



I DETTA NUMMER

Penicillinallergi – dags att nyansera bilden	1
Använd den digitala Läkemedelsboken	2
Hållbar vård – mer än klimat	3
Workshop: Läkemedelsutsättning	4
Vägledning för högriskläkemedel – Högrisklista (JOIKA)	5
Läkemedelskommittén ger dig råd	5
Rätt antibiotika – men också rätt administreringsväg	6
Hacks för läkemedelsmodulen i Cosmic	6
Paracetamol och ibuprofen	7
Fråga apotekaren	7
Ledare	8



Penicillinallergi – dags att nyansera bilden

Enligt ett flertal studier har man sett att ungefär var tionde patient har en varningsmärkning om antibiotikaallergi i journalen. Det leder ofta till att smalspektrumantibiotika ersätts med bredspektrum.

Bredspektrumantibiotika har inte sällan sämre precision, mer biverkningar och större påverkan på resistensläget. Samtidigt vet vi idag att färre än fem procent av de patienter som har en varning i journalen verkligen har en penicillinallergi⁽¹⁾. Ofta har det från början handlat om något annat: symtom som egentligen hörde till infektionen, antibiotikaassocierad diarré eller ett utslag som aldrig var allergi. I andra fall har reaktionen legat långt tillbaka i tiden och kanske inte längre är relevant.

Ändå blir märkningen kvar – ibland tills ett byte av journalsystem ger ett tillfälle till omvärdering.

Vad var det som hände?

Som så ofta i kliniken kommer vi långt med en bra anamnes – vad var det egentligen som hände? Vad fick patienten för symtom? Hur snabbt kom de? Behövdes behandling? Har patienten fått penicillin igen efteråt? Reaktionen som uppstår inom minuter till någon

timme efter administrering talar mer för en IgE-medierad allergi, medan symtom som debuterar efter ett dygn eller senare sällan innebär samma risk vid förnyad behandling. I många fall visar det sig då att reaktionen varit lindrig, oklar eller dåligt dokumenterad – och att penicillin kan ges igen utan ökad risk.

När ska man vara mer försiktig?

Snabba reaktioner med urtikaria, angioödem eller anafylaxi ska förstås tas på allvar. Detsamma gäller vissa allvarliga fördröjda reaktioner, som DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) eller SJS/TEN (Steven Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis). Men de tillstånden är ovanliga, och ska inte styra

Fortsättning på nästa sida >

Penicillinreaktioner / Handläggning		
Tidigare reaktion på penicillin?		
ICKE-ALLVARLIG REAKTION • Lättare klåda • Milda GI-symtom • Förkylningssymtom • Milda ögonsymtom • Oklar anamnes gällande substans, kronologi och symtom som ej talar för allvarlig reaktion	MÖJLIG ALLERGISK REAKTION • Klåda inklusive på läppar eller hals • Pirrande/stickande känsla • Urtikaria <50% av kroppen, <7 d som ej krävt systemiskt kortison • Begränsat erytem	ALLVARLIG REAKTION Snabb: • Urtikaria • Angioödem • Anafylaxi Fördröjd: • Uttalat exantem • SCAR (SJS/TEN, DRESS, AGEF)
Ge penicillin direkt	Ge penicillin direkt om >10 år eller Provokation	Undvik ALLA beta-laktamer (penicilliner, cefalosporiner, karbapenemer) Specialistbedömning
Ta bort varningsmärkning	Förtydliga i journal	Varningsmärk journal
<5% har sann penicillinallergi – våga avmärka!		

handläggningen av alla med en gammal och diffus uppgift om "pc-allergi". Korsreaktioner mellan penicilliner och andra betalaktamantibiotika är dessutom ovanliga, särskilt för preparat som har olika kemisk struktur i läkemedelsmolekylens sidokedja. Det innebär att behandlingsalternativen ofta är fler än man spontant tänker.

Sätt inte en varningsmärkning utan att skriva varför

En stor del av problemet uppstår redan

»Det innebär att behandlingsalternativen ofta är fler än man spontant tänker.«

när märkningen sätts. "Pc-allergi" utan närmare beskrivning är svår att värdera i efterhand – och tenderar att bli kvar. När en misstänkt reaktion uppstår behöver det därför framgå: vilka symtom patienten fick, när de uppstod i förhållande till

given dos, hur allvarlig reaktionen var, om behandling eller sjukhusvård krävdes. Det behöver inte vara långt, men tillräckligt konkret för att någon annan senare ska kunna ta ställning.

