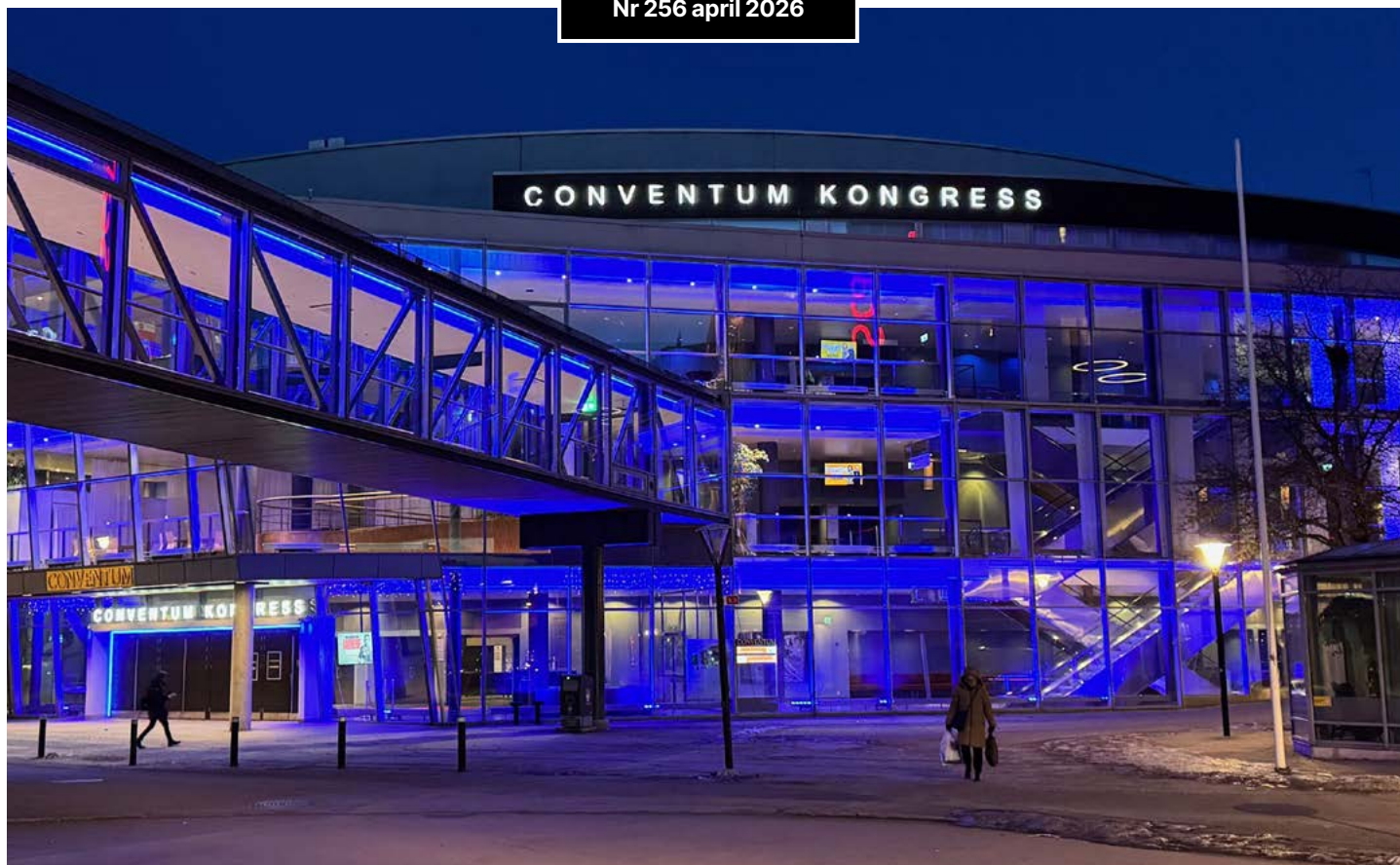


Rapport om

Läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

Nr 256 april 2026



Referat från
**Mellansvenskt
Läkemedelsforum
2026.** sida 14–19



Foto. Jacob Nison



Region
Gävleborg



Region
Värmland



Region
Uppsala



Region Örebro län

Mellansvenskt Läkemedelsforum 2026

Den 11 och 12 februari samlades över 600 deltagare på Conventum kongress i Örebro 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.

