



I DETTA NUMMER

(Icke) Farmakologisk behandling vid funktionella somatiska symtom	1
Hacks för läkemedelsmodulen i Cosmic	3
Generiskt rivaroxaban 20 mg får åter säljas på svenska apotek	3
Nya förskrivningsmål 2026	4
Att sluta i tid	4
Nya regler från Socialstyrelsen om delegering	5
Läkemedelskommittén ger dig råd	5
Ny patientbroschyr – Att sluta med behandling. Omeprazol och andra protonpumpshämmare	5
CATCH-UP vaccination	6
Hallå där Chatarina Olsson, Vaccinationssamordnare HPV smittskydd Gävleborg	6
Nya samverkansregler mellan hälso- och sjukvården & industrin	7
Fråga apotekaren	7
Ledare	8



(Icke) Farmakologisk behandling vid funktionella somatiska symtom

Funktionella symtom är verkliga och vanliga besvär där läkemedelsbehandling kan bli aktuellt i vissa fall, men inte som förstahandsval. Fysioterapeutiska och psykosociala insatser ska prioriteras, och att kunna erbjuda patienten en förklaringsmodell är grundläggande. I de fall läkemedelsbehandling bedöms motiverad är individualiserad bedömning och uppföljning viktigt.

Funktionella somatiska symtom är reversibla störningar i kroppens olika anpassningssystem, som ger symtom som är lika verkliga som om de skapats av en sjukdom eller skada. Funktionella symtom är mycket vanliga inom nästan alla sjukvårdens verksamheter och snart sagt vilket symtom som

helst kan vara funktionellt. De vanligaste är trötthet, långvarig (nociplastisk) smärta, magbesvär (IBS), urogenitala besvär och olika neurologiska symtom. Läkemedelsbehandling kan bli aktuell, men kräver individualiserad bedömning och uppföljning för att inte riskera att förvärra symtomen.

Läkemedel är inte förstahandsval

Att studera läkemedelseffekt vid funktionella symtom är svårt på grund av heterogenitet i orsaker till symtomen, och de studiesammanställningar som genomförts har visat mycket liten eller ingen effekt i stora populationer [1]. Vissa symtomlindrande läkemedelsbehandlingar kan hjälpa patienten till bättre livskvalitet. SSRI är den preparatgrupp som brukar lyftas som värd att prova – oavsett om patienten uppvisar tecken på depression eller ångest. Mer bevisat verksamma behandlingsinsatser vid funktionella symtom är fysioterapeutiska eller psykosociala insatser, och det är viktigt att dessa insatser prioriteras i behandlingsval.

Fortsättning på nästa sida >



Farmakologisk behandling vid funktionella symtom handlar om individualisering och kliniskt omdöme. Följande trappsteg kan vara till hjälp.

Steg 1: Istället för medicin – förklaring!

Att få förståelse för sina besvär är ett grundläggande och helt nödvändigt steg mot ett minskat lidande, och gäller alla sjukdomstillstånd. Sjukvårdspersonal behöver kunna anpassa sin förklaringsmodell utifrån patient, tidsram och situation. Det finns idag flera webbplatser med bra information för patienter (se tipsruta). Att vara tränad i att med enkla medel (papper och penna, whiteboard) förklara komplexa samband på ett individualiserat sätt kan vara en väldigt användbar färdighet. Inspiration kan hämtas från patientinformationssajterna. Den viktigaste delen av förklaringen är att funktionella symtom är reversibla störningar av kroppens anpassnings/försvarssystem, som är lika verkliga som sjukdomsorsakade symtom.

Se över patientens läkemedelslista – många gånger har patienten ”samlat på sig” läkemedel med tveksam indikation och en brokig biverkningsprofil. Sätt ut läkemedel som inte hjälper patienten.

Steg 2a: När patienten har starkt önskemål om läkemedelsbehandling

Patienter kan ha höga förväntningar på läkemedels effekt, ”det finns en medicin mot allt”. Grundprincipen ”att inte skada” måste dock ligga i första rummet. Alla läkemedel har biverkningar, och ”oskyldiga” läkemedel inklusive hälsokostpreparat kan förstärka symtom. Fokus på att prova olika verkningslösa medicineringar skapar onödiga utvärderingstider och skymmer också ofta sikten från att hitta verkligt verk samma insatser. Ibland har patienten hört om behandlingar från andra patienter, vårdgivare eller internet, som man vill prova. Att efter-

höra vilken förklaringsmodell som skulle ligga till grund för en sådan medicinering är ett viktigt första steg och leder ofta tillbaka till steg 1.