Mer eftertanke

Stramas uppdaterade rekommendationer betonar att uppgifter om antibiotikaallergi ska värderas aktivt, inte bara föras vidare. Hos patienter med låg sannolikhet för IgE-medierad allergi kan peroral provokation under kontrollerade former – även i primärvård – användas för att avskri-va misstänkt allergi ⁽²⁾. I många fall kan penicillin ges direkt efter en strukturerad anamnes, och i andra fall räcker en enkel provokation. Konsekvenserna av felaktig märkning är väl belagda: sämre träffsäkerhet i behandlingen, fler biverkningar och ökad användning av bredspektrumantibiotika – ofta helt i onödan⁽³⁾.

Sara Razmi, specialistläkare allmänmedicin och Strama-läkare

Referenser

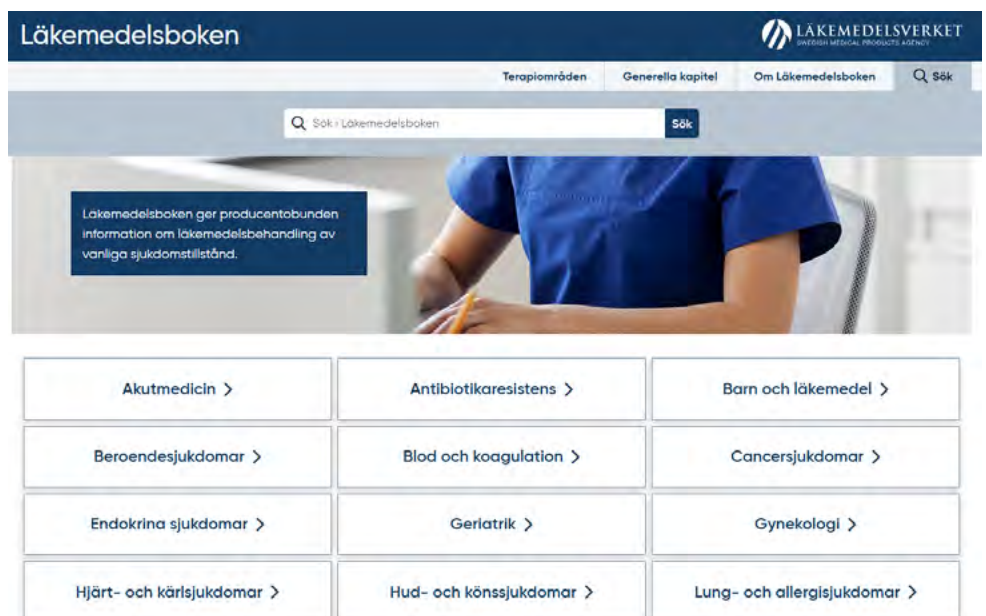
1. Luintel A, et al. *The global prevalence of reported penicillin allergy: a systematic review and meta-analysis*. J Infect. 2025.
2. Blumenthal KG, et al. *Reaction risk to direct penicillin challenges*. JAMA Intern medicine. 2024.
3. Powell, N. et al. *Narrative review of recent developments and the future of penicillin allergy de-labelling by non-allergists*. npj Antimicrob Resist. 2024.

Använd den digitala Läkemedelsboken

Producentoberoende, kvalitetssäkrat och kostnadsfritt kunskapsstöd

Läkemedelsverket tillhandahåller Läkemedelsboken som är ett producentoberoende, kvalitetssäkrat och kostnadsfritt kunskapsstöd. Arbetet med den digitala versionen fortskrider i hög takt och 87 kapitel har nu publicerats.

Innehållet i Läkemedelsboken tas fram i nära samarbete med kliniskt verk-samma specialister och granskas internt av medarbetare på Läkemedelsverket. Läkemedelsboken är uppdelad med te-rapikapitel inom olika sjukdomsområden men det finns också generella kapitel om läkemedelsanvändning och regelverk. Med fokus på klarspråk, tillgänglighet och sökbarhet fungerar plattformen som ett stabilt, nationellt komplement till de regionala rekommendationerna och REK-listorna för att bidra till en säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.





