

## Skånelistan 2025 Förändringar och budskap

Dokumentet syftar till att övergripande beskriva en del av de största förändringarna och viktigaste budskapen på Skånelistan med tillhörande bakgrundsmaterial. Texterna har tagits fram i samarbete med respektive arbetsgrupp.



= nyhet för 2025 års version

### Nytt på Skånelistan 2025

Kapitel	In på 2025 års lista	Ut från 2024 års lista
Barn och ungdomar	Nytt kapitel med nya avsnitt och rekommendationer. Se Skånelistan för preparat.	
Endokrina sjukdomar		Humalog
Gynekologi	Dienorette	Amorest
Hjärt-och kärlsjukdomar		Tiazid+kalium vid hypertoni
Hud-och könssjukdomar	Azelainsyra och takrolimus (lokal-behandling vid perioral dermatit)	
Kognitiva sjukdomar		Memantin vid BPSD
Lung-och allergi-sjukdomar		Emerade adrenalinpenna
Mag-och tarmsjukdomar	Diltiazem vid analfissurer Prukaloprid vid svår förstoppning	Novaluzid
Njur-och urinvägs-sjukdomar	Dapagliflozin och empagliflozin vid kronisk njursjukdom	

## Barn och ungdomar



Nya avsnitt publicerade på webben – se Skånelistans bakgrundsmaterial.

## Endokrina sjukdomar

- För att minska total kardiovaskulär risk är det av stor betydelse med god metabol kontroll och att målvärden uppnås med avseende på blodtryck, blodfetter och HbA1c. När man inte målen, rekommenderas tätare uppföljning.
- Valet av glukossänkande läkemedel bör anpassas efter samsjuklighet. Rekommendationerna grundas i första hand på RCT studier med primärt sammansatt effektmått sjuklighet/död hos personer med typ 2-diabetes och olika typer av samsjuklighet. Resultat från subgruppsanalyser beaktas inte i dessa rekommendationer då de är svårare att dra slutsatser av.
- Indikationsområdena för SGLT2-hämmare ökar. Försiktighet rekommenderas till äldre, sköra personer och/eller personer med sviktande insulinproduktion. Lämna alltid ut patientinformation i samband med att förskrivning av SGLT2- hämmare initieras.
- Vid val mellan SGLT2-hämmare och GLP1-analog såsom vid obesitas med dysreglerat HbA1c rekommenderas i första hand SGLT2-hämmare som tilläggsbehandling då GLP1-analog innebär påtaglig kostnadsökning utan att vi med säkerhet kan minska risken för patienterna.
- Vid val av snabbverkande insulin, välj insulin aspart istället för novorapid och insulin lispro istället för Humalog. Det är kostnadseffektiva och jämförbara alternativ.
- Insulin doseras alltid i enheter och inte i volym (milliliter). Samma antal enheter gäller vid byte till en annan insulin-penna eller insulinstyrka.
- Finerenon (Kerendia) ingår i högkostnadsskyddet endast för behandling av kronisk njursvikt med albuminuri på grund av typ 2-diabetes. Det ska i samråd med njurspecialist läggas till först efter ACE-hämmare/ARB och SGLT2-hämmare eller om patienten inte tål dessa läkemedel.

## Gynekologi

- Preventivmedel inom förmånen är kostnadsfria för personer till och med 25 års ålder. Kom i håg att ange "Ungdomsrabatt" på receptet.
- LARC-Långtidsverkande preventivmedel bör rekommenderas då de har mycket hög effektivitet.
- Kvickstart innebär att alla preventivmedel kan sättas in när som helt under menscykeln. Vid behov ska kompletterande skydd användas de sju första dagarna och graviditetstest utförs under nästkommande cykel.
- Vid bristsituation av läkemedelspreparat innehållande östrogen för klimakteriella besvär, finns nu en vägledande ekvivalenstabell i Bakgrundsmaterialet.
- Använda hormonplåster ska noga omhändertas och återlämnas till apoteket för destruktion.
- Efter 5 års användning med dydrogesteroninnehållande preparat samt regim med utglesat gestagen-tillägg för klimakteriella besvär bör ultraljudskontroll av endometriet utföras.
- För vägledning om specifik risk för ett läkemedel under graviditet och amning hänvisas i första hand till [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se).