Steg 2b: När man ombeds ”ta över förskrivning”

Ibland vänder sig patienten till vården för att få förnyelse av recept på läkemedel, där vi inte delar förskrivarens bedömning. På senare år handlar det ofta om läkemedel som satts in av privata kliniker som tar emot patienter med kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS). ME/CFS är en omdiskuterad diagnos, som av vissa betraktas som ett funktionellt tillstånd men av andra som ett sjukdomstillstånd med okända orsaksmekanismer.

De senaste genomgångarna från såväl SBU [2] som Socialstyrelsen [3] drar slutsatsen att det saknas evidens för att rekommendera specifika farmakologiska behandlingar vid ME/CFS. Hållningen bör vara att du som förskrivare ska kunna stå för din ordination, och den offentliga sjukvården har krav på sig att följa vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi bör därför i regel avböja sådana önskemål. En sådan vårdkontakt kan dock vara ett bra tillfälle att stanna upp och gå igenom förklaringsmodellen igen.

Tipsruta

- Förklara – försäkra dig om att ni är överens om förklaringsmodell. Använd patientinformationssajter och material [4-7].
- Utifrån förklaringsmodell: ta ställning till om läkemedelsbehandling är motiverad.
- Väg in biverkningar som kan tänkas överlappa symtombilden.
- Om läkemedel används: planera för uppföljning och utvärdering av effekt. Sätt ut läkemedlet om ingen förbättring skett inom 3-6 månader.

Steg 3: Prova läkemedel – utvärdera!

SSRI tycks kunna ha effekt även vid vissa tillstånd som hamnar under tröskeln för depressions- eller ångestdiagnoserna. Serotoninåterupptagsmekanismen känns förstås inte till våra diagnoskriterier, och det kan vara passande att uttrycka läkemedlets effekt som att det ”ökar marginalerna” i nervsystemets funktioner. Det gör ibland att man kan återhämta sig lättare. En sådan vidgning av indikation belyser dock SFAM:s rekommendation i Kloka Kliniska Val om att undvika rutinmässig insättning av SSRI vid lindriga-måttliga psykiska symtom och måste säklart vara väl övervägd och följas upp.

Carl Sjöström, specialistläkare psykiatri och rehabiliteringsmedicin

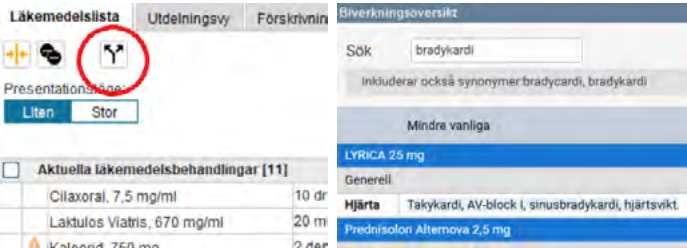
Referenser:

- Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 7;2014(11):CD010628.
- SBU (2018). Myalgisk encefalomyelit och kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS). En systematisk översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 295. ISBN 978-91-88437-37-2.
- Socialstyrelsen (2018). Översyn av kunskapsläget för ME/CFS Aktuellt kunskapsläge och förutsättningar för att stödja vården med kunskapsstöd eller försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Artikelnummer 2018-12-48.
- www.bodysymptoms.org Webbplats skapad av forskare tillsammans med patienter om funktionella symtom. Finns i svensk översättning.
- www.neurosymptoms.org Webbplats skapad av forskare om funktionella neurologiska symtom. Finns i svensk översättning.
- Långvarig smärta – vad är det och vad kan jag göra åt det? Patientinformationsmaterial, Region Gävleborg. <https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/service-stod/bestall-informationsmaterial/patientinformation-om-langvarig-smarta.pdf>
- När kroppen säger ifrån. Patientinformation om funktionella tillstånd från den danska forskningskliniken för funktionella tillstånd. Svensk översättning. <https://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2022/01/Nar-kroppen-sager-ifran-enskilda-sidor.pdf>

Hacks för läkemedelsmodulen i Cosmic

Läkemedelsmodulen i vårt nya journalsystem har av många upplevts som svårhanterlig, men den har en del funktioner som kan underlätta för förskrivaren. Här kommer några tips på hur du kan använda några av dessa.