Största delen av detta nummer av Rapport om Läkemedel ägnas åt referat från föreläsningarna.

Psykofarmaka vid graviditet och amning



Referat: Magnus Olsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Marie Bendix, lektor KI och Umeå universitet, specialist i psykiatri, Region Stockholm

Ungefär 11 % av gravida kvinnor får läkemedelsbehandling för psykisk ohälsa, framför allt ångest och depression. Det finns en stor risk för återinsjuknande i psykisk ohälsa under graviditet och efter förlossning. Man har också sett att obehandlad psykisk ohälsa ger risk för graviditets- och förlossningskomplikationer. Samtidigt är många oroliga för att läkemedel ska skada barnet under graviditet och amning. Därför krävs en struktur för analys av risk och nytta, baserad på:

1. Art och grad av psykisk ohälsa samt risk för återfall, dvs värdera indikationen för läkemedelsbehandling.
2. Graviditetsvecka, eftersom det påverkar risken för missbildningar. Organmissbildningar sker i allmänhet i vecka 4–8 (för vissa organ dock upp till vecka 13). Undantaget är CNS, där det inte finns någon tidsgräns.
3. Risk för neonatala effekter. Det förekommer både biverkningar, utsättningssymtom och abstinens beroende på typ av läkemedel.

4. Risker vid amning, där en stor faktor är hur mycket av läkemedlet som passerar till modersmjöken.

För att inhämta information kring risker rekommenderas att alltid använda Janusmed, både för behandling under graviditet och amning.

Somatiska läkemedel vid graviditet och amning

Referat: Magnus Olsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Katarina Björkman, med dr, öl, specialist i obstetrik och gynekologi, Region Värmland

Det är viktigt att kvinnan mår bra under hela graviditeten eftersom det generellt minskar risken för komplikationer under graviditet och förlossning. Därför kommer läkemedelsbehandling i vissa fall behöva fortsättas eller sättas in under graviditeten. Även här rekommenderas att använda Janusmed och inte FASS för bästa riskvärdering av behandlingen.

Rekommendationerna i Janusmed delas in i tre kategorier där kategori 1 (låga risker, tillräcklig evidens) och kategori 3 (hög risk, använd ej) sällan orsakar några bedömningsproblem. Kategori 2 är dock den vanligaste och svåraste att förhålla sig till, eftersom den betyder att vi inte vet om det finns en risk. Delvis beror det på att gravida kvinnor utsluts ur många forskningsstudier, vilket ger potentiellt farliga kunskapsluckor. Vi måste ibland ställa oss frågan vad som är farligast; behandlingen eller sjukdomen. Till exempel är riskerna vid en obehandlad bakteriell UVI hos en gravid kvinna större än riskerna med att sätta in ett antibiotikum som tillhör kategori 2.

Man bör vid sin riskvärdering ta hänsyn till hur läkemedlet fungerar, om det är kontinuerlig behandling eller enstaka doser, om det kan passera över till fostret samt hur långt gången graviditeten är. I första trimestern är risken för teratogena effekter störst, i den andra påverkan på tillväxt och i den tredje bör man beakta både effekter på tillväxt och risk för komplikationer vid förlossningen och neonatalperioden.

Behandling och omhändertagande av migränpatienter



Referat: Gustaf Joachimsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Helene Vendel, specialist i neurologi, Region Värmland

Migrän är vanligt och har en prevalens på ca 15 % varav 65 % är kvinnor. Diagnoskriterier bör värderas även vid frekventa symtom och inslag av spänningshuvudvärk.

Det är vanligt att ett migränanfall "triggas" nya anfall, särskilt om patienten inte vilar tillräckligt under och precis efter anfallet och därmed inte får tillräcklig återhämtning.

Utöver vila i samband med anfall rekommenderades god sömnhygien, regelbundna, goda kost- och motionsvanor och fysioterapeutiska insatser för att förebygga anfall.

