



Nätverksträff Antibiotikasmarta Vårdcentraler

20 maj 2026

Agenda

1. Frågor/Tankar sedan föregående möte?
2. Fira våra nya diplomerade VC:er
3. Hur bedömer vi patienter med immunsuppression i primärvården?
4. Skebäck VC presenterar sin process till att bli en AntibiotikaSmart VC
5. Efter diplomering – hur upprätthåller vi det goda arbetet? Gruppdiskussion
6. Viktiga datum
7. *Nytt regnbågshäfte inom kort*
8. *Olika behandlingsriktlinjer i slutenvård respektive öppenvård - sakpar det förvirring??*

Brickebackens Vårdcentral



Skebecks Vårdcentral



Tybble Vårdcentral



Ängens Vårdcentral

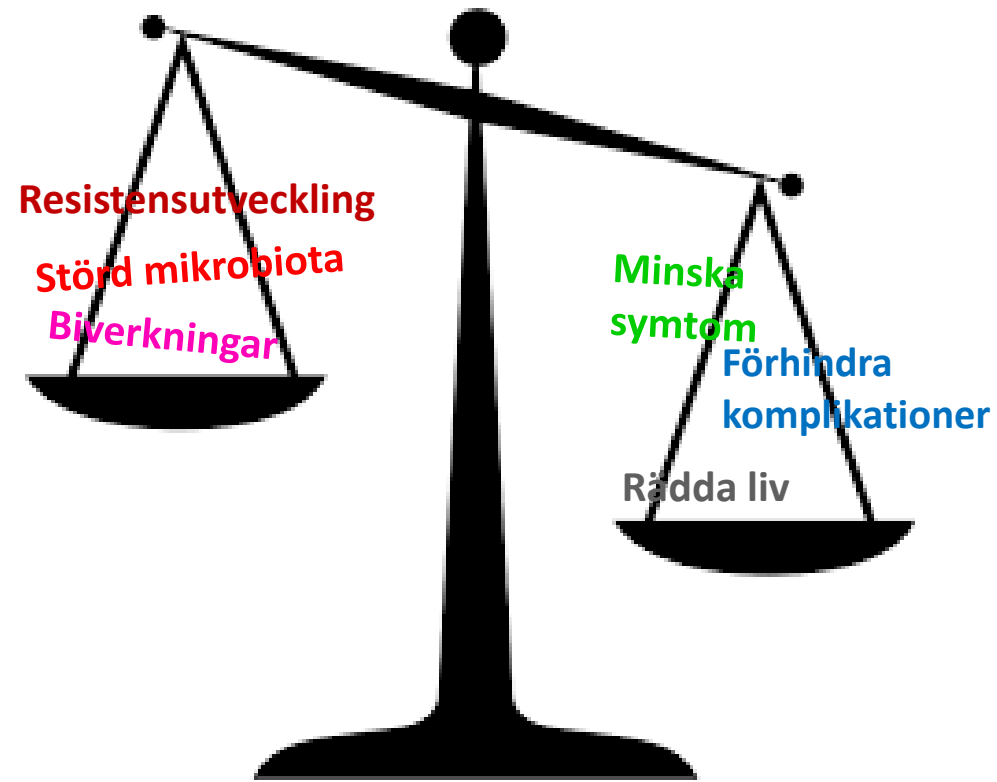


Riskvärdering i primärvården vid behandling av infektioner hos patienter med nedsatt immunförsvar