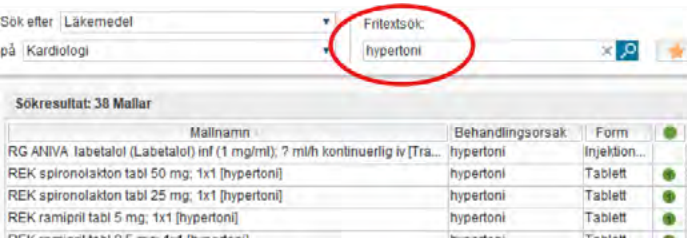
1. Biverkningsöversikt
Syns som en symbol i övre vänstra hörnet av läkemedelslistan, och som en ruta i nedre vänstra hörnet betitlad just ”Biverkningsöversikt”. Har din patient hyponatremi, bradykardi, mardrömmar eller vad det nu kan röra sig om så kan du söka på det och få förslag till vilket preparat som kan vara lämpligt att sätta ut.



2. Nationella läkemedelslistan
Går att lägga till som en egen genväg, annars hittas den till vänster under läkemedelslistan (granne med biverkningsöversikt). Undrar du om din patient redan har testat läkemedlet du tänkte föreslå? Sök efter det här! Kräver samtycke från patienten.



3. Läkemedelsmallar
Vet du inte hur man behandlar hypertoni? Misströsta inte! Sök efter hypertoni i rutan där du vanligtvis skriver in preparatnamnet. Arbetet med att lägga in mallar enligt regionens rekommenderade läkemedel pågår, och dessa mallar inleds alla med ”REK”. När du klickar på läkemedlet du önskar förskriva finns länkar till rek-bokens webbversion där du kan fördjupa din kunskap.



Hör gärna av dig med dina egna bästa tips!

Ida Kåks, informationsläkare



Generiskt rivaroxaban 20 mg får åter säljas på svenska apotek

Patent- och marknadsöverdomstolen vid Svea hovrätt meddelade i mitten av december 2025 att de ogiltigförklarat Bayers patent på den tablettformulering som tillåter dosering av rivaroxaban en gång per dag. Detta med hänvisning till bristande uppfinningshöjd, vilket innebär att tekniken redan var känd då patent söktes för Xarelto i januari 2005. I och med domen blir läkemedel med rivaroxaban helt utbytbara på apotek. Sedan april 2024 har generiskt rivaroxaban funnits tillgängligt, men i styrkan 20 mg har enbart kapslar fått säljas på grund av patentet som nu alltså ogiltigförklaras. Domen kan inte överklagas till Högsta domstolen, enligt huvudregeln för domar i Patent- och marknadsdomstolen och det finns enligt domstolen inga skäl för undantag till denna regel.

Lägst pris för 20 mg generiskt rivaroxaban är från 1 februari mer än 90 % lägre än för Xarelto, vid vanlig förskrivning. Förpackningar avsedda för dosdispensering har oförändrat pris.

Tobias Westin, apotekare

Priser från 1 mars 2026		
Läkemedel, dosering	Pris per dygn	
dabigatran 110 mg	2,10 kr	
dabigatran 150 mg	1,96 kr	
rivaroxaban 10 mg	0,94 kr	
rivaroxaban 15 mg	0,86 kr	
rivaroxaban 20 mg	0,87 kr	
Xarelto 20 mg	19,22 kr	
Rivaroxaban dosdisp alla styrkor	19,22 kr	
Eliquis 2,5 mg	20 kr	
Eliquis 5 mg	20 kr	
Lixiana 30 mg	21 kr	
Lixiana 60 mg	21 kr	

Nya förskrivningsmål 2026

Statiner, protonpumpshämmare och neuroleptika i fokus – de nya förskrivningsmålen är här.

Tre helt nya förskrivningsmål finns från och med 1 januari 2026. Alla nya mål kategoriseras inom begreppet medicinsk kvalitet. Liknande läkemedelsmål redovisas på lite annorlunda sätt i SKRs Primärvårdskvalitet och andra nationella kvalitetsindikatorer. Målet för protonpumpshämmare knyter an till kloka kliniska val från Svensk Förening för Allmänmedicin.

Syftet med förskrivningsmålen är att kunna jämföra förskrivningsmönster mellan hälsocentraler, samt att stimulera till dialog och lokal fördjupning, för att stimulera till ökad kvalitet av läkemedelsförskrivning inom respektive område.

