

# Antibiotikalistan, en uppdatering

## Antibiotikalistan

Avdelning

356B Medicin Östra

Indikation

Alla

Senaste uppdatering:

4

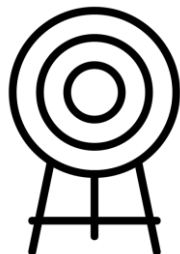
Antal unika patienter

2026-04-16 09:23:32

Info. från Infektionsverktyget



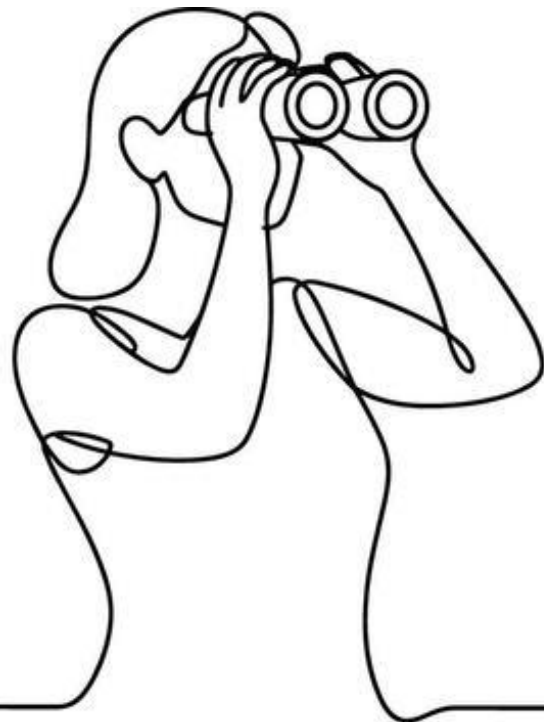
Avdelning	Rum_säng	Personnr	Inskrivningstid	Vårdtid (dgr)	Insättningsdatum	Substans	Beh (dgr)	Styrka	Dos	Indikation enl LM-modul	Sfi/vri	Ordinationsorsak
356B Medicin Östra	IMA1:2		2026-04-07	9	2026-04-08	Piperacillin och enzymhämmare	8	4 g/0,5 g	4x3	Anges vid insättning		
356B Medicin Östra	03:1		2026-04-15	1	2026-04-15	Ciprofloxacin	1	500 mg	=	febril UVI	Sfi	Urinvägsinfektion med feber
356B Medicin Östra	04:1		2026-04-14	2	2026-04-14	Piperacillin och enzymhämmare	2	4 g/0,5 g	=	Infektion	Sfi	Lunginflammation
356B Medicin Östra	IVA:2		2026-03-21	26	2026-04-13	Piperacillin och enzymhämmare	3	4 g/0,5 g	=	inf	Vri	Lunginflammation



## Målbild – nästan där nu

- Lista över all insatt antimikrobiell behandling på inneliggande patienter på SU
- Möjlighet att sortera på preparat och behandlingstid – hitta enheter/patientgrupper där vi gör störst nytta