Hållbar vård – mer än klimat

Under vecka 22 samlades närmare 1400 allmänläkare från över 20 länder i Jönköping för Nordic Congress of General Practice (NCGP). Temat var sustainability – hållbarhet. Ett ord som lätt kan kännas slitet, men som kanske aldrig varit mer relevant.

Hållbarhet betyder mycket mer än klimat. För många av oss handlar det också om att hålla över tid – som människa, kollega och läkare i en vård präglad av höga krav, växande vårdbehov och ständig förändring. Det handlar också om hur vi bygger en sjukvård som är hållbar för patienter och samhälle, där resurser används klokt samtidigt som det som faktiskt gör vård till vård värnas.

Utifrån det perspektivet blir vårdens aktuella utmaningar tydliga. Globalt uppskattas hälso- och sjukvården stå för omkring 4,4 procent av växthusgasutsläppen, och runt 20 procent av vården bedöms vara lågvärdevård – utredningar, behandlingar eller kontroller med begränsad eller ingen nytta för patienten.

Våra medicinska beslut har även en miljöpåverkan. Varje läkemedel som förskrivs, varje provtagning och varje radiologisk undersökning bär med sig ett avtryck – i produktion, transport, energiåtgång och avfall. Det väcker en återkommande fråga: hur kan vi göra mer nytta för patienten utan att samtidigt öka belastningen på systemet?

En del av svaret ligger i hur vården är organiserad. Flera föreläsningar lyfte behovet av att röra sig bort från en alltför

industriell vårdmodell, präglad av brådska, fragmentering och administration, mot en mer omsorgsfull och personcentrerad vård – careful and kind care.

Det var också tydligt att detta inte står i motsats till medicinsk stringens. Evidensbaserad medicin är grunden för att skilja professionell medicin från tyckande och ovetenskaplighet. Utmaningen ligger snarare i att hålla ihop dessa perspektiv: att låta evidens och relation samexistera i det



»Klimat, social hållbarhet och hälsa hänger tätt samman.«

kliniska mötet. (Allmän)medicinens kärna – relationen, sammanhanget och samtalet – blir då inte ett komplement, utan en del av själva evidensen i praktiken.

En annan återkommande insikt var betydelsen av kollegialitet. "Our best resource is each other", som Margaret McCartney uttryckte det. Regelbundna möten, kollegiala samtal och professionell gemenskap bidrar inte bara till bättre beslut, utan också till att vi orkar över tid i ett krävande yrke.

Detta perspektiv öppnar i sin tur upp för en bredare förståelse av hälsa. Social isolering lyftes som en tydlig riskfaktor, med konkreta konsekvenser – till exempel ökad sårbarhet vid värmeböljor hos personer med låg social kontakt.

Värmeböljor är även ett av flera uttryck för hur klimatförändringarna redan påverkar hälsan. Med fler perioder av extrem värme, översvämningar och förändrade smittmönster – inklusive zoonotiska infektioner – kommer både sjukdomspanoramat och vårdens uppdrag sannolikt att förändras.

Hållbarhetsfrågan går inte att dela upp i separata delar. Klimat, social hållbarhet och hälsa hänger tätt samman. Möjligen är det därför budskapet från konferensen känns så viktigt: att lyfta blicken från den egna mottagningen eller kliniken. Vi är alla delar av ett större system. Kanske är det också därför man lämnar konferensen med en känsla av hopp – och en förhoppning om att vi blir ännu fler när Nordic Congress of General Practice ses igen i Reykjavik 2028.

Sara Razmi, specialist i allmänmedicin



Workshop: Läkemedelsutsättning

När ST-läkarna i allmänmedicin hade utbildningsdagar på Engeltofta i juni 2026, erbjöd läkemedelskommittén en workshop om läkemedelsutsättning.

Fyra korta pass med 10 till 14 deltagare i varje grupp anordnades. Varje grupp fick ta ställning till två påståenden som kunde kopplas till utsättning av läkemedel. Engagemanget och energinivån var hög och det fanns ett stort intresse för läkemedelsutsättning. Här redovisas en sammanfattning av resultaten av workshoppen.