## Hjärt-kärlsjukdomar


- Vid behandling av kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) finns fyra vetenskapligt väldokumenterade läkemedelsgrupper som minskar dödligheten: ACE-hämmare/ARNI, betablockare, mineralokortikoidreceptorantagonister och SGLT2-hämmare.
- SGLT2-hämmarna Jardiance och Forxiga rekommenderas vid behandling av hjärtsvikt (HFrEF) oavsett förekomst av typ-2-diabetes eller ej.
- Stabila patienter med ARNI kan liksom övriga följas i primärvården, men Entresto bör fortfarande initieras i samråd med kardiolog eller internmedicinare på hjärtsviktsmottagning.


## Lipidrubbing


- Enbart atorvastatin rekommenderas på Skånelistan (vid nyinsättning). Utnyttja preparatets fulla behandlings potential, det vill säga gå upp i styrka enligt Skånelistans rekommendationer.
- Till högriskpatienter som inte uppnår sina målvärden med atorvastatin 80 mg, komplettera med ezetimib innan byte till rosuvastatin övervägs. Om rosuvastatin (med eller utan ezetimib) ej har tillräcklig effekt kan sedan PCSK9-hämmare, inom ramen för den begränsade subventionen, bli aktuellt.
- Behandling med PCSK9-hämmare initieras av, eller i samråd med, specialist inom kardiologi, endokrinologi eller internmedicin. Bägge PCSK9-preparat är mycket väl tolererade varför okomplicerad behandling kan skötas inom primärvården.

## Hud- och könssjukdomar

### • Akne:

-  Lokalbehandling innehållande klindamycin bör generellt sett undvikas och endast användas i undantagsfall.
- Ge inte fler än två antibiotikakurer innan remiss för ställningstagande till eventuell isotretinoin-behandling.
- Budskapet är i linje med Läkemedelsverkets riktlinjer om ökad användning av isotretinoin med mål att minska antibiotikaanvändningen.
- Akne kan leda till depression och psykisk ohälsa, vilket bör vägas in inför eventuell remiss till hudläkare. Effektiv behandling mot akne kan i vissa fall motverka såväl depression som psykisk ohälsa.
- Vid val av behandling vid akne bör frågan om graviditet och graviditetsönskan lyftas fram.

 **Perioral dermatit:** Som förstahandsval rekommenderas lokalbehandling med azelainsyra eller takrolimus. Vid otillräcklig effekt av lokalbehandling eller vid mer utbredd sjukdom rekommenderas tetracyklin.

- **Atopisk dermatit:** Antihistaminer har ingen effekt mot klåda. Lokala steroider appliceras en gång dagligen. Vid bristande behandlingseffekt övervägs remiss för ljusbehandling, eksemskola respektive systemisk läkemedelsbehandling och ställningstagande till epikutantestning. Undvik att i normalfallet ge antibiotika till sekundärinfekterat eksem. Oftast räcker behandling med glukokortikoider. Vid systembehandling ska patient registreras i kvalitetsregister.
- **Handeksem:** Adekvat lokalbehandling av handeksem hos vuxna är minst grupp III steroid och behandlingen ska ske 1 gång dagligen tills utläkning och sedan 2 gånger per vecka i flera veckor. För att minska risken för kronisering betonas vikten av uppföljning 6 veckor efter insatt behandling samt remiss till hudläkare för kompletterande utredning och behandling vid utebliven läkning eller reciderande handeksem. Vid sjukskrivning av patient på grund av handeksem bör remiss till yrkesdermatolog övervägas.
- Mjukgörande behandling i spädbarnsåldern förebygger ej uppkomst av atopisk dermatit.
- **Psoriasis:** Vid psoriasis finns en betydande samsjuklighet främst i form av psoriasisartrit, kardiovaskulär och metabola sjukdomar samt depression. Det är väsentligt att på individnivå belysa och åtgärda riskfaktorer kopplade till levandsvanor för personer med svår psoriasis. Viktigt med registrering i kvalitetsregister vid systembehandling samt följsamhet till nationella riktlinjer. Grupp III–IV steroider är fortsatt förstahandsval vid psoriasis. Kombinationspreparat med D-vitamin (Daivobet och Enstilar) är andrahandsmedel då de inte visat på fördelar jämfört med steroider och har ett betydligt högre pris.
- **Skabb:** Diagnosen skabb ska ej ställas utan påvisande av levande skabbdjur.
- **Hidradenitis suppurativa:** Heracillin har ingen effekt och ska ej användas. Vid svårare fall övervägs systembehandling med biologiska läkemedel eller operativ åtgärd.
- **Aktiniska keratoser:** Tolak (5-Fu) har god evidens mot aktiniska keratoser och kan med fördel användas i primärvården.
-  **Mykoser:** Vid val av behandling är det väsentligt att skilja mellan jäst- respektive trådsvampinfektion. Undvik kombinationspreparat med lokal glukokortikoid och antimykotika vid trådsvampinfektion.