Fokus bör inte ligga alltför mycket på "triggers" då dessa ibland kan förväxlas med prodromalsymtom. Till exempel kan patienten uppleva att viss mat triggar anfall när det i själva verket kan vara ett prodromalsymtom som ger sug efter viss typ av mat.

Depression är en försämrande faktor som bör eftersökas anamnestiskt.

Information om eventuell aura är viktig eftersom det kan påverka vilka läkemedelsalternativ som är lämpliga. Till exempel ska östrogeninnehållande p-piller undvikas vid migrän med aura. Man bör skilja aura (syn, känsel, tal/språk, motorik eller från hjärnstam eller retina) från prodromala symtom såsom yrsel eller koncentrationssvårigheter. Ett aurasymtom är ofta stabilt lika över tid men kan förändras ordentligt vid klimakteriet då även andra förändringar i migränmönster är vanliga.

Läkemedelsbehandling av migrän delas upp i anfallskupering och förebyggande behandling. Som anfallskuperande behandling kan förslagsvis paracetamol + NSAID eller acetylsalicylsyra (ev med koffeintillägg) + triptan ges samtidigt. Mot illamående används metoklopramid i första hand. Huvudvärksdagbok rekommenderas starkt, vid såväl diagnostik som utvärdering av behandling. Detta är särskilt viktigt för att kunna utvärdera profylaktisk behandling.

En minskning av anfallsfrekvens med 50 % anses vara en bra behandlings-effekt.

Förebyggande behandling kan initieras med betablockare (metoprolol 100–200 mg x 1 eller propranolol 20–40 mg x 3), amitriptylin (30–50 mg till kvällen) eller kandesartan (8–16 mg x 1). Topiramat (25–50 mg x 2) är ett preparat som kan användas om ingen av förstahandsbehandlingarna har hjälpt, men i Region Örebro län rekommenderas att detta ordineras av neurologklinik eller i samråd med neurolog. Topiramat bör undvikas till fertila kvinnor.

Andra specialistbehandlingar är CGRP-antagonister (Aimovig/Ajovy) eller injektionsbehandling med botulinumtoxin. I akutskedet förekommer occipitalisblockad som smärtlindring.

ADHD - från barn till vuxen

Referat: Kristina Bohlin, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Mats Ek, med dr, öl, specialistläkare psykiatri, ordförande läkemedelskommittén, Region Stockholm

Målen vid behandling av ADHD är att öka **koncentrationsförmågan**, minska **impulsiviteteten** och öka **funktionen** i dagliga aktiviteter.

Läkemedelsbehandling sker med antingen centralstimulantia alternativt atomotexin eller guanfacin. Centralstimulantia och atomoxetin har båda kardiovaskulära biverkningar i och med att de höjer både blodtryck och puls. På längre sikt finns därmed ökad risk för kardiovaskulär sjukdom där sambandet

är tydligast för utveckling av hjärtsvikt och stroke. Risken ökar med högre dos och längre tids behandling.

Psykiatern bedömer indikation och förskriver läkemedelsbehandlingen. Vid förhöjt blodtryck som bedöms vara en biverkan görs först en värdering om dosen kan minskas, eller om man kan byta till annan behandling. Där fortsatt behandling bedöms som nödvändig utfärdas remiss till primärvården för ställningstagande till behandling av blodtrycket.

Föreläsare: Anne-Katrin Kantzer, med dr, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, Socialstyrelsen

Psykiska symtom är avhängiga av kontext och rör sig över en skala. Orsakerna till ADHD är multifaktoriella där bland annat genetik, psykosociala faktorer, förutsättningar i skolan och socioekonomiska förhållanden spelar in.

Förekomsten av personer som är diagnosticerade med ADHD har ökat under många år och diagnosen ställs vid allt färre symtom/lindrigare funktionspåverkan. Prevalensen anses ligga omkring 5–8 %. Den socioekonomiska fördelningen är ojämn och den största ökningen ses bland barn i övre medelklass.

Grundtanken vid vård av barn med ADHD är att vården skall vara stegvis, där grunden utgörs av psykopedagogiska insatser, riktade insatser för att främja sömn och anpassning av skolsituation. Först därefter kommer medicinering.





Njurfunktionen försämras med stigande ålder. Spelar det någon roll?