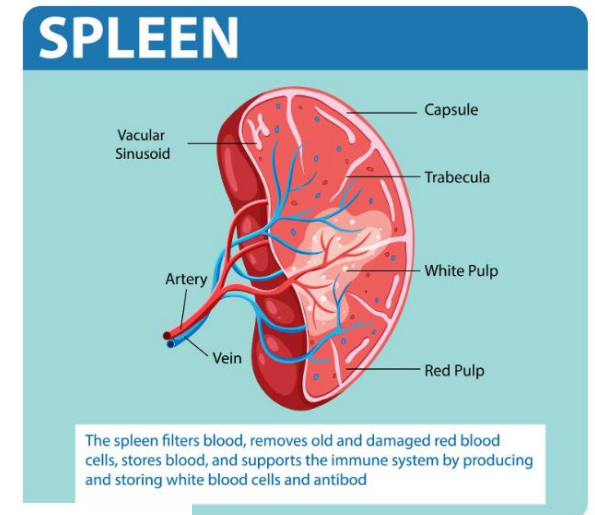
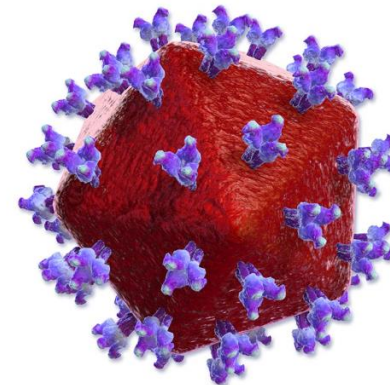
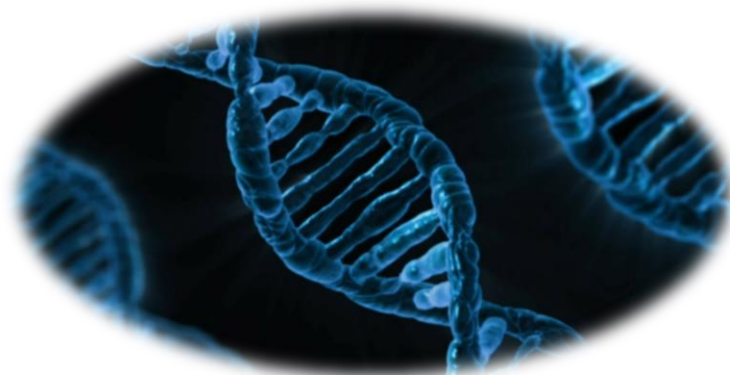
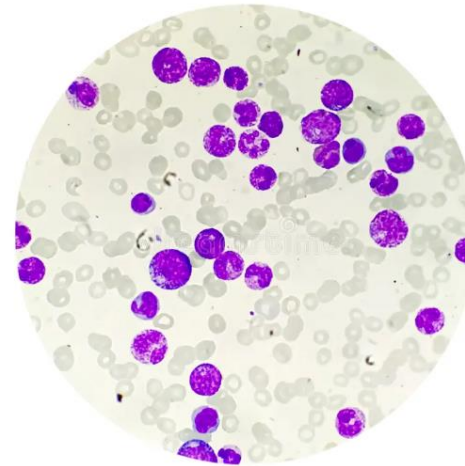
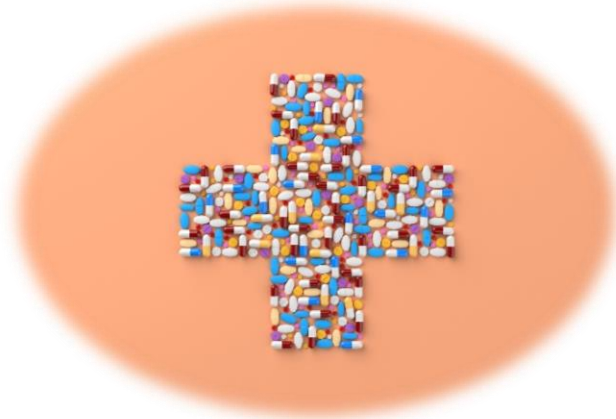
Anja Rosdahl, infektionsläkare

I samarbete med Anna-Lena Fastén, allmänläkare Stram Stockholm till
Stramadagen 12 maj 2026

Antibiotika kan göra både nytta och skada för individen



Nedsatt immunförsvar kan vara många olika saker





Graviditet

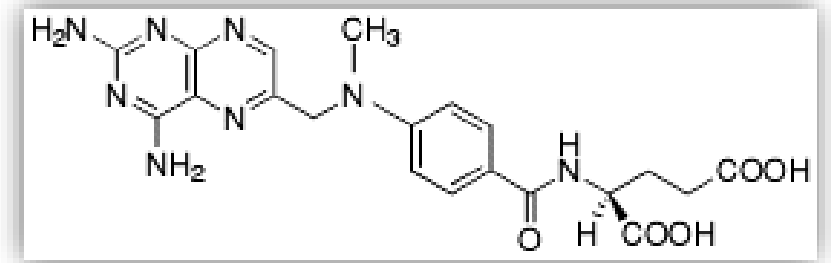
- Ett normaltillstånd med nedtryckt immunförsvar
- Var generös med att bedöma patienten vid ett fysiskt möte
- Behandling på samma indikationer som andra (undantag ABU)
- Tänk till om antibiotikaval och dosering
- Inte omöjligt att påverkan på mammans mikrobiota har betydelse för barnet