## Infektionssjukdomar

- Överväg alltid om antibiotika är indicerat. Vid till exempel tonsillit eller okomplicerad nedre UVI syftar behandlingen i första hand till att förkorta tiden med symtom.
- I Läkemedelsverkets nyutkomna behandlingsriktlinjer vid rinosinuit framkommer att mindre än 2% av de som drabbas av akut viral rinosinuit utvecklar en akut bakteriell rinosinuit och att endast patienter med svåra symptom, såsom hög feber eller svår smärta, har nytta av antibiotikabehandling. Komplikationer är ovanliga, och kan inte med säkerhet förebyggas med antibiotikabehandling.
- **NYTT** Läkemedelsverket kom i augusti 2024 ut med nya riktlinjer för behandling av faryngotonsillit. Nytt är att man kan ge fenoximetylpenicillin 800 mg x 4 i 5 dagar som alternativ till 1 g x 3 i 10 dagar.
- Förskrivning av antibiotika till äldre är fortfarande hög – asymtomatisk bakteriuri (ABU) hos äldre ska INTE behandlas! Överväg alltid andra behandlingskrävande orsaker vid nytillkommen förvirring hos äldre med positiv nitur.

## Kognitiva sjukdomar

- Se alltid över om patienten står på antikolinerga läkemedel innan kognitivt ökande medel (kolinesterashämmare eller memantin) sätts in!
- För insättande av kolinesterashämmare på indikation Alzheimers sjukdom är det tillräckligt med en diagnostisk säkerhet på nivån möjlig. Det är alltså inte nödvändigt med ett bekräftande biomarkörstatus för Alzheimers sjukdom för att kunna göra ett behandlingsförsök. Notera att det hos den äldre patienten sällan föreligger en renodlad primär neurodegeneration, utan istället är inblandning av vaskulär etiologi i varierande grad mycket vanlig.
- Generellt rekommenderas inte läkemedel vid BPSD men kan provas som sista åtgärd.

## Lung- och allergisjukdomar

### Allergi

- **NYTT** Ett nytt nationellt vårdprogram för anafylaxi från Svensk Förening För Allergologi (SSFA) publicerades september 2024. Viktiga förändringar är:
  - Tidigare använda svårighetsgraderingen av anafylaxi har utgått.
  - Anafylaxi definieras som en akut, svår, oftast snabbt insättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organsystem som är potentiellt livshotande.
  - Diagnosen anafylaxi ska sättas enbart när diagnostiska kriterier är uppfyllda.
  - Viktigaste läkemedlet vid anafylaxi är adrenalin vilket ska ges tidigt och intramuskulärt i låret.
  - Rutinmässig steroidbehandling vid akut anafylaxi rekommenderas inte utan rekommenderas bara till patienter med astma vid behov.
- Desloratadin är fortsatt det enda rekommenderade antihistaminet och man ska använda vanliga tabletter. Oral lösning finns för barn från 1 års ålder och munsönderfallande tabletter (Caredin® 2,5 mg) finns för barn mellan 6–12 år. Tablett desloratadin (5 mg) finns som generika. Munsönderfallande tabletter (Caredin® 5 mg) är endast ett alternativ för vuxna som inte kan svälja tabletter.
- Vid kortvariga säsongsbundna besvär av till exempel pollenallergi – hänvisa till det receptfria sortimentet på apotek. Riktlinjer för egenvård ”Egenvårdshänvisningar inom Region Skåne” finns på Vårdgivare Skåne.