Referat: Magnus Olsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Torbjörn Linde, docent, öl, specialist njurmedicin, Akademiska sjukhuset, Region Uppsala

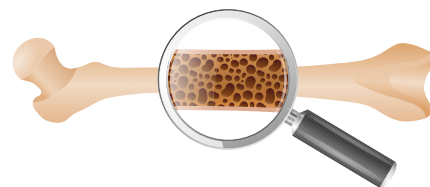
Den glomerulära filtrationen som är en central funktion för blodets rening, avtar med stigande ålder. Vid bedömning av njurfunktionen utgår man oftast från en beräknad glomerulär filtration (eGFR) baserat på mätning av kreatinin eller cystatin C. Vid 80–90 års ålder har ca 50 % av populationen eGFR under 60, vilket brukar vara gränsen för vad som betraktas som patologiskt. Eftersom antalet förskrivna läkemedel istället ökar med stigande ålder innebär det att de potentiella riskerna med läkemedelsbehandling blir större och att många läkemedel behöver dosanpassas eller helt undvikas. Utöver detta innebär även måttligt nedsatt njurfunktion en viktig riskfaktor för hjärt- och kärlsjuklighet.

För äldre patienter med tydligt sviktande njurfunktion är det viktigt att tillgodose ett tillfredsställande kaloriintag, för att bland annat minska proteinnedbrytning i kroppen. Man bör också vara frikostig med att behandla anemi. På grund av risk för dåligt järnupptag i tarmen vid njursvikt rekommenderas i första hand intravenös järntillförsel.

Vid nedsatt njurfunktion är det också av hög prioritet att behandla högt blodtryck, eftersom det är den största riskfaktorn för progress av njursjukdom. RAAS-blockad är basen för denna behandling. ACE-hämmare och ARB verkar likvärdiga. Det finns risk för hyperkalemi som ofta begränsar behandlingsmöjligheterna. Furosemid kan vara ett bra tillägg, eftersom det sänker blodtrycket och ökar kaliumutsöndringen. Tiaziddiuretika har ingen effekt vid eGFR < 30.

Tillägg av SGLT-2-hämmare kan vara ett alternativ vid njursvikt även hos äldre. Det verkar finnas en njurskyddande effekt, speciellt vid proteinuri, men kunskapen om den eventuella nyttan för äldre patienter är mycket liten.

Individanpassad läkemedelsbehandling mot osteoporos



Referat: Magnus Olsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Anna Rosenberg, specialist i allmänmedicin, Region Sörmland

Osteoporos är en av våra största folksjukdomar och eftersom behandlingen har utvecklats mycket sedan Fosamax kom 1995 finns nu möjlighet till en mer individanpassad behandling. Sjukdomen är en systemisk skelettsjukdom som beror på obalans i benomsättningen och leder till att skelettet inte håller för normal belastning. Flera faktorer som åldrande, andra sjukdomar, läkemedel och livsstilsfaktorer, kan bidra till att sjukdomen utvecklas.

Det enda symtomet på osteoporos är lågenergifraktur och diagnosen baseras på DEXA-mätning i kombination med lågenergifraktur och/eller förekomst av

riskfaktorer. Vid lågenergifraktur i höft, bäcken eller rygg kan diagnosen ställas oavsett värden på DEXA-mätning och även om mätning inte utförts.

Läkemedelsbehandling minskar risken för en ny fraktur med upp till 70 %, men fortfarande får alldeles för få patienter rätt behandling efter en lågenergifraktur. Anna Rosenberg framhöll att vård enligt frakturkedja kan förbättra behandlingen och öka andelen patienter med rätt behandling. En lågenergifraktur bör föranleda utredning med DEXA-mätning. Om mätningen visar osteoporos ska behandling alltid övervägas. Om det enligt mätningen är osteopeni bör man utföra FRAX-skattning och ett FRAX-värde över 20 % talar då för att behandla.

Det finns två huvudgrupper av läkemedel, anti-resorptiva och skelettanabola. Den anti-resorptiva behandlingen, som innefattar bisfosfonater och denusomab, är den överlägset vanligaste.