Framgångsfaktorer

Att arbeta med struktur vid uppföljning och vid läkemedelsgenomgångar och följa upp patienter, att ha mod att stå fast vid medicinska beslut med god evidensgrund, samt att våga ompröva tidigare behandlingsbeslut ansågs vara nycklar till framgång. För ett framgångsrikt arbete behövs också organisatoriska förutsättningar i form av adekvat bemanning och arbetssätt som främjar relationell kontinuitet.

Goda kunskaper och färdigheter i arbetssätt för gemensamt beslutsfattande

och kommunikation på patientens villkor var ett annat centralt tema.

Många primärvårdsenheter har implementerat systematiska arbetssätt vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel.

För vissa läkemedelsgrupper (t.ex. protonpumpshämmare och sömnmedel) förekommer att man använder skriftlig patientinformation om läkemedelsutsättning vid kommunikation med patienter.

Förbättringsområden

Hinder för framgångsrik handläggning kopplades till upplevd tidsbrist, arbetssätt som inte anpassats till arbetsuppgiften (för att göra en bedömning av ordinationen i relation till helhet).

Flera kollegor framförde önskemål om tydligare struktur i arbetet med förlängda ordinationer (s.k. receptförnyelse). Ofta betraktas receptförnyelse som en rent administrativ åtgärd, men är

enligt gällande föreskrift, en medicinsk helhetsbedömning av ordinationen.

Andra utmaningar var: svåröverskådlig historik för tidigare behandling och utredning, när förutsättningar för behandlingsallians med patienten kring behandlingsstrategi saknas, samt att hantera interaktioner som uppstår vid utsättning av läkemedel.

Protonpumpshämmare, sömnmedicinering och antidepressiv behandling utan tydlig behandlingsplan var läkemedelsbehandlingar som man gärna skulle vilja ompröva oftare.

Ett ständigt pågående arbete med strukturerade läkemedelsgenomgångar bedömdes vara nödvändigt för att nå framgång och också en nyckel till att hantera utmaningen med realistiska förväntanseffekter hos patienten.

Tillgång till kommunikationsmaterial och upparbetade arbetssätt för läkemedelsutsättning är till stor hjälp för ett gott arbete. Önskemål framfördes om att man i högre utsträckning också skulle vilja förbättra uppföljning av utsättning av behandling.

Björn Ericsson,
specialist i allmänmedicin

Nyckelfaktorer för framgång

- Relationell kontinuitet genom fast läkarkontakt
- Att använda arbetssätt som främjar gemensamt beslutsfattande
- Att fatta evidensbaserade behandlingsbeslut
- Att skapa rimliga förväntningar på effekt av behandling och ge goda förklaringsmodeller till patienten.
- Att alltid ha en uppdaterad behandlingsplan
- Att erbjuda andra alternativ än läkemedel.
- Att erbjuda utbildning av medarbetare på hälsocentral.

Att se upp med

- När skriftlig behandlingsplan vid tillfällig läkemedelsutsättning saknas
- Substitutionsbehandlingar, t.ex. systemiska kortisonpreparat, insulin
- Vårdens övergångar – allra helst för patienter med dos-dispenserade läkemedel som vårdats på sjukhus.

Vägledning för högriskläkemedel

– Högrisklista (JOIKA)

Högriskläkemedel kan definieras som "läkemedel som innebär en förhöjd risk för att orsaka allvarlig skada på patient om de används på felaktigt sätt". Misstag behöver inte ske oftare vid hantering av dessa läkemedel jämfört med andra läkemedelsgrupper, men kan få större konsekvenser. Redovisad högrisklista visar på de mest riskfyllda läkemedlen i somatisk sjukvård baserat på lex Maria-rapporter samt kända internationella högrisklistor och kan läsas via QR-koden nedan.

JOKER

Trots att de vanligaste högriskläkemedlen är kända kan det finnas behov av att varje verksamhet identifierar sina egna högriskläkemedel. Förslagsvis väljs ett eller flera läkemedel ut baserat på tidigare kända allvarliga lokala händelser.

OPIOIDER

Gruppen opioider består av flera olika substanser, beredningsformer och styrkor. Vid parenteral administrering sker ofta spädning. Detta gör att risken för förväxlingar och spädningsfel är förhöjd. Genom att tydliggöra vilka styrkor och spädningar som finns i verksamheten kan risken minskas.

