligt att få ett läkemedel godkänt för användning i EU [3]. För att öka företagets incitament till att utveckla läkemedel mot ovanliga sjukdomstillstånd kan ett läkemedel få status som så kallat **särläkemedel**. Särläkemedel används mot ovanliga sjukdomar (som drabbar max 5 av 10 000 invånare) där det tidigare har saknats tillräckliga behandlingsalternativ. Tillverkarna erbjuds ekonomiska fördelar som marknads exklusivitet i EU efter godkännandet och rabatter på ansökningskostnader och rådgivning [4]. 2022 utgjordes närmare 24 % av de centralt godkända nya läkemedlen inom EU av särläkemedel, trots att patientunderlaget för ett särläkemedel alltså utgör maximalt 0,05 % av EU:s befolkning [5]. Dessa siffror kan förklaras inte bara av förmånliga villkor inom EU utan även av att marknaden inom många terapiområden börjar bli mättad vilket leder till att många tillverkare kastar sina blickar mot de sällsynta sjukdomarna. Det uppskattas finnas ungefär 10 000 sällsynta sjukdomar i världen, varav 95 % saknar behandling.

Att testa läkemedel i dessa små patientgrupper blir ofta billigare än för andra läkemedel och eftersom det finns ett stort medicinskt behov räcker det ofta med att visa lyckade resultat i fas 2-studier vilket gör att utvecklingskostnaderna blir klart lägre

än för andra läkemedel. Särläkemedel når i allmänhet också marknaden snabbare än andra läkemedel.

Än så länge är betalningsviljan för särläkemedel hög, eftersom de har utgjort en relativt liten del av den totala läkemedelsbudgeten, men det återstår att se hur detta förändras när allt fler företag vill slå sig in på denna marknad [6]. Det har framförts kritik mot att en del tillverkare av särläkemedel gör orimligt höga vinster, en utvärdering som presenterades för Europaparlamentet 2023 påpekar bland annat att vissa särläkemedel hade en årsomsättning på över 100 miljoner euro [7].

Kostnaden för de 54 särläkemedel som användes i Sverige mellan januari 2019 och juni 2024 uppgick till ungefär 5,5 miljarder kronor (exklusive rabatter) [8]. I TLVs rapport från 2024 ”Praktiska förutsättningar för stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd” påtalar man risken för undanträngningseffekter vid lanseringen av särläkemedel och meddelar att man successivt kommer att införa nya kriterier i beslutsprocessen kring huruvida ett läkemedel bör beviljas subvention eller inte.

Nya läkemedels totala påverkan på samhällsekonomin kommer att vara ett sådant kriterium. Rent praktiskt innebär det att TLV kommer att acceptera ett högre pris per patient ju färre patienter som använder läkemedlet. TLV konstaterar också att många aktörer behöver genomföra åtgärder och ta ansvar för att få ihop ekvationen med en jämlik och samhällsekonomiskt hållbar tillgång till läkemedel i Sverige [9].

Referenslista till artikeln finns på: [vardgivare.regionorebrolan.se/sv-ll/vardriktlinjer-och-kunskapsstod/lakemedel/lakemedel/publikationer/rapport-om-lakemedel/](http://vardgivare.regionorebrolan.se/sv-ll/vardriktlinjer-och-kunskapsstod/lakemedel/lakemedel/publikationer/rapport-om-lakemedel/)



## Revidering av Gröna häftet!

*Text: Anna Thörn, Receptarie, ordförande expertgrupp Riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel*

Att ha regionövergripande **riktlinjer och rutiner för ordination och hantering av läkemedel** är reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, [HSLF-FS 2017:37](#). I Region Örebro län har vi samlat våra regionövergripande riktlinjer och rutiner i det som sedan många år kallas [Gröna häftet](#).

Fortlöpande översyn och mindre revideringar av Gröna häftet görs kontinuerligt, men under förra året behövde en mer omfattande revidering göras. Det med anledning av flera olika händelser som påverkar innehållet. Dels övergången till Cosmic, dels det faktum att regionen tog över driften av sjukhusapoteket i egen regi. Vid årsskiftet förändrades dessutom föreskriften avseende delegering vilket också ledde till behov av revidering.

Läkemedelskommitténs **expertgrupp för Riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel** samlade under föregående år en större arbetsgrupp med representanter från olika verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, för ett mer omfattande revideringsarbete där en läkar- respektive en sjuksköterskegruppering ansvarade för revideringen av olika delar i Gröna häftet. Representanter från Patientsäkerhetsenheten samt Avdelning vårdssystem deltog också och bidrog med sin kunskap i revideringen.