Glukokortikoider (Prednisolon[®] ≥ 15 mg/dygn i ≥ 2 v)

- Hämmar granulocytens och makrofagers funktion
- Hämmar både cellulär och antikroppsmedierad immunitet
- Påverkar många olika celltyper och funktioner i kroppen
- Både allvarigare infektioner av alla möjliga slag och lurigare klinik
- Dosberoende och durationsberoende, men sjukhuskrävande infektioner ses redan vid låga doser kortison
- Kanske lägre tröskel för antibiotika här? Lägre tröskel att provta eller skicka in.

Metotrexat

- Mot reumatiska sjukdomar, psoriasis, IBD
- Minskar celledelning – ospecifikt
- Risk för ”-peni”er, även agranulocytos
- Ökar risken något hos RA patienter, inte övriga grupper. Låg till måttlig risk
- Vid agranulocytos – potentiell risk för allvarliga infektioner inkl. sepsis
- Frikostigare med blodstatus? Ab på samma indikationer som andra.



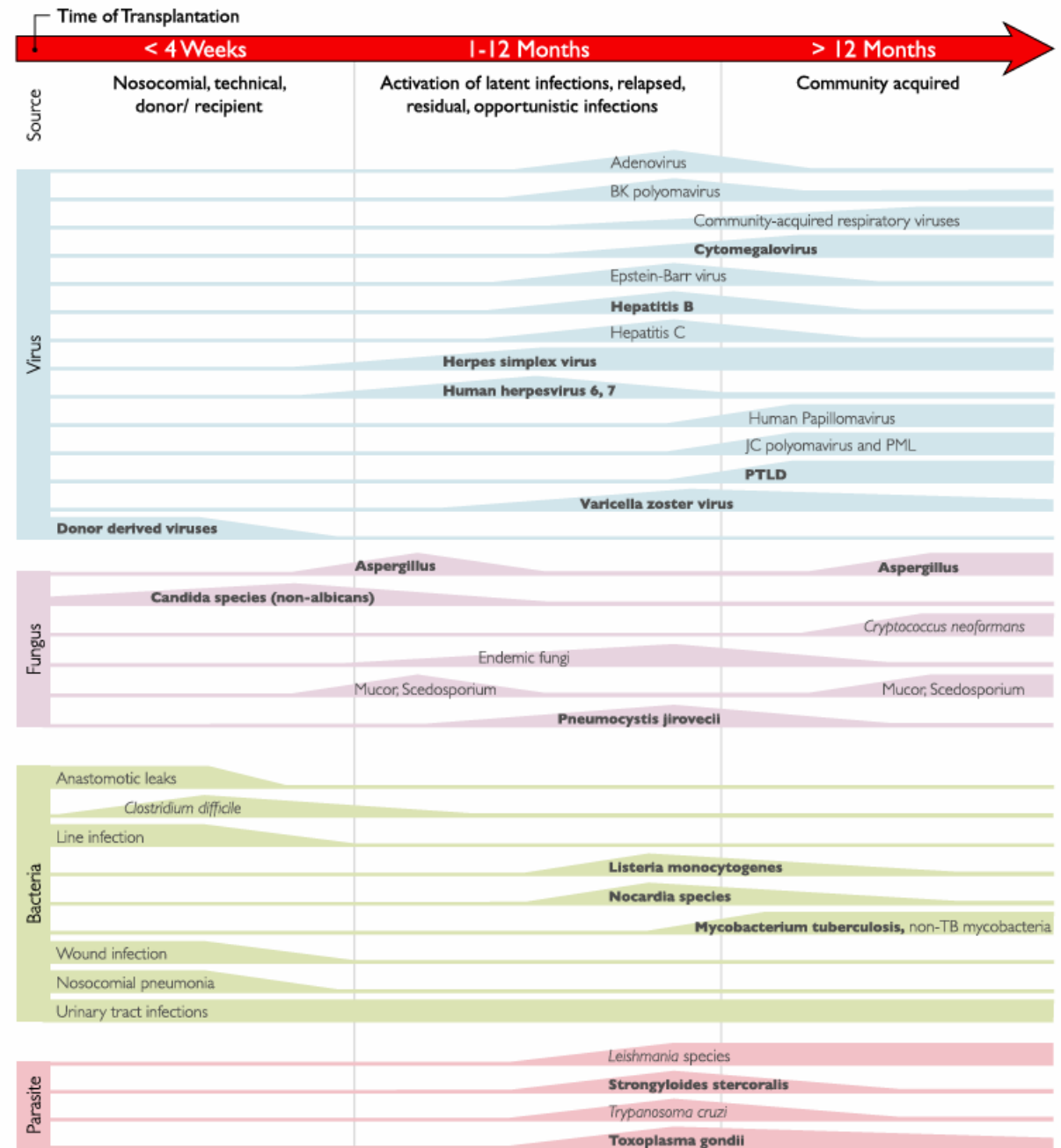
TNF-hämmare ex infliximab (Remicade[®]) och etanercept (Enbrel[®])