Förskrivning av neuroleptika (N05A) till patienter äldre än 75 år med dosdispenserade läkemedel.

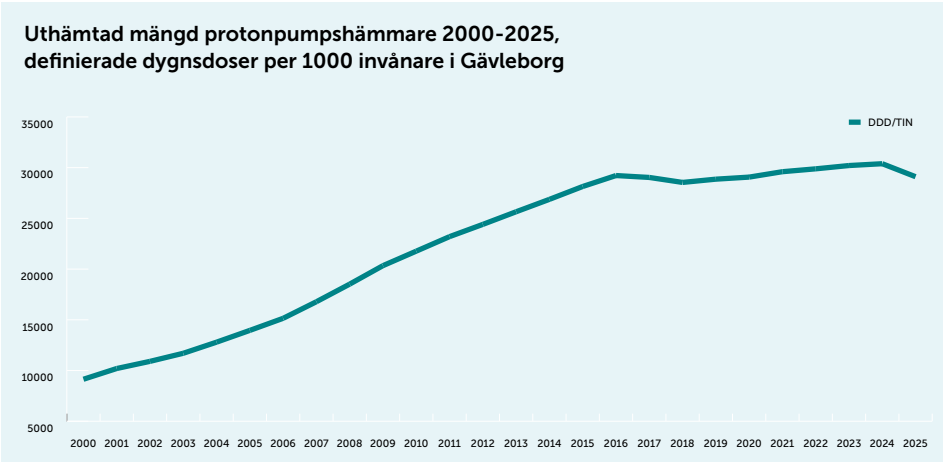
BPSD är ett vanligt tillstånd hos patienter med kognitiv sjukdom. Behandling av BPSD utlöst av bakomliggande kognitiv sjukdom är en kombination av psykosociala/ icke-farmakologiska åtgärder och farmakologiska åtgärder där de psykosociala åtgärderna har högsta prioritet.

Farmakologiska åtgärder vad gäller användning av psykofarmaka kan övervägas under beaktande av risker och biverkningar om de psykosociala åtgärderna bedöms

otillräckliga. Förskrivningsmålet syftar till att uppmärksamma hur neuroleptika används inom primärvården för denna patientgrupp.

Andel patienter med läkemedelsbehandling för diabetes i primärvård som behandlas med blodfettsänkande läkemedel (18-79 år).

Statiner utgör en billig och säker behandling med god evidens för att minska risker för hjärt-kärlhändelser hos patienter med typ 2 diabetes. Målet är att en hög andel av individer som fångas av förskrivningsmålet ska ha hämtat statin på recept senaste året.



Förskrivning av protonpumpshämmare. Protonpumpshämmare (PPI) är mycket effektiva läkemedel med utbredd användning vid bland annat gastroesofageal refluxsjukdom och magsår. Negativa konsekvenser av långtidsanvändning inkluderar ökad risk för tarminfektion, lunginflammation, benskörhet, njursjukdom och näringsbrister (vitamin B12, järn). I vissa situationer är långvarig behandling motiverad, till exempel vid Barretts esofagus, allvarlig esofagit eller hög risk för magsäcksblödning, men i många fall förskrivs behandling, inte sällan i hög dos under lång tid, utan tydlig anledning. Målet är att minska medicinskt omotiverad långtidsanvändning av PPI.

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin

Att sluta i tid

Det pratas ofta om kloka läkemedelsval, men betydligt mer sällan om kloka avslut. Flera studier visar att långtidsbehandlingar med läkemedel som protonpumpshämmare (PPI), statiner och antidepressiva fortsätter år efter år – även när det vore rimligt att överväga utsättning.

Som kliniker är det lätt att känna igen sig. PPI som ”magskydd” för att patienten har många läkemedel. Statiner som får rulla på, trots att den preventiva nyttan hos äldre med flera konkurrerande risker är oklar. Antidepressiva som aldrig avslutas, då både patient och läkare minns hur tungt det var innan insättning. För att inte tala om dosförpackningar där man nästan behöver en smärre expedition för att få bort ett läkemedel.

Här blir arbete enligt evidensbaserad medicin viktigt. Evidensbaserad medicin vilar på tre lika viktiga delar: forskningsläget, patientens individuella förutsättningar och



önskemål, och läkarens kliniska erfarenhet. När alla tre benen används samtidigt blir utsättning ofta både rimligt och tryggt. När ett av dem saknas – ja, då fortsätter behandlingen ofta ”av bara farten”.

