

2025/2026

Empirisk antibiotika- behandling av vuxna på sjukhus och SÄBO

INFORMATION FRÅN STRAMA STOCKHOLM

Rekommendationerna förutsätter att individuell
bedömning görs, för rådgivning kontakta
infektionskonsult.

Rekommendationer för empirisk antibiotikabehandling av vuxna 2025/2026

PREPARAT	DOS	BEHANDLINGSTID
----------	-----	----------------

Borreliainfektioner

- erythema migrans, solitärt	• fenoximetylpenicillin	1 g x 3	10 dygn
- erythema migrans, multipla eller feber	• doxycyklin	200 mg x 1	10 dygn
- neuroborrelios	• doxycyklin • ceftriaxon	200 mg x 1 2 g x 1 iv	14 dygn 14 dygn

Enterit – Clostridioides difficile

- primärinfektion	(sätt om möjligt ut antibiotika, vid mild infektion ev. exspektans med daglig kontakt i minst 2 dygn)		
låg risk för recidiv	• vankomycin	125 mg x 4	10 dygn
hög risk för recidiv	• fidaxomicin	200 mg x 2	10 dygn
- recidiv	kontakta infektionskonsult		
- fulminant kolit	kontakta infektionskonsult och kirurg		

Gynekologi

- STI-salpingit enbart	• doxycyklin	200 mg x 1	10 dygn
- STI-salpingit och anaerob infektion	• doxycyklin + metronidazol	200 mg x 1 po/iv 400 mg x 3 po alt 1,5 g x 1 ^a iv	10 dygn
- tuboovarialabscess, allvarlig (peroral uppföljning)	• piperacillin-tazobaktam • cefotaxim + metronidazol • amoxicillin-klavulansyra + metronidazol • ciprofloxacin + klindamycin	4 g x 3 iv 1 g x 3 iv 1,5 g x 1 ^a iv 875/125 mg x 3 400 mg x 3 500 mg x 2 300 mg x 3	Totalt 10 dygn

Hud, mjukdelar

- erysipelas	• fenoximetylpenicillin • bensylpenicillin	1 g x 3 (2 g >90 kg) 1-3 g x 3 iv	10 dygn
- furunkulos, utbredd	• flukloxacillin	1 g x 3	10 dygn
- kattbett inom 2 dygn	• fenoximetylpenicillin	1 g x 3	10 dygn
- kattbett efter 2 dygn el. lednära/i ansiktet	• amoxicillin-klavulansyra	500/125 mg x 3	10 dygn
- hund-/människobett	• amoxicillin-klavulansyra	500/125 mg x 3	10 dygn
- sårinfektion	• flukloxacillin	1 g x 3	7 dygn

Kirurgisk buk

- appendicit, cholecystit, divertikulit och pankreatit	<i>Antibiotika endast i vissa svårare fall – se appen Strama Nationell (strama.se)</i>		
- peritonit (peroral uppföljning enligt odlingssvar)	• piperacillin-tazobaktam • cefotaxim + metronidazol • metronidazol + trimetoprim-sulfa eller amoxicillin-klavulansyra eller ciprofloxacin	4 g x 3 iv 1 g x 3 iv 1,5 g x 1 ^a iv 400 mg x 3 160/800 mg x 2 875/125 mg x 3 500 mg x 2	4 dygn antibiotika om source control uppnåts. 7 dygn vid bakteriemi

	PREPARAT	DOS	BEHANDLINGSTID
--	----------	-----	----------------

KOL-exacerbation

	• amoxicillin • doxycyklin	750 mg x 3 200 mg x 1 ^b	5-7 dygn 5-7 dygn
--	---	---------------------------------------	----------------------

Led/skelett

Se även infektion.net under vårdprogram, led- och skelettinfektioner

- septisk artrit, nativ led (peroral uppföljning)	• kloxacillin • flukloxacillin eller utifrån agens	2 g x 4 iv 1,5 g x 3	Totalt 4 veckor i okomplicerade fall
- osteomyelit (peroral uppföljning)	• kloxacillin • flukloxacillin eller utifrån agens	2 g x 4 iv 1,5 g x 3	Totalt 6 veckor i okomplicerade fall