Bisfosfonater ges i de flesta fall intravenöst på grund av bättre compliance och effekt jämfört med peroral behandling. Uppföljning med DEXA-mätning rekommenderas efter tredje dosen. I undantagsfall med en högt motiverad patient kan tablettbehandling provas och uppföljande DEXA-mätning rekommenderas då efter 2 och 5 år. Effekten av bisfosfonater planar ut efter 3–5 år, men de har en långvarigt bestående effekt även efter avslutad behandling. Bisfosfonater är kontraindicerade vid eGFR < 35 och man bör då överväga behandling med denusomab.

Denusomab är förstahandsval vid uttalad njursvikt, mult sjuk patient med skört allmäntillstånd och i särskilda fall även till yngre patienter med låg bentäthet. Den största fördelen är just att den kan ges vid uttalad njursvikt, men vid utebliven dos uppstår reboundeffekt på osteoklasterna med hög frakturrisik närmaste halvåret. Man bör därför i möjligaste mån undvika utsättning. Patentet på denusomab har gått ut och biosimilärer finns tillgängliga, men preparaten är inte utbytbara på apotek.

Skelettanabola läkemedel (teriparatid och romosozumab) är dyrare men kan i vissa fall vara ett komplement till anti-resorptiv behandling, till exempel

vid låg bentäthet tillsammans med kotkompressioner. Behandlingen sker i så fall via endokrinologisk klinik.

Läkemedel och miljö



Referat: Gustaf Joachimsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin Ordförande Läkemedelskommittén Region Gävleborg

Läkemedel påträffas i princip överallt i miljön, både i vatten och jord. Molekylerna är ofta stabila och 30–90 % av läkemedel utsöndras i urin och avföring. Dagens reningsverk har dålig förmåga att rena bort läkemedelsrester, vilket kan ha långtgående ekologiska konsekvenser som kan vara svåra att överblicka. Man har till exempel hittat verksamt oxazepam i 30 år gammalt sjöbottensediment, sett populationskollaps av gampopulation i Indien pga NSAID i boskap samt av löjfishar i Kanada pga östrogen i vattnet.

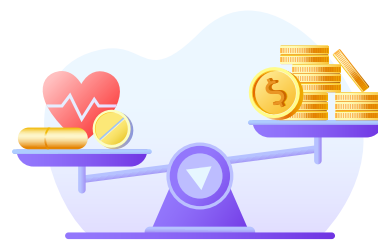
Endast en minoritet av läkemedel har data för s.k. ekotoxikologisk verkan och läkemedelskedjor saknar transparens. Även om reningsmetoder förbättras kommer vi att behöva minska utsläpp av läkemedel dvs minska tillverkning, användning och felaktig kassation (som att slänga tabletter i toaletten).

Som förskrivare kan man många gånger avstå från läkemedelsförskrivning och sätta ut läkemedel. Att följa riktlinjer och överväga icke-farmakologiska alternativ samt undvika överförskrivning kan också minska läkemedelsutsläpp. Det pågår politiskt arbete för att minska miljöpåverkan av läkemedel men delar av industrin har visat tecken på att göra motstånd.

Föreläsare: Johanna Villén, apotekare, farm.dr Uredare, Enheten för Miljö och hållbarhet, Läkemedelsverket

Johanna presenterade forskningsresultat om attityder hos patienter, apotek och vårdgivare när det gäller läkemedels miljöpåverkan. Det finns ett brett stöd för insatser som främjar miljövänligare läkemedelsanvändning.

Nytt men dyrt?



Referat: Kristina Bohlin, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Douglas Lundin, Chefsekonom, TLV

Maria Palmetun Ekbäck, med dr, specialist i dermatologi, verksamhetschef Läkemedelscentrum, Region Örebro län

Inom hälso- och sjukvården vet vi rätt så väl vad saker kostar. Men vi vet ganska lite om vad de är värda. Hälsoekonomiska utvärderingar syftar till att försöka bedöma vad olika vårdåtgärder har för värde i förhållande till andra åtgärder.