INSULIN

Insulin finns oftast i en ursprungsstyrka 100 E/mL med många olika typer av insulinprodukter och hjälpmedel. Exempel på risker är: förväxling mellan



produkter, spädning till fel koncentration vid intravenöst bruk, feldoseringar samt missade eller glömda doser. Genom att tydliggöra vilka produkter, styrkor och spädningar som finns i verksamheten kan risken minskas.

KONCENTRERADE ELEKTROLYTER

Koncentrerade elektrolyter (exempelvis Addex- eller Addens Kaliumklorid, Addex- eller Addens Natriumklorid) är högkoncentrerade lösningar som måste spädas innan administrering. Risken finns att förpackningar kan vara förvillande lika andra förpackningar med mindre potent innehåll. Förväxling med dessa produkter kan leda till mycket allvarliga konsekvenser. Avdelningar som väljer att ha dessa läkemedel på sin avdelning ska

förvara dem på en lagerplats så att risken för förväxling minimeras. Se separat Best Practice-dokument som beskriver riskhantering av kalium (visas som QR-kod nedan).

ANTITROMBOTISKA LÄKEMEDEL

Antitrombotiska läkemedel, som t. ex heparin och dalteparin, är läkemedel som innehåller många nollor; 2500 E, 25000 E, 100 E, 10000 E och där det finns risk för förväxlingar mellan styrkor. Läkemedel med antitrombotisk effekt är oftast mycket potenta inom ett smalt terapeutiskt område. Feldoseringar eller utebliven monitorering kan leda till allvarliga konsekvenser. Genom att tydliggöra vilka styrkor och spädningar som finns i verksamheten kan risken minskas.

Björn Ericsson,
specialist i allmänmedicin



Skanna QR-koden för att komma till Vägledning för högriskläkemedel – Högrisklista (JOIKA)



Skanna QR-koden för att komma till Vägledning för högriskläkemedel – Parenteralt Kalium

Läkemedelskommittén ger dig råd – så hittar du billigaste biosimilarer – spara 8 miljoner kronor

För biologiska läkemedel medger Läke-medelsverket inte utbyte på apotek enligt periodens vara. Det betyder att du som förskrivare behöver göra aktiva val för att den mest kostnadseffektiva produkten ska kunna expedieras på apotek. För biosimilarer där patentet nyligen gått ut och flera produkter konkurrerar, sker i många fall en kontinuerlig prispress.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har en hemsida med aktuell prisbild för vissa biosimilarer. I arbetet med läkemedelsmallar är ambitionen

att styra förskrivningen mot den just nu mest prisvärda produkten. Observera att Cosmic endast visar den informationen på ett tydligt sätt vid nyförskrivning av recept.

Om billigaste produkt skulle förskrivas vid varje tillfälle, finns en potentiell kostnadsbesparing på ca 8 miljoner kronor per år för Region Gävleborg.



Skanna QR-koden för att komma till "Prisöversikt Biosimilarer TLV."

På hemsidan finns uppdaterad pris-information om följande läkemedel:

- Somatropin
- Teriparatid
- Etanercept
- Adalimumab
- Golimumab
- Ustekinumab
- Tocilizumab
- Denosumab
- Omalizumab

Rätt antibiotika

– men också rätt administreringsväg

I tidigare nummer skrev vi om ciprofloxacin och varför det bör användas restriktivt. Den här gången tittar vi på en annan aspekt av antibiotikaanvändningen: administrationsvägens betydelse för miljön.

Hälso- och sjukvården står för omkring 4,4 procent av de globala växthusgasutsläppen. Även mindre förändringar i hur vården bedrivs kan därför bidra till att minska klimatpåverkan.⁽¹⁾

En nyligen publicerad studie i Journal of Antimicrobial Chemotherapy jämförde miljöpåverkan av peroralt och intravenöst ciprofloxacin. I studiens huvudscenari beräknades klimatavtrycket för en dos till 12,6 gram koldioxidekvivalenter (CO₂e) vid peroral behandling, jämfört med nästan 900 gram vid intravenös behandling. Den intravenösa administreringen hade också större påverkan inom samtliga 18 miljöpåverkanskategorier som studerades.⁽²⁾

Skillnaden berodde framför allt på det material som krävs för den intravenösa administreringen: infusionsvätska, infusionsaggregat, förpackningar och annat engångsmaterial. Själva antibiotikasubstansen stod för en betydligt mindre del av klimatavtrycket. Ciprofloxacin har dessutom mycket god biotillgänglighet vid peroral administrering, vilket gör peroral behandling till ett fullgott alternativ i många situationer.