Luftvägar, övre

- allvarlig, ex epiglottit	• cefotaxim	1-2 g x 3 iv	Diagnosberoende
----------------------------	-------------	--------------	-----------------

Meningit, bakteriell

Se även infektion.net under vårdprogram, CNS-infektioner

- initial behandling (efter kortison enligt vårdprogram)	• cefotaxim + ampicillin • meropenem	3 g x 4 iv 3 g x 4 iv 2 g x 3 iv	7-21 dagar utifrån agens
--	---	--	--------------------------

Pneumoni

Tänk på att kliniskt bedöma allvarlighetsgrad oavsett DS-CRB65-poäng!

Samhällsförvärd

- icke allvarlig (DS-CRB65 0-1 poäng) - vid kronisk lungsjukdom - vid atypiskt agens (t.ex. mykoplasma)	• fenoximetylpenicillin eller bensylpenicillin • amoxicillin eller bensylpenicillin • erytromycin eller doxycyklin	1 g x 3 3 g x 3 iv 750 mg x 3 3 g x 4 iv 500 mg x 4 200 mg x 1 ^b	5-7 dygn
- allvarlig (DS-CRB65 2-3 poäng) - vid kronisk lungsjukdom - möjligt atypiskt agens	• bensylpenicillin - ge bensylpenicillin + erytromycin eller doxycyklin	3 g x 3 iv 3 g x 4 iv 1 g x 3 iv 200 mg x 1 ^b	7 dygn
- kritiskt sjuka (DS-CRB65 4-6 poäng) - vid kronisk lungsjukdom	• cefotaxim + erytromycin • bensylpenicillin + levofloxacin eller moxifloxacin	2 g x 3 iv 1 g x 3 iv 3 g x 4 iv 750 mg x 1 iv 400 mg x 1 iv	7 dygn (vissa agens kräver längre behandlingstid)
- vid kronisk lungsjukdom	Kontakta infektionskonsult		

Sjukhusförvärd

Om patienten insjuknar inom 2 vårddygn – behandla som samhällsförvärd

- icke allvarlig	• cefotaxim	1-2 g x 3 iv	8 dygn inklusive peroral uppföljning utifrån agens
- allvarlig	• piperacillin-tazobaktam	4 g x 4 iv	(ev. längre behandlingstid)
- på IVA	Kontakta infektionskonsult		

Sepsis

Antibiotikaval styrs av misstänkt fokus, svårighetsgrad, övriga sjukdomar, bärarskap av resistenta bakterier m.m. Beakta riskfaktorer för ESBL-bildande bakterier vid urinvägs- eller bukfokus. Se även [infektion.net](https://www.infektion.net) under vårdprogram sepsis/septisk chock.

Sepsis oklart fokus

- samhällsförvärd	• cefotaxim • piperacillin-tazobaktam	1-2 g x 3 iv (2 g vid misst <i>S.aureus</i>) 4 g x 3 iv	För ej stabila patienter ge en extra dos av β -laktamer efter halva intervallet mellan första och andra dosen. Kontakta infektionskonsult! Hög dos initialt. Efter stabilisering övergå till normaldos.
- sjukhusförvärd	• cefotaxim • piperacillin-tazobaktam	1-2 g x 3 iv (2 g vid misst <i>S.aureus</i>) 4 g x 4 iv	

Septisk chock oklart fokus

- septisk chock	• cefotaxim eller piperacillin-tazobaktam + gentamicin (alt. amikacin^d) • meropenem	2 g x 3 iv 4 g x 4 iv 5-7 mg/kg iv ^c 1 g x 3 iv	
-----------------	---	---	--

Urinvägar

Ökad förekomst av ESBL-bildande bakterier, beakta riskfaktorer för bärarskap och tidigare resistensmönster samt kontakta infektionskonsult vid behov!