Till sist har också den Förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen (FÖL) varit involverad och kommit med värdefulla synpunkter vid revideringsarbetet.

Dokumentet är fastställt av ordförande för Läkemedelskommittén i Region Örebro län.

Samtidigt har det genomförts en översyn och revidering av samtliga stöddokument kopplade till Gröna häftet samt mall för lokal rutin inom både öppen- och slutenvård.

Vår förhoppning är att dessa regiongemensamma riktlinjer och rutiner ska fortsätta vara ett stöd i det dagliga arbetet och ett värdefullt hjälpmedel vid utarbetandet av de lokala rutinerna.



## Harmoniserad rekommendation för förskrivning av receptfria läkemedel

Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK) har tagit fram en rekommendation för gränsdragning av receptfria läkemedel och egenvård. Receptfria läkemedel rekommenderas vid två typer av tillstånd:

1. **Kortare sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär**, där den totala användningen inte förväntas överstiga 90 dagar sammanlagt under ett år, förutsatt att patienten är trygg med orsaken till besvären. **Exempel på tillstånd av egenvårdskaraktär är pollenallergi, övergående smärttillstånd, dyspepsi och förstoppning.**
2. **Långvariga tillstånd som inte beror på sjukdom**, till exempel torrhet i hud, ögon och slemhinnor hos äldre, utan konstaterad sjukdom (såsom eksem, psoriasis, iktyos eller Sjögrens syndrom). Detsamma gäller kosttillskott/vitaminer utan konstaterat bristtillstånd och uppföljning.

**För ovanstående tillstånd ska alltså recept i regel inte utfärdas, utan patienten hänvisas till receptfria alternativ.** Det gäller även patienter med frikort, barn och asylsökande. Det inkluderar även patienter med övertaget läkemedelsansvar, såsom hemsjukvård eller särskilt boende, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) mål om vård på lika villkor. Oavsett om förskrivning till dessa patienter sker via journalsystemet eller i Pascal (dosdispenserade läkemedel), kan till exempel omsorgsjournal användas för att dokumentera receptfria läkemedel. Se även [Läkemedel i Cosmic • Vårdgivare Region Örebro län](#)



# Fysisk aktivitet – en investering för livet

Att stötta människor i att förändra ohälsosamma levnadsvanor är ett tydligt uppdrag för hälso- och sjukvården. Samtidigt är det ett ansvar som delas av hela samhället. Stimulera till ökad fysisk aktivitet kan ha flera syften – att främja hälsa, förebygga sjukdom och som behandling. I Örebro län pågår just nu flera satsningar som omfattar samtliga dessa perspektiv.

*Text: Kerstin Angergård, fysioterapeut och ordförande expertgrupp Fysisk aktivitet*

En stor satsning är **Generation Pep Kommun och Mat- och rörelsesatsningen i förskolan**. Örebro län var det första länet som gick med i Generation Peps samverkansarbete "Pep Kommun". Sedan snart två år tillbaka samarbetar Region Örebro län, länets kommuner och RF-SISU Örebro län för att skapa bättre förutsättningar för barn och unga att leva ett aktivt och hälsosamt liv.

Pep Kommun baseras på **sju investeringsområden** som visat sig vara effektiva för att få till förändring gällande barns fysiska aktivitet och matvanor: förskola och skola, samhällsbyggnad, aktiv transport, barnrätt, matmiljö, barnperspektiv, hälso- och sjukvård samt idrott och fritid.

Arbetet **koordineras av RF-SISU Örebro län** och alla länets kommuner får ett särskilt stöd i den Mat- och rörelsesatsning som riktas till länets förskolor. Förskolan är en viktig arena i arbetet med barns levnadsvanor eftersom man når många barn tidigt i livet, och enligt läroplanen har verksamheten redan ett uppdrag kopplat till både mat och rörelse.

Pep Kommun är **en del av Nära vårdomställningen** i Örebro län och finansieras av länets kommuner.

En annan viktig satsning är arbetet med **Fysisk aktivitet på recept (FaR)**, som finansieras med statliga medel. Under 2025 har fokus varit att ge skolsköterskor och skolläkare möjlighet att använda sig av metoden.