# Vad händer på uvi-fronten?



Nya rön  
kring  
behandlings-  
längder

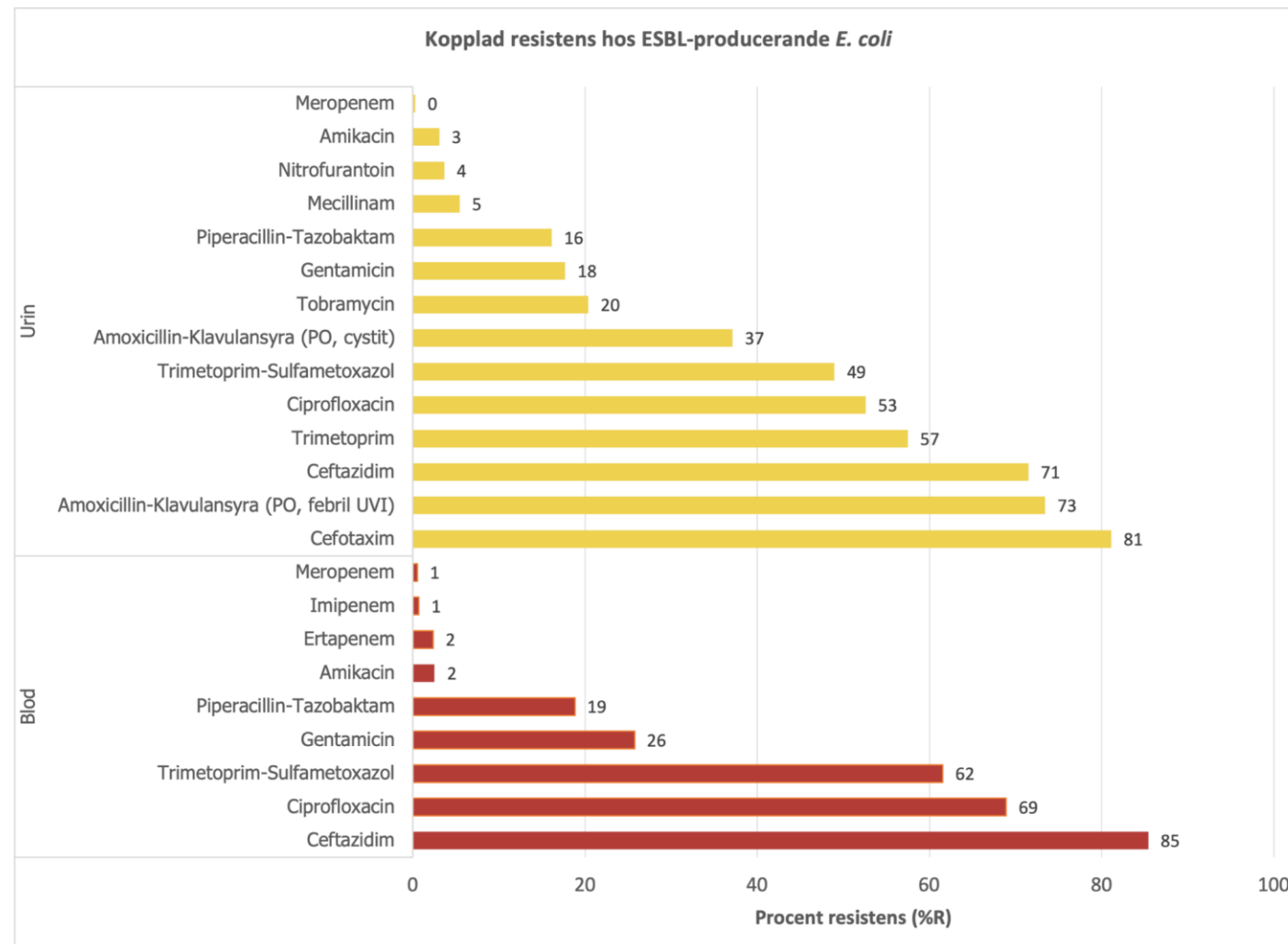
Tyvärr ont  
om nya  
behandlings-  
alternativ

Ökande  
resistens-  
utmaningar



Vårdprogram UVI, rev 2026





Korsresistens hos ESBL-bildande *E. coli* från blod- och urinodlingar. Cefadroxil respektive cefotaxim används som ESBL-markörer för urin- och blodisolat. Procentsatsen anger hur stor del av dessa isolat som även är (kors)resistenta mot övriga angivna antibiotikum. Data från Svebar (2026)



## Urinvägsinfektioner hos vuxna



### FRÅN KÖN TILL INDIVID

- Jämkade behandlingslängder mellan könen vid febril UVI
- Behov av individualiserad skörhets- och resistensriskbedömningar



### MINSKA ONÖDIG DIAGNOSTIK

- Undvik urinstickor och odlingar vid ABU och hos kroniska katebärare
- Initial CT behövs sällan
- Uppföljande urinodling efter behandlingsavslut endast vid recidiverande UVI med ureasbildande bakterieväxt



### JUSTERADE BEHANDLINGSLÄNGDER

- Kortare tid vid febril UVI (ffa nyhet för män)
- Råd kring behållning när det saknas po alternativ
- Råd vid komplicerade UVI:er som infekterade cystor och vid njurabcesser

