

Kisunla - nu närmar sig avgörandet för Sveriges Alzheimerpatienter

Sten Dellby · dellby.info · Artikel 57 · Publicerad 23 oktober 2026 · Fullständig originaltext

NT-rådet väntas inom de närmaste månaderna ta ställning till om Kisunla ska rekommenderas i svensk sjukvård.

Efter vårens nej till Leqembi är frågan laddad. Forskningen visar att Kisunla kan bromsa sjukdomsförloppet. Men hur mycket är den effekten värd, och vad är läkemedelsbolaget berett att göra åt priset?

För första gången kan sjukdomsförloppet bromsas

Under många år har läkemedelsbehandlingen vid Alzheimers sjukdom främst handlat om att lindra symtom. Med de nya antikroppsläkemedlen Leqembi och Kisunla har något principiellt viktigt hänt: det går att påverka själva sjukdomsförloppet.

Kisunla, med den aktiva substansen donanemab, är en antikropp som hjälper kroppen att avlägsna amyloid från hjärnan. Amyloid är ett protein som ansamlas vid Alzheimers sjukdom och är en del av sjukdomsprocessen.

I den stora fas 3-studien TRAILBLAZER-ALZ 2 bromsades den kliniska försämringen med omkring 35 procent under 18 månader hos patienter med låg eller medelhög nivå av tau, mätt med skalan iADRS. I hela studiegruppen var effekten mindre, omkring 22 procent.

Det är viktigt att förstå vad siffrorna betyder. Patienterna blev inte friskare och deras minne förbättrades inte med 35 procent. Däremot försämrades deras tillstånd långsammare än hos dem som fick placebo.

Det är en statistiskt säkerställd behandlingseffekt, men den genomsnittliga skillnaden är relativt måttlig under de 18 månader som studien pågick.

Frågan är vad detta betyder på längre sikt.

Om behandlingen kan skjuta upp förlusten av självständighet, behovet av omfattande omsorg eller övergången till svårare demens, kan även en måttlig bromsning få stor betydelse. Problemet är att forskningen ännu inte säkert kan visa hur stora dessa långsiktiga vinster blir.

Kisunla har praktiska fördelar

Kisunla och Leqembi bygger på samma grundprincip men skiljer sig i behandlingsupplägg.

Leqembi ges normalt som infusion varannan vecka under den inledande behandlingen. Kisunla ges var fjärde vecka och behandlingen kan avslutas när amyloidnivåerna har minskat tillräckligt. I de kliniska studierna kunde många patienter avsluta behandlingen inom 18 månader.

Det innebär färre sjukhusbesök och potentiellt lägre kostnader för sjukvården. Men båda läkemedlen har risker. Framför allt kan de orsaka hjärnsvullnad och hjärnblödningar, så kallade ARIA-förändringar. Därför krävs noggrann patientselektion, genetisk testning och återkommande magnetkameraundersökningar.

Behandlingen är avsedd för patienter med tidig Alzheimer, det vill säga lindrig kognitiv störning (MCI) på grund av Alzheimer eller lindrig Alzheimerdemens. Den är inte lämplig för alla patienter.

TLV:s beräkningar ger ett svårt besked

I september presenterade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, sin hälsoekonomiska bedömning av Kisunla.

Myndighetens beräkningar visar en kostnad på ungefär 1,6–4,5 miljoner kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår, beroende på vilka antaganden som används.

Motsvarande beräkningar för Leqembi låg på ungefär 3,7–4,3 miljoner kronor.

Ett kvalitetsjusterat levnadsår, QALY, är ett mått som kombinerar hur länge en människa lever med vilken livskvalitet hon har under den tiden.

Beräkningarna innebär inte att ett extra levnadsår faktiskt kostar dessa belopp. De försöker uppskatta vad sjukvården betalar för den samlade förbättringen av livslängd och livskvalitet jämfört med befintlig behandling.

Skillnaden mellan TLV:s beräkningar för de två läkemedlen är intressant. Kisunla framstår i vissa scenarier som mer kostnadseffektivt än Leqembi.

Men det är ingen direkt jämförelse mellan läkemedlen. Beräkningarna bygger på olika antaganden, och osäkerheten är betydande.

Den kanske viktigaste frågan är hur länge Kisunlas bromsande effekt finns kvar efter att behandlingen avslutats.

Leqembi fick nej - blir det samma sak igen?

Den 17 april 2026 rekommenderade NT-rådet Sveriges regioner att inte använda Leqembi.

Skälet var inte att läkemedlet saknade effekt. Problemet var att NT-rådet ansåg att nyttan inte stod i rimlig proportion till kostnaden och osäkerheterna.