Sedan i fjol delas allergisk konjunktivit och rinit in i milda respektive måttliga – svåra besvär.

Allergisk konjunktivit med milda besvär: Som förebyggande lokal behandling rekommenderas natriumkromoglikat (Lecrolyn sine) i flaska utan konserveringsmedel. Vid tillfälliga och kortvariga besvär rekommenderas antihistaminöngondroppar med levokabastin (Livostin), som dock endast finns i flaska med konserveringsmedel. Vid regelbunden och längre tids behandling bör ögon-droppar utan konserveringsmedel användas.

## Astma och KOL

- Vid astma rekommenderas som förstahandsbehandling inandningskortison i kombination med formoterol vid behov i pulverform i stället för kortverkande bronkvidgare (SABA) för barn över 6 år och vuxna.
- Läke-medelsverket har sedan i fjol infört begreppet FABAs (Fast Acting Beta-2-Agonists) vilket innebär bronkvidgare med snabbt insättande effekt, det vill säga SABA (terbutalin och salbutamol) samt ett LABA med snabb effekt (formoterol).
- Vid KOL har vi sedan 2023 anpassat oss efter GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) och i stället för indelning i fyra grupper A-D baserat på exacerbationer och sjukhusinläggningar har man nu A, B och E. På samma sätt som vid astma har man sedan 2023 även vid KOL infört begreppet FABAs som man rekommenderar som vid behovsmedicinering vid ansträngning.
- Kom ihåg rökavvänjning hos KOL-patienter. Det är mer effektivt än något läkemedel!
- För översikt av rekommenderade inhalatorer, se inhalatortabellen. Rekommenderade preparat är gulmarkerade. Om förstahandsvalen inte fungerar kan andra alternativ provas.
- Rätt inhalationsteknik är viktig – utbilda och följ upp hos patient och vårdpersonal!

## Mag- och tarmsjukdomar

- NYTT** Kapitel uppdelat i hemorrojder och fissurer pga olika behandling. Hemorrojder behandlas som tidigare. Analfissur ska behandlas med Diltiazem (nytt på listan) inte med kortison.
- NYTT** Kronisk strålröktopati: Nytt korrekt namn. Uppdaterad behandlingsrekommendation (tablett i första hand för att inte behöva administrera så stor volym). Länk till patientinformation om hur man hanterar Andapsin. Sprutt typ att beställa till vårdenheten finns med i behandlingsrekommendationerna och kan lämnas ut till patienten.
- NYTT** Förstoppning: Prukaloprid nu som andrahandsmedel på listan. Kort information om behandling och när det kan användas. Priset betydligt lägre efter generika introducerats. Ofta används höga doser av förstahandsmedlen till patienter med svårare besvär vilket innebär hög kostnad.
- NYTT** Megaloblastanemi: Injektionsvätska Hydroxocobalamin G.L. Pharma ny generika som ingår i läkemedelsförmånen. OBS injektionsvätska hydroxokobalamin ska enligt Region Skånes regler rekvireras av den vårdenhet som ger det.
- NYTT** Avsnitt dyspepsi uppdelat i tre avsnitt 1: Funktionell dyspepsi, 2: Reflux och esofagit, och 3: Ulcus.
- NYTT** Kvalitetsmålet för PPI kvarstår: Ingen ökning av förskrivna volym (DDD) samtidigt som andelen omeprazol av omeprazol + esomeprazol ska öka.
- NYTT** Icke-farmakologisk behandling har lagts till i avsnitt där det saknats och är en viktig del av behandlingen.
- Använd patientinformation för att underlätta utsättning av PPI: Läkemedel – Vårdgivare Skåne ([skane.se](http://skane.se)) – se patientinformation.
- Förstoppning hos barn: För barn som använder två eller fler dospåsar av Juniorberedningar av makrogol + elektrolyter (till exempel Movicol Junior) per doseringstillfälle är användningen av vanliga dospåsar (till vuxen) ett betydligt mer kostnadseffektivt alternativ. Se kapitlet "Goda råd är inte dyra".