- Indikation ex RA, psoriasis och IBD
- Tuberkulos, pneumocystis, listeria, candida, aspergillus, reaktivering av hepatit B
 - Inte våra ”vanliga” primärvårdsinfektioner
- Bakteriella infektioner t ex pneumoni, postoperativa infektioner
 - omdiskuterat om högre risk (upp till x2). Risken avtar över tid.
 - Grundsjukdom och ev kortisonbehandling spelar troligen större roll

Antibiotika på samma grunder som andra för ”vanliga” primärvårdsinfektioner. Väg in komorbiditet och annan behandling.

Organtransplanterade med calcineurinhämmare, ex ciklosporin (Sandimmun®)

- Risk för infektioner beror på tid efter transplantation.
- Opportunistiska infektioner och reaktivering av latent virusinfektioner
- Ökad risk för ”vanliga” bakteriella infektioner hela livet. Organberoende.
- Kanske rimligt med lägre ribba för antibiotika vid misstanke om bakteriell infektion.

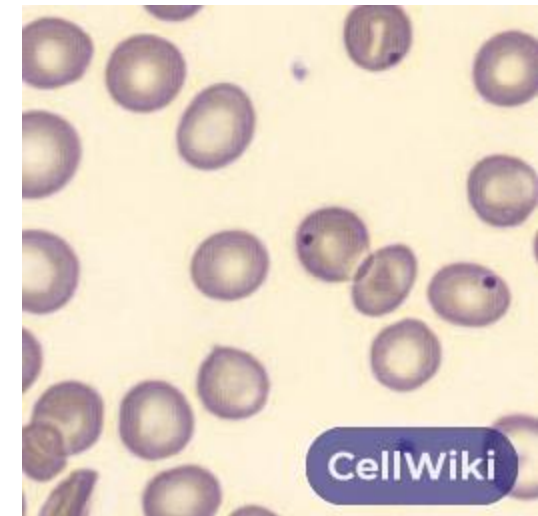
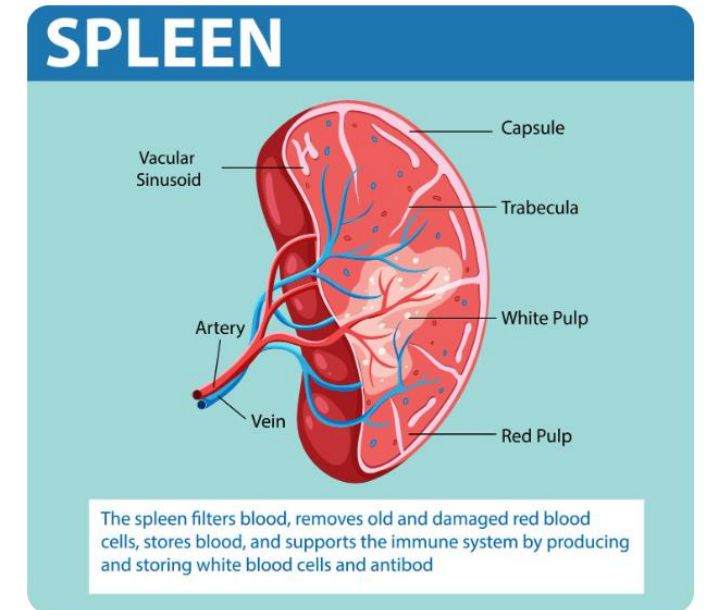