Prisförhandlingar med läkemedelsbolaget hade genomförts, men resultatet ansågs otillräckligt.

Nu står Kisunla inför motsvarande prövning.

NT-rådet ska väga samman sjukdomens svårighetsgrad, behandlingens nytta, riskerna för biverkningar och kostnaderna för sjukvården. Bedömningen ska

utgå från den svenska etiska plattformen för prioriteringar.

Det handlar alltså inte enbart om läkemedlets pris.

En ny behandling måste också konkurrera om resurser med annan sjukvård. Samtidigt är Alzheimer en allvarlig, fortskridande sjukdom som kan beröva människor deras minne, självständighet och så småningom förmågan att klara vardagen.

Att väga dessa intressen mot varandra är ingen enkel uppgift.

Prisförhandlingarna kan bli avgörande

Enligt Svenskt Demenscentrum pågår förhandlingar om priset mellan regionerna och läkemedelsföretaget Eli Lilly.

Det offentliga priset behöver inte bli det pris som regionerna faktiskt betalar. Genom sekretessbelagda rabatter kan kostnaden bli betydligt lägre.

Därför går det inte att dra några säkra slutsatser om NT-rådets kommande beslut enbart från TLV:s publicerade beräkningar.

Ett tillräckligt stort prisavdrag skulle kunna förändra den hälsoekonomiska bedömningen.

Samtidigt kan priset inte undanröja alla osäkerheter. Det saknas fortfarande tillräcklig kunskap om behandlingens långsiktiga effekt och om hur stor nytta blir för enskilda patienter.

Hur mycket är det värt att bromsa Alzheimer?

Detta är enligt min mening den mest intressanta frågan.

För en människa med Alzheimer kan ytterligare tid med bibehållen självständighet vara oerhört värdefull.

Att kunna fortsätta läsa, skriva, samtala, sköta sin vardag och leva tillsammans med sin familj är inte obetydliga vinster.

Men forskningen kan ännu inte lova att Kisunla ger en viss patient ett bestämt antal extra månader eller år av självständighet.

Det är denna skillnad mellan en bevisad bromsande effekt och en osäker långsiktig vinst som gör NT-rådets uppgift så svår.

Det vore fel att beskriva Kisunla som ett genombrott som löser Alzheimerproblemet. Men det vore också fel att bortse från att behandlingen faktiskt har visat att sjukdomsförloppet går att påverka.

Min prognos: ett nej ligger nära till hands

Efter att ha jämfört TLV:s rapporter om Leqembi och Kisunla lutar jag åt att även Kisunla riskerar att få en negativ rekommendation.

Det avgörande skälet är att NT-rådet redan har visat hur högt man värderar kostnadseffektivitet och säker kunskap om patientnyttan. De invändningar som ledde till ett nej för Leqembi finns i betydande utsträckning också för Kisunla.

Men det finns en viktig skillnad.

Kisunla har ett annat behandlingsupplägg, och TLV:s analyser visar att läkemedlet under vissa antaganden kan ge en lägre kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår.

Om Eli Lilly erbjuder en tillräckligt stor rabatt kan resultatet därför bli ett annat.

Min prognos är ett nej om priset inte sänks kraftigt, men ett ja är fullt möjligt om förhandlingarna leder till en väsentligt bättre kostnadseffektivitet.

Det är en bedömning, inte kunskap om vad som sker bakom förhandlingsbordet.

För oss som lever med Alzheimer handlar beslutet om mer än läkemedelsekonomi. Det handlar om möjligheten att få tillgång till en behandling som, trots sina begränsningar, för första gången kan bromsa sjukdomens kliniska förlopp.

Det är ingen bot. Men det är heller inte ingenting.

Källor

1. Sims JR m.fl. (2023). *Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial*. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.13239>
2. TLV (2026). *Hälsoekonomisk bedömning av Kisunla*. https://www.tlv.se/download/18.79b46d3f1a0add3392d26e9c/1790057642475/bed260915_kisunla_2338-2024.pdf
3. TLV (2025). *Hälsoekonomisk bedömning av Leqembi*. https://www.tlv.se/download/18.3dde54c019afcdc09cd4629c/1765899660374/bed251215_leqembi_501-2023.pdf
4. NT-rådet (2026). *Regionerna avråds från att använda Leqembi*. <https://samverkanlakemedel.se/lakemedel—ordnat-inforande/nyheter/nyheter/2026-04-17-regionerna-avrads-fran-att-anvanda-leqembi>
5. Svenskt Demenscentrum (2026). *Hälsoekonomisk analys av ny alzheimermedicin publicerad*. <https://demenscentrum.se/nyheter/halsoekonomisk-analys-av-ny-alzheimermedicin-publicerad>