Ciprofloxacin är det antibiotikum som studerades, men principen är bredare. Flera andra antibiotika har också god



biotillgänglighet och kan i lämpliga fall ges peroralt i stället för intravenöst.

Det finns också kliniskt stöd för att göra bytet när förutsättningarna är rätt. En systematisk översikt och metaanalys från 2025 visade att tidig övergång till peroral behandling hos utvalda patienter med okomplicerad bakteriemi inte gav sämre behandlingsresultat än fortsatt intravenös behandling.⁽³⁾

En amerikansk studie illustrerar hur stora materialmängder det kan handla om i praktiken. Av drygt 15 000 intravenösa antibiotikadagn uppskattades 64 procent kunna ha ersatts med peroral behandling. Det motsvarade drygt två ton avfall och 353 kg CO₂e.⁽⁴⁾

Siffrorna från den amerikanska studien går inte att direkt överföra till svensk sjukvård, eftersom organisation, material och arbetssätt skiljer sig åt. Principen är däremot relevant även här. När peroral behandling är ett medicinskt lämpligt alternativ kan ett byte från intravenös behandling minska användningen av engångsmaterial och därmed vårdens miljöpåverkan.

Rätt preparat, rätt dos, rätt behandlingstid och rätt administreringsväg. Det är en del av ett klokt antibiotikarbete.

Sara Razmi, specialistläkare allmänmedicin och Strama-läkare

Källor

1. WHO. *Strengthening climate-resilient and environmentally friendly health systems and services*.
2. De Jaegher N, et al. *Environmental benefits of switching from intravenous to oral administration of ciprofloxacin*. J Antimicrob Chemother. 2026;81(6):dkag163.
3. Li Q, et al. *Oral switch vs. continued intravenous antibiotic therapy in patients with bacteraemia and sepsis: a systematic review and meta-analysis*. Clin Microbiol Infect. 2025;31(4):551–559.
4. Chakravorty AJ, et al. *Estimated greenhouse gas emissions associated with unnecessary intravenous antimicrobials administered in the hospital setting*. Antimicrob Steward Healthc Epidemiol. 2025;5:e263.

Hacks för läkemedelsmodulen i Cosmic

Att återvända efter semestern kan kännas tungt, men att ordinera läkemedel i Cosmic behöver inte göra det. Häng med på tredje delen av vår serie med tips och tricks!

1. Favoriter

Klicka i stjärnan längst till höger efter att du sökt fram det läkemedel du vill lägga till i din lista över favoriter.

Styrka	Doseri...	
2,5 mg	1 tablett x ...	
5 mg	2 tabletter...	
5 mg	2 tabletter...	
2,5 mg	1 tablett x ...	
5 mg	1 tablett x ...	★

Favoriter: 1 Läkemedelsmallar	
Mainamn	
REK apixaban (Eliquis) tabl 5 mg. 1x2 (föraktsflimmer)	

Nu dyker den upp som förslag varje gång du ska förskriva ett nytt läkemedel.

Flera doseringssteg (skiljtecken ';')	
1x3i3d; 2x2i4d	1 tablett 3 gånger dagligen i 3 dagar; 2 tabletter 2 gånger dagligen i 4 dagar

2. Kortnotationer

Blir du ägd av din yngre kollega i datorkunskap dagligen? Misströsta inte, du kan också lära dig ordinera snabbt och smidigt med hjälp av kortnotationer!

Klicka på frågetecknet bredvid rutan där du fyller i dosering

så får du upp ett dokument med kortnotationer och vad de gör. Snart kan du med lätthet skapa hur avancerade doseringar som helst.

Skriv gärna till oss om ni har egna smarta lösningar att dela med er av!

Ida Kåks, informationsläkare



Paracetamol och ibuprofen

Höstens första runda med läkemedelskommitténs föreläsningar för primärvården innehåller en kort exposé över två av de mest använda preparaten på marknaden: paracetamol och ibuprofen.

De har båda varit tillgängliga sedan andra hälften av nittonhundratalet och innehar delad förstaplats i REK-boken som medikamentell behandling av nociceptiv smärta.