Forskningen beskriver samma sak: Övertro på läkemedelseffekt, rädsla att göra fel, tidspress, komplexitet – och att det helt enkelt är svårare att avsluta något än att sätta in det resulterar i att läkemedelslistorna växer år efter år. I kvalitativa analyser beskriver kliniker hur fortsatt behandling ofta upplevs som det ”säkra valet”, även när evidensen är tveksam. Äldre patienter uttrycker dessut-

om ofta en stark tilltro till sina läkemedel och förväntar sig att behandlingar fortsätter, samtidigt som läkare ibland överskattar nyttan och underskattar riskerna. Utsättning är alltså inte bara en medicinsk fråga utan också en psykologisk och systemmässig sådan.

Lyckligtvis finns det goda exempel, studier visar att strukturerad utsättning fungerar utmärkt när man gör det tillsammans med patienten.

Så kanske är frågan egentligen mindre medicinsk än mental.

Att våga ställa de där små, men viktiga, frågorna: ”Behöver du den här fortfarande?”

Det kräver lite mod, lite tid och ganska mycket tålamod. Men vinsten är ofta större än man tror – både för patienten och för oss som försöker hålla läkemedelslistorna rimliga.

Sara Razmi, specialist i allmänmedicin

Nya regler från Socialstyrelsen om delegering

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 1997:14) gällande delegering av arbetsuppgifter inom hälso-sjukvård och tandvård har utgått och ersatts av ett kapitel i föreskriften HSLF-FS 2017:37. Målet är att det ska vara enklare att förstå och tillämpa reglerna om delegering, så att det därmed bidrar till en god och säker vård.

Föreskriftsändringarna innebär att det är tillåtet med delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel i all hälso- och



sjukvård samt tandvård. Som tidigare kan ordination av läkemedel aldrig delegeras.

Måste alla delegeringsbeslut göras om 1 januari?

De delegeringsbeslut som löper över årsskiftet gäller till och med det datum för giltighetstid som är angivet på delegeringsbeslutet.

För att läsa mer se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Madeleine Nilsson, klinisk farmaceut

Vårdgivaren får ett tydligare verksamhetsansvar för delegering av läkemedelshantering i verksamheten och ska bedöma riskerna med att delegera läkemedelshantering i verksamheten.

Vårdgivaren:

- ska följa upp beslut om delegering minst en gång per år.
- ska dokumentera uppföljningar och återkallelser av delegeringsbeslut.
- ska bevara dokumentationen i minst tre år från den tidpunkt då delegeringsbeslutet upphört att gälla.

Reglering av verksamhetschefens ansvar för läkemedelshantering upphör att gälla vid årsskiftet. Men vårdgivaren kan i sina rutiner fördela dessa arbetsuppgifter till verksamhetschefen.

Den som delegerar ansvarar för:

- sin bedömning av mottagarens kunskap och kompetens.
- beslutet att delegera uppgiften men inte hur uppgiften fullgörs.
- att kontrollera att mottagaren har de kunskaper och den kompetens som krävs.

Delegeringsbeslut upphör inte att gälla när den som fattat det slutar sin tjänst.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen ansvarar för:

- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering.
- att beslut om delegering är förenliga med patientsäkerheten.

Den som tar emot en delegering:

- biträder en legitimerad yrkesutövare.
- ska ha kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.
- bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör uppgiften.
- är själv hälso- och sjukvårdspersonal vid utförande av den delegerade uppgiften.

I ansvaret ingår att uppfylla relevanta krav som t.ex. att kontrollera mot ordination, rimlighetsbedöma dos samt dokumentera.

Läkemedelskommittén ger dig råd

För patienter med typ 2 diabetes som behandlas med metformin och SGLT-2-hämmare i kombination, välj: Synjardy 12,5 mg/850 eller 1000 mg på morgonen samt metformin 850 eller 1000 mg till kvällen.

Ange OBS! eller SIC! i receptet, eftersom doseringen skiljer sig från bipacksedeln. Mallar finns för en-dos Synjardy i Cosmic, som kompletteras med recept på kväldsos av metformin i lämplig styrka.

Besparing om cirka 3000 kr per patient och år jämfört med att Forxiga 10mg 1x1 eller Jardiance 10 mg 1x1 kombineras med metformin i två-dos.