## Munhålan

- Som premedicinering vid oro eller kooperationssvårigheter, för friska barn och ungdomar, rekommenderas Mida- zolam APL i beredningsformen oral lösning alternativt rektal gel. Andningsoxygen och pulsoximeter bör finnas på kliniken. Detta ersätter tidigare rekommendation för premedicinering av barn och ungdomar med Stesolid.
- Indikationerna för terapeutisk systemisk behandling med antibiotika inom tandvården är få. Antibiotika rekommenderas vid allmänsymtom, som feber eller sjukdomskänsla, och vid tecken på spridning av infektionen.

## Nervsystemets sjukdomar

- Vid förmaksflimmer i samband med ischemisk stroke eller TIA rekommenderas i första hand dabigatran.
- Anpassa dosen av NOAK enligt rekommendation i FASS (beroende på preparat tas hänsyn till: eGFR, ålder, vikt, kreatinin, interagerande läkemedel) – fel doser kan både ge onödiga biverkningar och sämre effekt.
- Viktigt att inte minska dosen generellt på grund av ålder!
- Antidoter till NOAK: Arbetsgruppen ansluter sig till NT-rådets avrådan från användning av andexanet i avvaktan på bättre kunskapsläge. I första hand rekommenderas vid allvarlig akut blödning under pågående behandling med faktor Xa-hämmare även fortsättningsvis PCC 4.
- Med anledning av att NT-rådet under hösten 2020 utfärdat en rekommendation om att inte använda Ondexxa i samband med blödning under pågående behandling med faktor Xa-hämmare, bör man särskilt beakta tillgången till specifik antidot till dabigatran vid val av preparat vid förmaksflimmer i de fall detta bedöms som viktigt i samband med behandlingen (exempelvis vid förhöjd blödningsrisk, möjligt behov av akut kirurgi, sekundärprofylax efter stroke/TIA).
- Kombinationsbehandling med tikagrelor och ASA efter TIA och minor stroke: Terapigruppen avråder i dagsläget från generell användning efter stroke/TIA, alternativet får tillsvidare betraktas som en ren specialistangelägenhet.
- Sekundärprevention efter ischemisk stroke och TIA: Cilostazol i monoterapi eller i kombination med ASA rekommenderas i nuläget inte som ett alternativ. Dipyridamol i kombination med ASA används sällan numera då PRO FESS visat jämförbar effekt med klopidogrel i monoterapi.
- Epilepsi: Lamotrigin är försthandsval till fertila kvinnor vid behandling av epilepsier med primär-generaliserade anfall. Valproinsyra ska i möjligaste mån undvikas till denna grupp.
- Parkinson (Ldopa): Beredningsformen Quick ska enbart användas tillfälligt vid behov av snabb effekt (stelhet vid uppvaknande eller frysningar). Huvudmedicineringen bör utgöras av standardberedning (det vill säga ej Quick eller Depot).
- Vid profylaxbehandling av migrän rekommenderas utan inbördes rangordning amitriptylin, kandesartan och metoprolol som lämpliga förstahandsalternativ.
- Kronisk migrän: Biologiska läkemedel (CGRP-antikroppar) beskrivs. Dessa läkemedel omfattas av ett nationellt ordnat införande och regionala riktlinjer finns framtagna.

## Njur- och urinvägssjukdomar

- Generiskt solifenacin rekommenderas, om läkemedelsbehandling är aktuell. Eftersom biverkningsmönstret för rekommenderade preparat är tämligen påtagligt och effekten tämligen begränsad gör man klokt i att förskriva provförpackning det första uttaget för utvärdering efter 30 dagar.