Vid postoperativ smärta är kombinationen av båda preparaten effektivare än att använda dem var för sig, och det fungerar lika bra att kombinera paracetamol med ibuprofen som med oxykodon vid akut extremitetssmärta.

Ibuprofen som enskilt preparat fungerar bättre än paracetamol mot postoperativ smärta, men kräver noggrant övervägande vid hjärt- och njursvikt. Leversvikt kräver särskilt övervägande innan eventuell insättning av båda preparaten.

Vid intoxikation med höga doser utgör paracetamol en större risk, medan ibuprofen i normaldos kan leda till GI-biverkning i större utsträckning. Läkemedelsöverdoser är den vanligaste självdestruktiva handlingen, där paracetamol är dominerande substans. Därför rekommenderas att tonårssäkra hemmen genom att låsa in läkemedel i medicinskåp.

Sammanfattningsvis finns det för- och nackdelar med båda preparaten, och de har en viktig plats i smärtlindring (inte minst i kombination).

Som med alla läkemedel är det viktigt att kunna väga potentiella risker mot nytta med behandlingen.

Ida Kåks, informationsläkare



Fråga apotekaren



Fråga: Finns det några nackdelar med hög förbrukning av kortverkande beta-2-receptorstimulerare (SABA)?

Svar: Det är känt sedan tidigare att överanvändning av SABA är kopplat till ökad risk för exacerbationer och mortalitet. I en retrospektiv kohortstudie publicerad i år har man nu även sett en ökad incidens av allvarliga kardiovaskulära händelser hos patienter med överanvändning av SABA (definierat som förbrukning av tre eller fler inhalatorer per år), jämfört med dem som förbrukar en acceptabel mängd (upp till två inhalatorer per år).

Studien identifierade 231 970 patienter ifrån en taiwanesisk databas och jämförde de två gruppernas incidens av allvarliga kardiovaskulära händelser (icke-fatal hjärtinfarkt, ischemisk och hemorragisk stroke) efter 1 år.

Patienter under 12 och över 100 år exkluderades, liksom de som redan hade haft en allvarlig kardiovaskulär händelse. Patienter med överanvändning av SABA hade en signifikant ökad risk för allvarliga kardiovaskulära händelser jämfört med kontrollgruppen, och även en signifikant ökad risk för icke-fatal hjärtinfarkt och ischemisk stroke som isolerade utfall, samt ökad risk för mortalitet.

Eftersom det är en observationsstudie går det inte att utesluta att ökande användning av SABA utgör en tidig markör på allmänt försämrad hälsa som i sig leder till de kardiovaskulära utfallen, snarare än att det är orsaken.

Fler studier på området behövs. Sammanfattningsvis finns nu möjligen ytterligare en anledning att följa gällande behandlingsriktlinjer för astma, där SABA används som tilläggsbehandling till inhalationskortikosteroider och långverkande beta-2-receptorstimulerare först i steg 3 av behandlingsstrappan.

Källor

- Lai C-C, et al. Association between overuse of short-acting β_2 -agonists and the risk of major adverse cardiovascular events among patients with asthma. *Thorax* 2026 Apr 15.
- Rekommenderade läkemedel Region Gävleborg, Andningsorganen - Astma och KOL

Lokalt engagemang viktigt för läkemedelsarbetet i Region Gävleborg

Att förskriva och ordinera läkemedel är en av läkares vanligaste arbetsuppgifter och kräver både goda medicinska kunskaper och ett stort professionellt ansvar.

Att kunna kommunicera med patienten om behandlingens nytta och risker på ett begripligt sätt och tillsammans komma fram till lösningar som passar patientens situation är centralt för att uppnå avsedda effekter.

Under hösten kommer läkemedelskommittén att fokusera på vanligt använda läkemedel. Det läkemedel som förskrivs till flest gävleborgare är paracetamol (t. ex. Alvedon). Andra sådana läkemedel är

NSAID-preparat (t.ex. ibuprofen och naproxen) samt protonpumpshämmare (t.ex. omeprazol). Alla läkemedel som omnämns ovan kan också köpas receptfritt.