Region Gävleborg

Att sluta med behandlingen
Omeprazol och andra protonpumpshämmare

Ny patientbroschyr – Att sluta med behandling. Omeprazol och andra protonpumpshämmare

I samband med det nya förskrivningsmålet har läkemedelskommittén tagit fram en patientinformation som stöd vid utsättning av protonpumpshämmare.

Broschyren hittar du att skriva ut via QR-koden nedan.

Tips: Skriv ut på en sida i form av ett häfte.

CATCH-UP vaccination

– vägen mot att lyckas utrota HPV-relaterad cancer

Ett omfattande arbete i samverkan med Karolinska Institutet startade redan 2022, där Sveriges regioner deltog för att erbjuda kvinnor födda 1994–1999 gratis vaccination med Gardasil 9.

Region Gävleborg startade upp arbetet i januari 2023, med målet att uppnå flock-immunitet på 70% i den grupp kvinnor som varit minst vaccinerad. Regionen nådde en täckningsgrad på cirka 66 procent. Arbetet och uppdraget låg på Kvinnokliniken, och vaccinationerna genomfördes både på hälsocentralerna och av extern personal på barnmorskemottagningarna. I samband med vaccinationerna fick kvinnorna även ta ett självtest för HPV, vilket gav värdefull statistik för forskningen om förekomsten av HPV-infektion. Detta innebar också en trygghet för kvinnorna, då avvikelser kunde upptäckas och följas upp direkt. Ett fåtal fall identifierades i Region Gävleborg och dessa har kunnat hanteras vidare. Just nu erbjuds dos två till kvinnorna som ingår i studien. Eftersom tre

är ska ha gått mellan doserna kommer arbetet med utskick av kallelser att pågå fram till och med 2027.

Utöver studien för kvinnor födda 1994–1999 arbetar regionerna också nu med att följa Folkhälsomyndighetens rekommendation att erbjuda gratis vaccin till både pojkar och flickor upp till 26 år som är ovaccinerad.

Pojkar födda 2008 och uppåt erbjuds inte gratis HPV-vaccin i skolan och inkluderas därför nu att erbjudas för att påskynda målet att utrota HPV. I Region Gävleborg pågår arbete med att identifiera målgrupper och möjligheterna till att kunna börja erbjuda gratis spruta för gruppen 2008–2000.

Arbetet med Catch-up kommer påbörjas i skolorna i vår sedan kommer övriga att erbjudas via kallelse till bokning löpande. De kommer erbjudas 2 doser med 6-12 månaders intervall. Vaccinationsuppdraget kommer att se olika ut mellan regionens olika kommuner.

Chatarina Olsson, vaccinations-samordnare HPV smittskydd Gävleborg.

GRATIS
VACCIN
MOT
CANCER

TA GRATIS-
SPRUTAN
MOT HPV

Hallå
där!



Hallå där Chatarina Olsson, Vaccinationssamordnare HPV smittskydd Gävleborg.

Berätta lite om projektet – vad är målet och hur arbetar ni för att uppnå det?

Vi i Gävleborg gick 2023 med i ett projekt som Karolinska institutet håller, där målet i Sverige är att utrota livmoderhalscancer. Projektet erbjuder 2 doser kostnadsfri HPV-vaccination till kvinnor födda 1994–1999, vilket är den specifika målgrupp som omfattas av studien. Syftet med forskningsarbetet är att uppnå en flockimmunitet på 70% för att på sikt utrota livmoderhalscancer.

De har varit 3 utmanande år att hitta dessa kvinnor som är väl utspridda i vår region.

Samtliga har blivit kallade till bokade tider, erbjudits drop-in på olika platser, sen har vi samarbetat med högskolor, Vårhuset, Brynäs-match, Furuvik, olika familjedagar och med cancerfonden på filmstaden. Det har varit ett otroligt utmanande och roligt arbete.

Varför är det här viktigt?

Det är ett globalt arbete att utrota denna cancertyp. Det dör varje år 350 000 kvinnor i världen i livmoderhalscancer, kommer vi nu att lyckas med detta så blir det den första cancertypen som vi lyckas utrota med vaccin.

Vad är HPV och Gardasil 9

Cirka 80 % av alla som har sex någon gång i livet smittas av Humant papillomvirus (HPV), en av världens vanligaste sexuellt överförbara virusinfektioner. HPV ligger bakom flera cancerformer, men är samtidigt en av de mest förebyggbara orsakerna till cancer.