- afebril UVI, kvinnor	• nitrofurantoin • pivmecillinam eller pivmecillinam	50 mg x 3 400 mg x 2-3 200 mg x 3	5 dygn 3 dygn (< 50 år) 5 dygn
- afebril UVI, män	• nitrofurantoin • pivmecillinam	50 mg x 3 200 mg x 3	7 dygn 7 dygn
- febril UVI/pyelonefrit	• ciprofloxacin • gentamicin (alt. amikacin^d) • cefotaxim • om känslig patogen: trimetoprim-sulfa	500 mg x 2 4,5 mg/kg iv ^c 1 g x 3 iv 160/800 mg x 2	kvinnor 7 d, män 10-14 d 10-14 dygn inkl po uppf Om ciprofloxacin ges som po uppföljning kortare beh enligt ovan
- urosepsis komplexerande faktorer ^e	• cefotaxim • piperacillin-tazobaktam	1 g x 3 iv 4 g x 3 iv	10-14 dygn inklusive peroral uppföljning
- urosepsis med chock	• cefotaxim eller piperacillin-tazobaktam + gentamicin (alt. amikacin^d) • meropenem	2 g x 3 iv 4 g x 4 iv 5-7 mg/kg iv ^c 1 g x 3 iv	Övergå till normaldos efter stabilisering
chock + ESBL-misstanke			

^a första dos 1,5 g x 1 iv, därefter 1 g x 1

^b 200 mg x 1 första dygnet följt av 100 mg x 1

^c ges initialt som iv engångsdos. Den lägre dosen vid kroniskt nedsatt njurfunktion. Vid fortsatt behandling dosering enligt koncentrationbestämning. Vid kreatininclearance < 20 ml/min överväg annan behandling. OBS att man vid aminoglykosidbehandling och obesitas måste beräkna korrigerad kroppsvikt. Korrigerad vikt = Idealvikt + 0.4 x (Aktuell vikt - idealvikt).

^d ges i dosering 15-30 mg/kg (den högre dosen vid septisk chock) istället för gentamicin vid misstanke om ESBL-bildande bakterier: tidigare bärarskap/ infektion eller flera riskfaktorer för ESBL (t.ex. nylig utlandsresa, sjukhusvistelse, antibiotika och recidiverande UVI).

^e komplexerande faktorer: föregående antibiotikabehandling, strukturella eller funktionella avvikelser i urinvägarna.

Dosering av antibiotika utifrån njurfunktion

Högre dos kan behövas till kritisk sjuk patient eller vid agens där ökad exponering behövs (I-kategori enligt SIR)

Intravenösa antibiotika					
Absolut eGFR (mL/min):	>90	60-89	30-59	15-29	<15
Bensylpenicillin	1-3 g x 3	1-3 g x 3	1-3 g x 3	<20: 1-3 g x 2	<20: 1-3 g x 2
Ampicillin	2 g x 3	2 g x 3	2 g x 3	<20: 2 g x 2	1 g x 2
Kloxacilin	2 g x 3-4	2 g x 3-4	2 g x 3-4	2 g x 3	1-2 g x 3
Piperacillin/tazobactam	4 g x 3	4 g x 3	4 g x 3	<20: 4 g x 2	4 g x 2
Cefotaxim	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 2-3
Meropenem	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	<20: 1 g x 2	1 g x 2
Imipenem	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	0,25-0,5 g x 2	0,25 g x 2
Ciprofloxacin	400 mg x 2	400 mg x 2	400 mg x 2	400 mg x 1	400 mg x 1

För råd om dosering, koncentrationsbestämningar och startdoser utifrån njurfunktion för vancomycin och aminoglykosid, se kapitel "dosering av vancomycin och aminoglykosider" i kategori läkemedel, app Strama Nationell