## Obesitas

- GLP1-analoger som Ozempic och Victoza är endast indicerade och subventionerade för behandling av patienter med typ 2-diabetes. All annan användning, inklusive för viktkontroll, representerar användning utanför indikation och kan riskera att patienter med godkänd indikation inte får tillgång till Ozempic och Victoza.
- Efter fetmakirurgi behövs livslång substitution av vitaminer och mineraler på grund av försämrat upptag.
- Livslång supplementering efter kirurgi
  - Tablett Cyanokobalamin 1 mg, 1 x 1, alternativt inj Cyanokobalamin 1 mg var tredje månad
  - Tablett KalciposD forte (500 mg/800 IE), 1 x 1
  - Tablett Duroferon 100 mg, 1 x 1 (intas minst 3 timmar före kalktablett).
  - Multivitamintabletter med högsta innehåll (multivitamin kvinna).

## Osteoporos

- Kvalitetsmålet kvarstår: Behandling med läkemedel mot benskörhet efter fragilitetsfraktur ska öka.
- Bisfosfonater inklusive intravenös zoledronsyra är förstahandsmedel. Denosumab (Prolia) rekommenderas till patienter med dålig njurfunktion (eGFR < 35 ml/ min) eller då bisfosfonater gett allergisk reaktion eller inte haft effekt.
- Kortison är främsta orsaken till sekundär osteoporos – viktigt med osteoporosprofylax.
- Uppmärksamma tillståndet framför allt hos äldre patienter – glöm inte att se över medicinlistorna!

## Psykiatri

- Sömnstörning:
  - Melatonin finns som direktverkande tablett, i oral lösning och som depotpreparat.
  - Melatonin tablett och oral lösning subventioneras endast för insomni hos barn och ungdomar 6–17 år med adhd där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga.
- Beroende:
  - Depotberedningar av buprenorfin finns som implantat och subkutan injektion. Båda beredningsformerna används inom LARO som substitutionsbehandling vid opioidberoende.

## Smärta

- Smärtanalys, ickefarmakologisk behandling i första hand och uppföljning av patienten är grundläggande!
- Alla opioider medför risk för beroendeutveckling. Nyttja framtagna patientinformationer och dokumentera samt kommunicera överenskomna behandlingsplaner. För fler praktiska tips se ”Regionala riktlinjer vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel” på Vårdgivare Skåne.
- Observera att morfin är förstahandspreparat samt att potensförhållandet mellan morfin och oxikodon är cirka 1:2, det vill säga för att erhålla samma analgetiska effekt krävs endast cirka hälften så stor dos av oxikodon jämfört med morfin (se gärna konverteringsguiden för opioider i Bakgrundsmaterialets smärtskapitel eller ovan nämnda riktlinjer).
- Kortverkande morfin finns nu i styrkan 5 mg, delbar i två lika stora doser.
- Observera förväxlingsrisken mellan direktverkande respektive depotform av oxikodon!

## Tobaksberoende

- Att påverka vuxenrökning, det vill säga sekundärprevention, är dokumenterat den mest kostnads-effektiva åtgärden inom sjukvården.
- Rökstopp, också hos äldre personer, innebär en klart reducerad risk för nyinsjuknande i hjärt-kärl-, lung- och cancer- sjukdomar.



Avsnittet är uppdaterat, bland annat ny text om cytisin (Asmoken).

## Äldre

- Förskrivare som sätter in läkemedel till äldre är också ansvariga för insatt behandling samt för att det finns en plan för utvärdering/uppföljning! Viktigt att se till biologisk ålder!
- Broschyren ”Goda läkemedelsråd för sköra äldre” har uppdaterats.

## Öron

- Basbehandling vid extern otit är viktig, det vill säga rensugning av hörselgången samt avsvällande alsol-spritstamponader vid behov! När svullnaden lagt sig kan man övergå till behandling med örondroppar om behov föreligger.
- Kinoloner rekommenderas först om odlingsverifierad pseudomonas.
- Tänk på att behandling med starka steroider (till exempel Diprotit, som är en grupp III-steroid) i hörselgången inte ska pågå i mer än 7–10 dagar.