Örebro kommun och Kumla kommun har nu infört **FaR för barn från 6 år och ungdomar** som har, eller riskerar att utveckla, ohälsa och som inte når upp till hälsorekommendationen för fysisk aktivitet. Det kan handla om barn och unga med försämrad skolprestation/kognition, sömnproblem, stress, psykisk ohälsa eller oroande viktutveckling.

FaR förskrivs i samförstånd med barnet/ungdomen och vårdnadshavare.

Behovet är stort – enligt Socialdepartementet är det i dag endast 12 procent av flickorna och 17 procent av pojkarna i Sverige som når rekommenderad nivå av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet och andra friskfaktorer är viktiga genom hela livet. Som en del i det långsiktiga arbetet arrangeras den **15 april 2026 konferensen Hälsosamt åldrande i Wilandersalen på Universitetssjukhuset i Örebro**.

Konferensen riktar sig till yrkesverksamma inom region, kommun och civilsamhälle som arbetar med hälsofrämjande och jämlik vård och omsorg. Innehållet har ett brett fokus på faktorer som bidrar till ett hälsosamt åldrande och anordnas av Region Örebro, Örebro kommun och nationella nätverket Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård.

Ett återkommande arrangemang är **seniorhöst** där Örebro kommun, Region Örebro län och RF-SISU Örebro län erbjuder en rad olika aktiviteter som bidrar till ökad hälsa för äldre. I programmet finns olika typer av fysiska aktiviteter, men också föreläsningar där bland annat hälso- och sjukvårdens personal bidrar till kunskap och insikt. Seniorhöst vänder sig till äldre som vill skapa nya hälsosamma vanor tillsammans med andra.

Tillsammans visar satsningarna i Örebro län att arbetet för ökad fysisk aktivitet inte är en enskild insats – det är en långsiktig investering i människors hälsa, från förskoleålder till ett gott åldrande.

Inbjudan konferens:

[vardgivare.regionorebrolan.se/sv/kalender/halsosamt-aldrande---nationell-konferens/](http://vardgivare.regionorebrolan.se/sv/kalender/halsosamt-aldrande---nationell-konferens/)

Länkar att läsa mer om Pep-kommun:  
[Pep Kommun Örebro län - Örebro län](#)

[Mat- och rörelsesatsning i förskolan - Örebro län](#)

## Tips på digitala föreläsningar

Sedan 2019 erbjuder Region Sörmland digitala föreläsningar kring olika aspekter av läkemedel och läkemedelsbehandling. Föreläsningarna äger rum på torsdagar kl. 08.15–08.35.

För att delta på en föreläsning och ha möjlighet att ställa frågor i chatten anmäler man sig innan på [Utbildningar - Digitala föreläsningar Läkemedelscentrum - Samverkanswebben](#).

Efter registrering får man en mötesbokning i sin kalender med en länk för att delta i föreläsningen.

Det går även att prenumerera på inbjudningarna till de digitala föreläsningarna.

### KOMMANDE FÖRELÄSNINGAR 2026

**26/3 - Behandling av adhd och samsjuklighet** - Obs! 30 minuter  
Olga Neznanova, Med Dr, överläkare norra Stockholms psykiatri, Region Stockholm

**23/4 - Nya alzheimerläkemedel och medföljande utmaningar** -  
Obs! 30 minuter, Gustaf Befrits, hälsoekonom, Region Stockholm och NT-rådet

**7/5 - Behandling av Alzheimers sjukdom – aktuell och i framtiden** -  
Obs! 30 minuter, Sibylle Mayer Standar, geriatriker, minnesmottagningen, Hudiksvall, Region Gävleborg

Föreläsningarna spelas även in och finns att hitta på länken ovan eller via QR-koden här till höger.



### INNEHÅLL

#### SID 2–8

Rekommenderade läkemedel 2026–2027

#### SID 9

”The Fast and the Curious” – Om snabbare marknads-tillträde och långsamma svar på effektfrågan.

#### SID 10

Revidering av Gröna häftet!

Harmoniserad rekommendation från LOK för förskrivning av receptfria läkemedel

#### SID 11

Fysisk aktivitet – en investering för livet

#### SID 12

Tips på digitala föreläsningar

**Nästa nummer av Rapport om Läkemedel kommer i mitten av april.**



#### Redaktionsråd

**Överläkare** Maria Palmetun Ekbäck  
**Informationsläkare** Kristina Bohlin  
**Informationsläkare** Gustaf Joachimsson  
**Informationsläkare** Magnus Olsson  
**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](http://www.regionorebrolan.se/lakemedel)