Perorala antibiotika					
Absolut eGFR (mL/min):	>90	60-89	30-59	15-29	<15
Fenoximetylpencillin	1-3 g x 3	1-3 g x 3	1-3 g x 3	<20: 1-3 g x 2	<20: 1-3 g x 2
Amoxicillin	500-750 mg x 3	500-750 mg x 3	500-750 mg x 3	500 mg x 3	500 mg x 2
Amoxicillin/klavulansyra	875/125 mg x 3	875/125 mg x 3	875/125 mg x 3	500/125 mg x 3	500/125 mg x 2
Flukloxacilin	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 3	1 g x 2-3
Pivmecillinam	Doserar oberoende av njurfunktion vid enstaka behandlingskur				
Trimetoprim	160 mg x 2	160 mg x 2	160 mg x 2	100 mg x 2*	Använd ej
Trimetoprim/sulfametoxazol	160/800 mg x 2	160/800 mg x 2	160/800 mg x 2	80/400 mg x 2	Använd ej
Ciprofloxacin	500 mg x 2	500 mg x 2	500 mg x 2	500 mg x 1	500 mg x 1
Nitrofurantoin	50 mg x 3	50 mg x 3	50 mg x 3**	Använd ej	Använd ej

* Alternativt dosering enligt FASS: normaldos i 3 dagar, därefter halva dosen.

**OBS! Grundregeln är att nitrofurantoin är kontraindicerat vid eGFR < 45 ml/min. En kort kur (≤ 7 d) kan ges till utvalda patienter med GFR 30-40 ml/min för behandling av nedre UVI. Vid GFR < 30 ml/min uteblir den antibakteriella effekten.

Följande antibiotika kan doseras oberoende av njurfunktion: doxycyklin, erytromycin, klindamycin, metronidazol, moxifloxacin, fucidinsyra. Samtliga dessa preparat har mycket god absorption och kan med fördel doseras peroralt vid fungerande tarmfunktion. Peroralt vancomycin kan doseras oberoende av njurfunktion och används endast vid C. difficileinfektion.

Ansvarsfull antibiotikabehandling

- Vid livshotande infektioner är snabb och korrekt antibiotikabehandling avgörande
- Avstå antibiotika när nyttan är tveksam
- Ge peroral behandling om möjligt
- Anpassa dosen till vikt och njurfunktion
- Ange preliminär behandlingstid i journalen
- Ompröva patientens behov av antibiotika dagligen
- Sätt ut onödig behandling

Ge inte antibiotika vid

- Asymtomatisk bakteriuri, ABU. **Undantag:** gravida och inför urologiskt ingrepp
- Akut bronkit hos lungfriska
- Kroniska bensår utan tydliga infektionstecken

Diagnostik

- Säkra odlingar före antibiotika, blododla före iv-behandling
- Smalna av behandling enligt odlingsvar
- Positiv urinsticka är svårvärderad hos äldre då ABU är vanligt

Antibiotikaassocierad diarré

Orsakas av rubbning av patientens tarmflora, ibland i form av infektion med *Clostridioides difficile*.

Penicillinallergi (handläggning – se app Strama Nationell under fliken Läkemedel)

Snabb reaktion, oftast inom 1 h, upp till 6 h. Ofta IgE-medierad.

Symtom: urtikaria, slemhinnesvullnad, andningsbesvär, anafylaktisk chock.

Uppträder efter första antibiotikadosen och kan vara livshotande. Vid allvarlig snabb reaktion på penicillin ska inte penicillinpreparat ges på nytt. Däremot kan betalaktamantibiotika med andra sidokedjor ges utan risk. Cefalosporiner, förutom cefadroxil, samtliga karbapenemer och monobaktamer kan ges.

Fördröjd överkänslighetsreaktion

Allvarlig fördröjd reaktion (t.ex. Steven Johnsons syndrom eller toxisk epidermal nekrolys). Här avråds från behandling med samtliga betalaktamantibiotika.

Endast magtarmbesvär eller begränsade hudutslag utan engagemang av slemhinnor, ev klåda. Uppträder ofta efter flera behandlingsdygn. Ofarligt. Ej kontraindikation för upprepad behandling.

Se även

strama.se eller **app Strama Nationell** för utförligare behandlingsrekommendationer

infektion.net för nationella vårdprogram

antibiotikasmart.se för patientfall med fokus på antibiotikabehandling

sls.se/raf för normal- och högdostabell samt dosering vid dialys

stramastockholm.se för ytterligare information



Gå till webbversionen av appen Strama Nationell

Kontakt

strama@regionstockholm.se