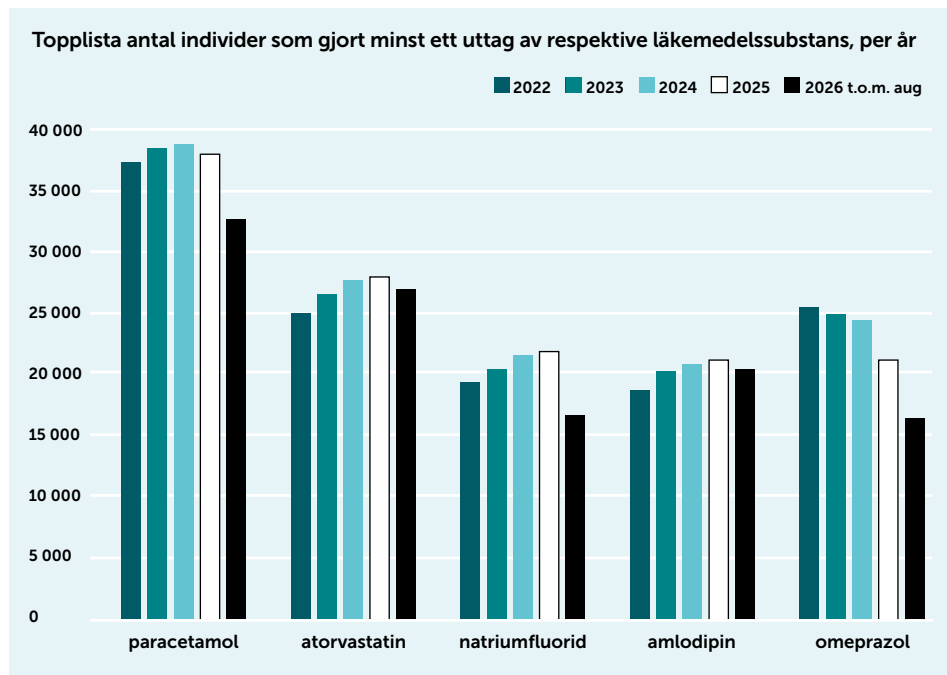
I Region Gävleborg finns numera en arbetsgrupp för Kloka Kliniska Val (KKV). De bärande pelarna inom KKV utgörs av att bedriva vård som är evidensbaserad, undviker upprepning av genomförda åtgärder, inte skadar och att vården som erbjuds är verkligt nödvändig. Utveckling av

ändamålsenliga arbetssätt kring ordinationer och förskrivning av vanliga läkemedel, inkluderande paracetamol och ibuprofen kan vara relevant ur KKV-hänseende.

Apropå gamla läkemedel, NSAID-preparatet diflunisal utvecklades 1971 och har tidigare funnits tillgängligt som generika. År 2007 var kostnaden i Sverige för en 500 mg tablett av diflunisal 73 öre. Diflunisal avregistrerades av dåvarande tillverkare i Sverige på grund av låg försäljningsvolym, men har funnits tillgänglig som licensläkemedel och "off-label-behandling" för vuxna patienter med årtlig transtyretinamyloidosis (Skellefteå-sjukan), för en årlig kostnad på ca 15 000 kr per patient.

Under 2025 godkändes diflunisal mot samma tillstånd i EU under handelsnamnet Attrogy. Eftersom Attrogy då blivit ett registrerat läkemedel, tillåter inte Läkemedelsverket längre licensförskrivning. EU och Sverige säger sig vilja stimulera innovativa läkemedel.

Vad som definierar ett innovativt läkemedel saknas det däremot definition för. Om läkemedlet Attrogy verkligen är innovativt lämnar jag till läsaren att bedöma. Ett hemligt rabatterat prisavtal för Attrogy har tecknats mellan regioner, TLV och företag, med ett officiellt listpris på 800 000 kr per år. Inte illa för ett 55 år gammalt NSAID-generikum.



Björn Ericsson
ordförande
läkemedelskommittén

Mellansvenskt läkemedelsforum

10-11 februari 2027 Västerås

Anmälan öppnar i oktober. Program och anmälan via www.regionorebrolan.se/lakemedelsforum



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

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

Ida Kåks,
specialistläkare internmedicin, ST
kardiologi
ida.kaks@regiongavleborg.se

MiX på webben
regiongavleborg.se/lakemedel

extern post
Region Gävleborg
Läkemedelsenheten
Lasarettsvägen 1, 801 88 Gävle

intern post
Läkemedelsenheten, Budstation -69-

produktion
Raring
tryck
Gävle Offset, Gävle