Användningen av nya läkemedel ökar stadigt i Sverige. Mellan 2016 och 2025 har kostnaderna ökat med 2,9 % årligen (36 % totalt under perioden). Befolkningen blir äldre och vi använder allt mer läkemedel – denna effekt har dock balanserats ekonomiskt av patentugångar och ekonomiska styrsystem (såsom periodens vara). Kostnadsökningen beror på introduktion av nya läkemedel. Från läkemedelsföretagens sida finns samtidigt kritik mot Sverige som sägs halka efter – vilket dock emotsägs av flera rapporter (OECD, IQVIA, Draghi-rapporten).

Hälsoekonomiska analyser syftar till att identifiera, dokumentera och värdera en intervention. Kostnaderna kan delas in i direkta och indirekta kostnader. Även minskade kostnader bör tas med. I Sverige, till skillnad från många andra länder, utgår man ifrån ett samhällsperspektiv när man gör dessa kostnadsberäkningar.

I hälsoekonomiska termer räknas det som vi i andra sammanhang uppfattar som primära utfallsmått (tex blodtryck, minskad risk för hjärtinfarkt/stroke, kolesterolnivå osv) som proxyvariabler. Istället utgår man ifrån QALY (quality-adjusted life year eller kvalitetsjusterade levnadsår). QALY skattar hälsa utifrån kvalitet och kvantitet. När Rådet för nya terapier (NT-rådet) fattar beslut kring rekommendationer om användning

av vissa nya läkemedel gör man en värdering utifrån förhållandet mellan *betalningsviljan* samt *kostnad per QALY*. Betalningsviljan uppskattas utifrån ett flertal faktorer – storleken på effekten av läkemedlet, tillförlitligheten i bakomliggande data, tillståndets svårighetsgrad och sällsynthet. I detta försöker man också ta hänsyn till *alternativkostnaden* – ett sätt att uppskatta vad man går miste om, när man inte kan använda pengarna till annat. Detta kan också förstås som en undanträngningseffekt. Om betalningsviljan är högre än kostnaden per QALY kan en positiv rekommendation för användning ges.

Ont i magen - vad gör vi?



Referat: Magnus Olsson, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Michiel van Nieuwenhoven, lektor, öl, specialist i gastroenterologi, USÖ, Region Örebro län

Louise Emilsson, docent KI, specialist i allmänmedicin, Region Värmland

Dyspepsi är en vanlig besöksorsak både i primärvård och på akutmottagningar. Vid utredning av patienter med dyspepsi uppkommer ofta frågan om en gastroskopi behöver göras eller inte. I en metanalys angående gastroskopifynd hos dyspepsipatienter framkommer att man hittat fler esofagiter hos friska patienter än hos dem med dyspeptiska besvär. Däremot är *ulcus* vanligare hos patienter med dyspepsi och *F-helicobacter* är därför en relevant provtagning. Cancer är ett mycket ovanligt fynd hos unga patienter med dyspepsi utan alarmsymtom.

Konklusionen är att gastroskopi bara behöver göras om patienten har alarmsymtom, är över 40 år och har hereditet för ventrikelcancer eller vid nydebyterade symtom vid över 55 års ålder. Detta finns sammanfattat i Svensk Gastroenterologisk Förenings riktlinje för utredning av dyspepsi.

För behandling av dyspepsi betonade föreläsaren vikten av läkemedelsgenomgång på samtliga patienter som söker med dyspeptiska besvär, för att identifiera eventuella biverkningar. En PPI-kur i 2–4 veckor kan provas och man bör då vara uppmärksam på att inte behandlingen blir kontinuerlig i onödan. I statistik från 2023 framgår att ca 10 % av befolkningen över 15 år under året hämtade ut minst ett recept på PPI, vilket sannolikt tyder på en stor överförbrukning. Även om riskerna med PPI-behandling är små finns det några med viss betydelse på populationsnivå, däribland en lite ökad risk för osteoporos, magbiverkningar och brist på magnesium och B12. Uttrappningsförsök av PPI bör därför övervägas vid långvarig behandling utan klar indikation. För att lyckas med uttrappningen är det viktigt med noggrann information till patienten om reboundfenomen, så att dessa inte misstolkas som ett fortsatt behov av läkemedlet.

