

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



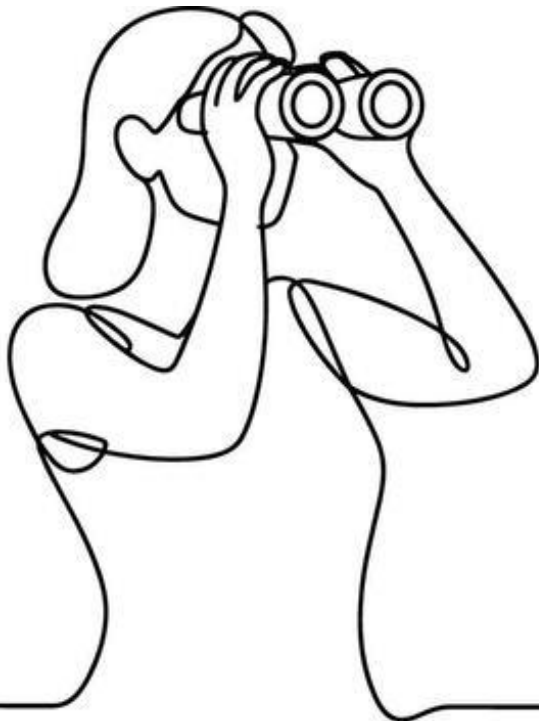
Avdelning	Rum_säng	Personnr	Inskrivningstid	Vårdtid (dgr)	Insättningsdatum	Substans	Beh (dgr)	Styrka	Dos	Indikation enl LM-modul	Sfi/vri	Ordinationsorsak
356B Medicin Östra	IMA1:2		2026-04-07	9	2026-04-08	Piperacillin och enzymhämmare	8	4 g/0,5 g	4x3	Anges vid insättning		
356B Medicin Östra	03:1		2026-04-15	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

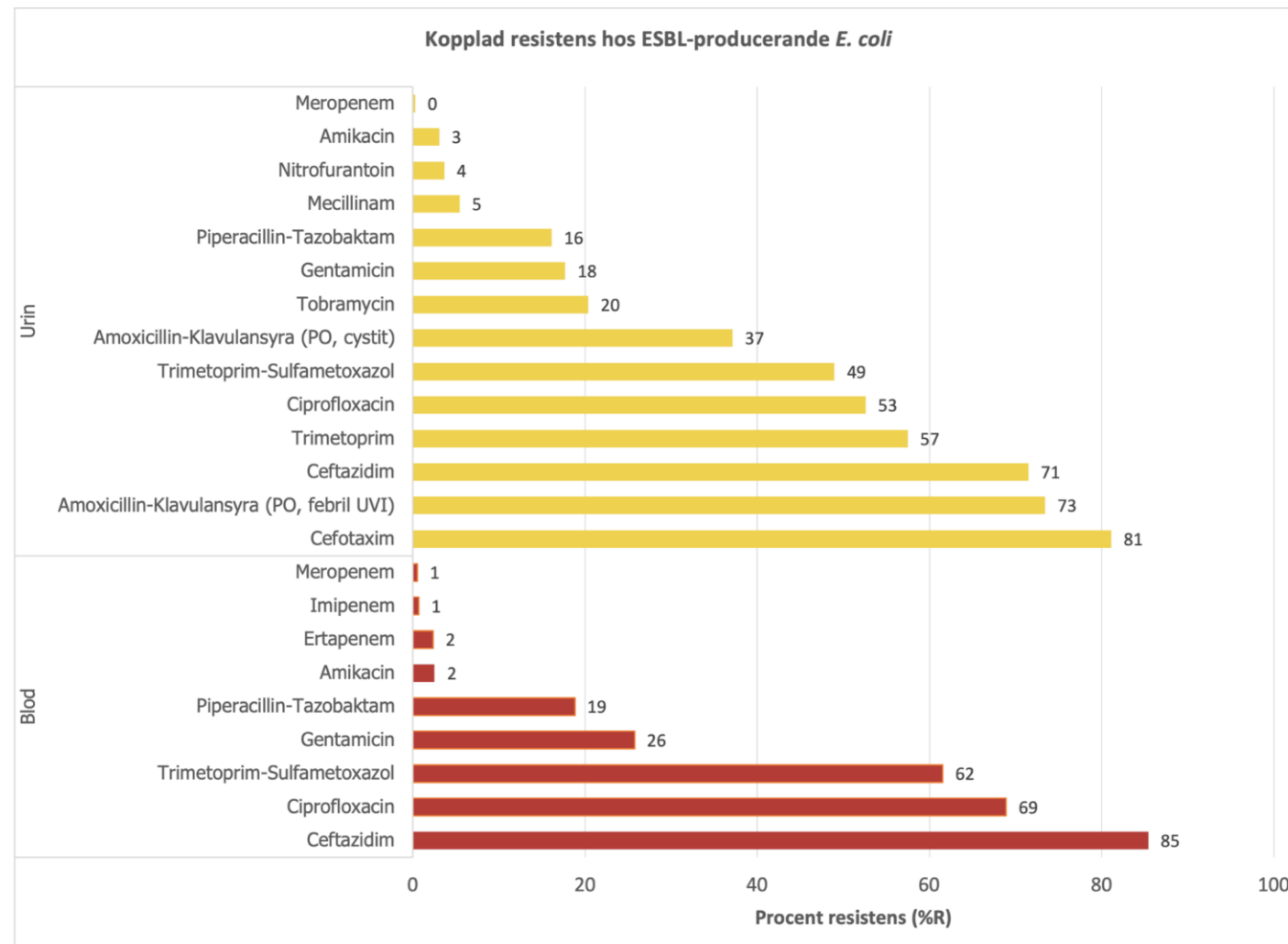
Tyvärr ont
om nya
behandlings-
-alternativ

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		
Nitrofurantoin 50 mg × 3 · ej vid eGFR <40 ml/min	5 dygn	7 dygn
Pivmecillinam* 200 mg × 3 alt. 400 mg × 2	5 dygn (200 mg × 3) 3 dygn (400 mg × 2)	7 dygn (200 mg × 3)
● ANDRAHANDSALTERNATIV		
Cefadroxil 500 mg × 2	5 dygn	7 dygn
Trimetoprim 160 mg × 2	3 dygn	7 dygn
● TREDJEHANDSALTERNATIV · Endast vid bekräftad E. coli-infektion		
Fosfomycin 3 g · (licenspreparat)	Engångsdos	1 dos varannan dag i 5 dygn (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		● RIKTAD BEHANDLING EFTER RESISTENSBEKED	
Ciprofloxacin	500 mg × 2 i 7 dygn*	Trimetoprim-sulfametoxazol	160/800 mg × 2 i 7 dygn*
Vid ESBL-misstanke: komplettera med i.v. Ertapenem 1 g som engångsdos		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		
Cefotaxim	1 g × 3	2 g × 3*
Piperacillin/tazobaktam**	4 g × 3–4	4 g × 4*
● ANDRAHANDSALTERNATIV		
Amikacin***	20 mg/kg × 1	30 mg/kg × 1
Ciprofloxacin vid låg risk för kinolonresistens	400 mg × 2	400 mg × 3
Gentamicin	5 mg/kg × 1	7 mg/kg × 1
Imipenem***	1 g × 3	1 g × 3*
Meropenem***	1 g × 3	1 g × 3*
Tobramycin	5 mg/kg × 1	7 mg/kg × 1

* 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