Världens länder har enats om målet att eliminera livmoderhalscancer genom vaccination, screening och tidig behandling – ett arbete där Sverige ligger i framkant. Det finns över 200 olika typer av HPV där vissa orsakar kondylom medan andra (framför allt HPV 16 och 18) står för majoriteten av all livmoderhalscancer. Viruset kan även orsaka analcancer, vulvacancer, vaginalcancer, peniscancer samt mun- och svalgcancer, där den sistnämnda cancerformen har ökat kraftigt i Sverige de senaste åren.

De mindre farliga HPV-typerna klarar kroppen oftast av att läka ut själv inom två år. Alla kvinnor kallas idag kostnadsfritt till cellprovskontroll från 23 års ålder, och det är mycket viktigt att gå på dessa kontroller då tidig upptäckt kan vara livsavgörande. Gardasil 9, dagens uppdaterade HPV-vaccin, ingår i vaccinationsprogrammet för flickor sedan 2019 och för pojkar sedan 2020. I årskurs 5 får alla barn två doser, i syfte att skapa flockimmunitet. För att påskynda utrotningen av HPV erbjuder man nu även vaccination till äldre grupper.

Hur har det gått hittills?

Vi har fått in cirka 5 400 kvinnor i vår region till studien, det är 66 %. Det är vi jättenöjda med, hela Sverige lyckades uppnå 64 %.

Vilka utmaningar finns?

Just nu påbörjas kallelse till dos 2 för kvinnorna i studien, men det behövs fyllas på med flera grupper för att man ska kunna hinna uppnå målet till eliminering 2028.

Beslut har just även tagits i Region Gävleborg att erbjuda en gratis Catch-up vaccination för alla upp till 26 år med start våren 2026.



Nya samverkansregler mellan hälso- & sjukvården & industrin

Från och med 1 februari 2026 träder en ny samverkansöverenskommelse i kraft mellan den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin, som ersätter tidigare överenskommelser.

Överenskommelsen är gemensamt

framtagen utifrån omvärldens krav på transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, till exempel att sjukvårdshuvudmannen ansvarar för fortbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal. Överenskommelsen om samverkansregler består av två delar:

- Överenskommelsen, består av bärande principer och regler av långsiktig karaktär, vilka utgör grundförutsättningarna för samverkan. En insiktsfull tillämpning av dessa kan vara fullt tillräcklig för att samverkan sker på ett förtroendefullt sätt.

- Specifikationen, består av konkreta samverkanssituationer, som ska vara ett stöd till samverkan, vilken parterna kan uppdatera mer kontinuerligt för största möjliga aktualitet.

Några viktiga punkter ur den uppdaterade överenskommelsen:

- Konsultuppdrag: Det är alltid arbetsgivaren som avgör om uppdraget är en bisyssla eller om det är uppdrag i tjänsten. Uppdrag bör normalt utföras i tjänsten. Det är medarbetaren inom hälso- och sjukvården (konsulten) som ansvarar för att informera och komma överens med arbetsgivaren om uppdraget ska utföras

som ett uppdrag i tjänsten eller om det är en bisyssla.

- Patientstödsprogram: Nytt avsnitt om Patientstödsprogram, som är en övergripande benämning på informationsöverföring direkt mellan företag och patient. Ett patientstödsprogram ska alltid erbjudas via hälso- och sjukvården och inte direkt från ett företag.

- Konsultuppdrag för industrin – Transparens: Förtydligande av transparensprincipen; betonar vikten av att medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården är transparenta vad gäller uppdrag och samverkan med industrin (till exempel i intervjuer med media).

- Konsultuppdrag för industrin – Öppen publicering av värdeöverföringar: tillfört en skrivning om att konsulter som inte samtycker till publicering inte bör engageras (gäller Lifs medlemmar).

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin

Följande parter ingår i samverkansavtalet:

- Sveriges Kommuner och Regioner
- Läkemedelsindustriföreningen
- Swedish Medtech
- Swedish Labtech
- SwedenBIO



För mer information:
Samverkansregler för vård och industri – SKR



Fråga apotekaren

Fråga: I Fass delbarhetsinformation anges att Jardiance tabletter 10 mg och 25 mg ska sväljas hela och inte delas. Kan Jardiance-tabletter trots det delas och/eller krossas?