Även IBS är mycket vanligt, uppskattningsvis har 15–20 % av befolkningen i Sverige sjukdomen. Det är viktigt med en tydlig diagnostik baserad på ROME IV-kriterier utifrån patientens symtom. Oftast behövs utöver provtagning för att utesluta annan sjukdom som IBD eller celiaki ingen ytterligare utredning. Vid alarmsymtom eller avvikande prover kan kolonutredning bli aktuell.

Det finns en rad olika patofysiologiska faktorer där det är svårt att uttala sig om vilka som har betydelse i det enskilda fallet. Man har bland annat sett att IBS-patienter har betydligt färre olika sorters bakterier i tarmfloran än friska patienter, vilket bedöms kunna påverka det komplexa samspelet mellan bakterier, tarmar och hjärna. Man vet dock inte om avvikelser i tarmfloran är orsak till IBS-symtom eller en följd av sjukdomen.

Man har även sett en ökad mängd aktiverade mastceller i kolon hos vissa IBS-patienter. Det antas påverka känsligheten i tarmen. Även tarmpermeabiliteten verkar vara ökad hos vissa IBS-patienter.

I hjärnan går det att mäta en ökad emotionellt kopplad aktivitet vid stimuli i tarmarna hos IBS-patienter. Man kan se en ökad visceral känslighet hos IBS-patienter, vilket betyder att de reagerar med smärta vid lägre tryck i ändtarmen

än friska patienter. Det verkar här finnas en koppling till serotonin.

Vid behandling av IBS är alliansen mellan patient och behandlare helt central. Man behöver som utgångspunkt vara helt överens om diagnosen. Ofta finns bakomliggande problematik som behöver kartläggas för att behandlingen ska lyckas. Det finns bland annat en stor överlappning med ångestproblematik.

Kostbehandling kan vara effektiv och patienten bör informeras om framförallt low-FODMAP-diet. De kolhydrater som utesluts vid low-FODMAP-diet orsakar inte IBS men kan öka symtomen.

Beträffande farmakologisk behandling bör man utgå från det dominerande symtomet, dvs förstoppning, diarré eller smärta och prova sig fram stegvis. Vid förstoppning är makrogol eller Inolaxol förstahandsalternativ och därefter Constella. Värt att nämna är att många patienter upplever för stark effekt av 1 tablett Constella och att det då ofta går bra att minska dosen. Vid dominerande diarrébesvär rekommenderas loperamid 1–2 x 1–3. Hyoscyamin (Egazil) kan ha effekt, särskilt vid samtidiga knip-smärtor, men är ett licenspreparat. Vid knipsmärta kan man prova amitriptylin 10–30 mg, men det finns en risk för förstoppning som biverkan. SSRI kan då vara ett alternativ (Tips! Läs mer ROME IV-kriterierna, alarmsymtom och FODMAP-diet i nästa nummer av Rapport om Läkemedel, nr 257.).

Dödliga förgiftningar och diagnostiska frågeställningar

Referat: Kristina Bohlin, informationsläkare, Läkemedelscentrum

Föreläsare: Carl Söderberg, med dr, öl, specialist i klinisk farmakologi och rättsmedicin, RMV Linköping

Rättsmedicinalverket består av flera avdelningar (genetik, kemi, medicin, psykiatri) som har olika uppdrag. Rättskemi är den enhet som undersöker förekomst av exv. läkemedel, narkotika, gifter och dopingpreparat i prover från människor.

I Sverige utförs ungefär 5000 rättsmedicinska obduktioner årligen. Vid rättsmedicinska utredningar där man misstänker förgiftning utförs först en screeningundersökning där man letar efter omkring 200 substanser. Vid behov kan man även rikta utredningen mot ytterligare andra substanser. När man funnit en substans, utreder man vidare genom verifiering och värdering

av resultatet. En utmaning är ofta att skatta koncentrationen av ett ämne. Koncentrationen beror bland annat på provlokal samt tid efter döden. För att kunna tolka ett provsvar för ett ämne som har hittats i en kropp, används referensverk för substanser som speglar detta.

Årligen upptäckts ett stort antal nya narkotiska substanser vilket utgör en stor utmaning inom området rättskemi.