# Antibiotika vid UVI

## AKUT CYSTIT · EMPIRISK BEHANDLING

PREPARAT · DOS	👤 KVINNA	👤 MAN
● FÖRSTAHANDSALTERNATIV		
<b>Nitrofurantoin</b> 50 mg × 3 · ej vid eGFR <40 ml/min	<b>5 dygn</b>	<b>7 dygn</b>
<b>Pivmecillinam*</b> 200 mg × 3 alt. 400 mg × 2	<b>5 dygn</b> (200 mg × 3) <b>3 dygn</b> (400 mg × 2)	<b>7 dygn</b> (200 mg × 3)
● ANDRAHANDSALTERNATIV		
<b>Cefadroxil</b> 500 mg × 2	<b>5 dygn</b>	<b>7 dygn</b>
<b>Trimetoprim</b> 160 mg × 2	<b>3 dygn</b>	<b>7 dygn</b>
● TREDJEHANDSALTERNATIV · Endast vid bekräftad E. coli-infektion		
<b>Fosfomycin</b> 3 g · (licenspreparat)	<b>Engångsdos</b>	<b>1 dos varannan dag i 5 dygn</b> (3 doser totalt)

\* Vid ESBL-bildande bakterier ges pivmecillinam 400 mg × 3 i 7 dygn, oavsett kön

## FEBRIL UVI · PERORAL BEHANDLING (OAVSETT KÖN)

### ● EMPIRISKT FÖRSTAHANDSVAL

**Ciprofloxacin** 500 mg × 2 i 7 dygn\*

Vid ESBL-misstanke: komplettera med i.v. Ertapenem 1 g som engångsdos

### ● RIKTAD BEHANDLING EFTER RESISTENSBEKED

**Trimetoprim-sulfametoxazol** 160/800 mg × 2 i 7 dygn\*

**Ceftibuten\*\*** 400 mg × 1 i 10 dygn

\* Män med febril UVI och misstänkt bakteriell prostatit rekommenderas 10–14 dagars behandling

\*\* Vid resistens/intolerans. Licensläkemedel

## FEBRIL UVI · PARENTERAL BEHANDLING (OAVSETT KÖN)

PREPARAT	FEBRIL UVI	UROSEPSIS
● FÖRSTAHANDSALTERNATIV · EMPIRISK BEHANDLING		
<b>Cefotaxim</b>	<b>1 g × 3</b>	<b>2 g × 3*</b>
<b>Piperacillin/tazobaktam**</b>	<b>4 g × 3–4</b>	<b>4 g × 4*</b>
● ANDRAHANDSALTERNATIV		
<b>Amikacin***</b>	<b>20 mg/kg × 1</b>	<b>30 mg/kg × 1</b>
<b>Ciprofloxacin</b> vid låg risk för kinolonresistens	<b>400 mg × 2</b>	<b>400 mg × 3</b>
<b>Gentamicin</b>	<b>5 mg/kg × 1</b>	<b>7 mg/kg × 1</b>
<b>Imipenem***</b>	<b>1 g × 3</b>	<b>1 g × 3*</b>
<b>Meropenem***</b>	<b>1 g × 3</b>	<b>1 g × 3*</b>
<b>Tobramycin</b>	<b>5 mg/kg × 1</b>	<b>7 mg/kg × 1</b>

\* Vid septisk chock ges en extra dos efter halva dosintervallet mellan första och andra dosen

\*\* Vid kliniska riskfaktorer eller misstanke om ESBL används dosen 4 g × 4

\*\*\* Vid misstanke om ESBL-producerande bakterier



## Övriga vårdprogramms- nyheter

- Hiprex åter gångbart alternativ vid recidiverande uvi
- Trimetoprim = primärt po behalternativ vid behandling av febril uvi (vid känslig stam) - mindre påverkan på mikrobiomet (jmf cipro) och också ok att ge 7 dgr
- Utökad vägledning vid enterokockorsakad uvi
- Ökad medvetenhet mellan samband mellan SGLT2-hämmare och ökad candidaorsakad uvi-risk
- Minska på onödiga undersökningar – urinstickor, odling på kateterurin, initial sten-CT, uppföljande urinodling efter behandlingsavslut endast vid recidiverande uvi med ureasbildande bakterieväxt