Svar: Jardiance (empagliflozin) 10 mg och 25 mg är konventionella filmdragerade tabletter utan fördröjd frisättning, vilket innebär att delning och krossning bedöms vara möjligt. I konventionella tabletter är ett kännetecken att den aktiva substansen är jämnt fördelad i en pulverbädd tillsammans med hjälpämnen. Filmdrageringen hos Jardiance-tabletten har ingen betydelse för biotillgängligheten, utan är främst till för att underlätta sväljning. Baserat på tablettens galeniska utformning bedöms de dock kunna delas och krossas utan kliniskt relevant påverkan på farmakokinetik eller effekt. Tabletterna saknar brytskåra och kan därför inte enkelt delas i två lika delar.

Anledningen till att företaget anger att tabletterna ska sväljas hela är att delning inte har studerats avseende kemisk stabilitet och biotillgänglighet, snarare än att det finns kända medicinska eller galeniska risker. En tablett delare kan användas för att underlätta delning av tabletten, och en tablettkrossare kan användas om tabletten behöver krossas. Båda dessa hjälpmedel finns att köpa på apotek.



Rationell läkemedelsbehandling eller medikalisering

Vad menas egentligen med evidensbaserad medicin? Om en behandling har evidensbaserad effekt, betyder det då att den ska användas? Utifrån ett läkemedelskommitté-perspektiv är detta centrala frågor.

Enligt Sacketts modell för evidensbaserad medicin behöver flera domäner inkluderas i utförandet av evidensbaserad medicin. Ett av benen som modellen vilar på är vetenskapliga data och effekt, men modellen går inte att applicera utan att ta hänsyn till de färdigheter och erfarenheter som behandlaren tar med sig in i konsultationen, eller utan att beakta patientens behov och värderingar. I Venn-diagrammet till höger åskådliggörs hur evidensbaserad medicin kan uppstå i skärningslinjen för dessa tre informationsmängder. Så om man ska bedriva evidensbaserad medicin behövs både goda och oberoende vetenskapliga underlag, vårdutövarna behöver vara rimligt uppdaterad och ha tillgång till relevant information, men behöver också kunna applicera informationen utifrån den givna situationen. Den viktigaste personen i rummet (patienten) måste bli lyssnad på. För att behandlingsinsatsen ska bli meningsfull krävs dialog och förståelse för de olika perspektiven.

Som om detta inte vore nog, så kan bilden kompletteras ytterligare. Tillgången till läkemedel behöver finnas och kostnaden för behandlingen behöver vara rimlig för att inte undanträngningseffekter ska uppstå i andra delar av vården. Därtill ska behandlingen vara säker, helst inte interagera med andra behandlingar och allra helst påverka miljö och omgivning så lite som möjligt.

Så vad som är evidensbaserad medicin är alltså beroende på kontext. Även om man kan skapa riktlinjer och uppföljningsredskap, så är det alltid i mötet med patienten som förutsättningar för en lyckad behandling uppstår. Kontexten kan dessutom förändras över tid, så vad som var indicerat förra året för din patient, kanske inte längre är en klok behandling på grund av fysiologiska förändringar, eller förändrade behov.

Att planera och följa upp behandling är alltså ett kärnvärde i evidensbaserad medicin. Detta återspeglas också i våra föreskrifter om



Sackett DL, et al. BMJ. 1996;312(7023):71-72.

läkemedelsordinationer. Att vi som ordinerar läkemedel har ett stort och viktigt ansvar i att anpassa behandlingen för den enskilde patienten har uppmärksammats i artiklar i Läkartidningen nyligen, relaterat till att man ordinerat läkemedel strikt enligt riktlinjer, utan att ta hänsyn till patientens förutsättningar, med patientskada som följd.

Vården behöver alltså ha god kännedom om sina patienter och följa dem över tid, för att skapa goda förutsättningar för kommunikation och informationsöverföring och i förlängningen ge en god jordmån för goda behandlingsresultat.



Björn Ericsson
ordförande
läkemedelskommittén

Referenser:

- *Hjärtsviktsbehandling av multisjuka äldre*, Läkartidningen 2026-01-20
- *Klinisk sjukvård för äldre kräver individualisering*, Läkartidningen 2026-01-20



Stort grattis!

Ordet som efterfrågades i MiX jultävling var:
SEMESTER

Insulin
Omeprazol
Tamiflu
Enalapril
Oxascand
Atorvastatin
Vätskeersättning
Allopurinol

Grattis säger vi till
vinnaren:
Gustav Örneholm



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