I Sverige är det vanligaste förskrivna läkemedlet som används vid suicid zopiklon, ofta i kombination med andra läkemedel. För att minska risken för läkemedelsförgiftningar bör man minska mängden som förskrivs vid varje tillfälle samt nyttja möjligheten till expeditoinsintervall.



CLINT

Nu kan ni även kontakta oss via elektronisk remiss i Cosmic!

CLINT (Centrum för läkemedelsinformation i T-län) är en av Sveriges sju läkemedelsinformationscentraler. Vi tar emot och utreder läkemedelsrelaterade frågor från hälso- och sjukvårdspersonal i Region Örebro län, Värmland och Sörmland.

Vårt team består av fyra läkare och fyra apotekare som tillhandahåller producentobunden, evidensbaserad och kvalitetssäkrad information kring läkemedelsbehandling och farmaceutiska frågeställningar. Vi finns på Läkemedelscentrum vid Universitetssjukhuset Örebro.

De frågor vi hanterar rör allt från biverkningar, interaktioner och behandlingsalternativ till mer praktiska hanteringsfrågor gällande exempelvis blandbarhet av intravenösa läkemedel och administrering av läkemedel i sond.

Kontakta oss – på det sätt som passar dig

- E-post: CLINT@regionorebrolan.se (avidentifierade uppgifter)
- Nyhet! Elektronisk konsultationsremiss i Cosmic till Enheten för klinisk farmaci och farmakologi Läkemedelscentrum



Save the dates!

Fyra lunchföreläsningar via teams om kronisk njursvikt

Föreläsare: **Khalid Ibrahim** och **Parisa Seifi**

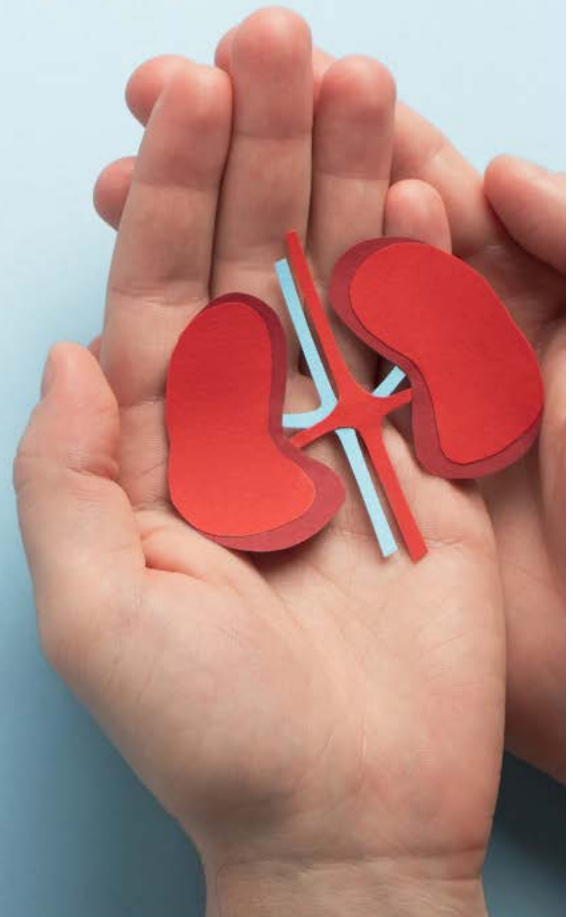
Innehåll och datum:

- Utredning av CKD i primärvården – 6 maj
- Nefroprotektion – 13 maj
- Svårare CKD i primärvården – 26 maj
- Uppföljande föreläsning med patientfall – till hösten, datum ännu ej bestämt

Tid: kl 12.10-12.50 + tid för frågor sista 10 min

Länkar till utbildningarna kommer att kunna hittas under **Mina nyheter** på intranätet samt även mailas ut till primärvården.

Utbildningarna kommer att spelas in och läggas i Utbildningsportalen på intranätet för de som vill titta i efterhand.



INNEHÅLL

SID 14-19

Referat från Mellansvenskt Läkemedelsforum 2026.

SID 19

CLINT

SID 20

Save the dates!

Nästa nummer av Rapport om Läkemedel kommer i början av juni.

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



Region Örebro län