Ingen fungerande mjälte

- Splenektomerade förstås
- Hematologiska maligniteter
- Sicklehemoglobinopatier
- Celiaki
- Leversjukdom
- RA, SLE

Hematologiskt test finns – Howell Jolly kroppar

Inte i sig ökad risk för infektioner men ökad risk för allvarligt förlopp.



Ingen fungerande mjälte

- Risk för OPSI – overwhelming post-splenectomy infection

Börjar med influensaliknande bild och utvecklas snabb till fulminant sepsis.

Högre risk om bakomliggande hematologisk sjukdom vs trauma

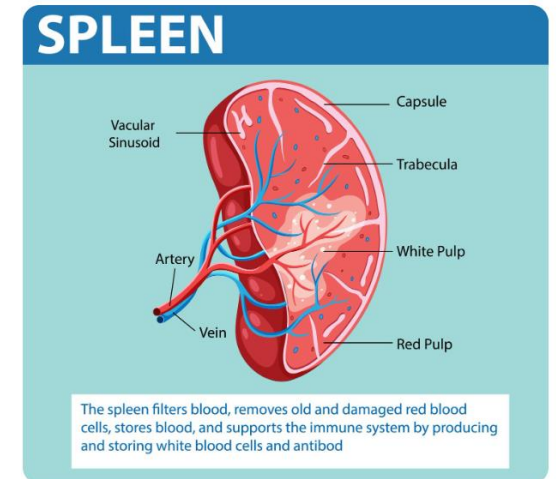
- Främst kapslade bakterier pneumokocker, meningokocker, *Capnocytophaga canimorsus*, men även ökad risk för gramnegativ sepsis
- Intraerytrocytära parasiter: malaria och babesios

Finns inga svenska riktlinjer för hantering av vuxna med feber

- Enl internationell litteratur bör splenektomerade med feber hänvisas omgående till sjukhus. Po antibiotika om långt till sjukhus (1 dos amoxi-clav).

Strama rekommenderar dock:

- Hud och kattbett - antibiotikaproylax



Lee et al. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2020 Dec 4;2020(1):328-335.

Uhnou, I. & Lepp, T. (2012). Livshotande infektion hos splenektomerade kan förebyggas. Läkartidningen, 109, s. 1406-1410

Sammanfattningsvis

- Frikostigt med klinisk bedömning av alla med nedsatt immunförsvar!
- Vid säker diagnos kan patienten ofta handläggas som övriga
- Låg risk för allvarlig ”vanlig infektion” om kliniken talar däremot vid immunsuppression med TNF-hämmare, metotrexat och lågdos kortison
- Vid hypospleni/aspleni och grav immunsuppression t ex organtransplantation var frikostigt med
 - Antibiotikaproylax vid bett (3 d enl Strama- appen)
 - Remiss till sjukhus för bedömning vid feber utan säker diagnos

Kom ihåg

- Tänk tanken att patienten kan ha nedsatt immunförsvar
- Läs på om patientens tillstånd/läkemedel – vad kan förväntas just i detta läge?
- Bedöm noggrant, följ upp mer frikostigt
- Ibland po antibiotika mer frikostigt, ibland akutremiss mer frikostigt
- Ta hjälp av kloka kollegor
- Även människor med nedsatt immunförsvar drabbas av antibiotikans nackdelar

Skebäck VC presenterar sin process till att bli en AntibiotikaSmart VC

- Vad var svårt och oklart.
- Komplettering – vad saknades? Tips...
- Plats för frågor

Efter diplomering – hur upprätthåller vi det goda arbetet? Gruppdiskussion

- Hur är eran plan för att bevara ett fortsatt gott arbete
- Vilket/vilka kriterium kommer vara svårast att hålla i? Varför?
- Siktar ni på omdiplomering efter 2-3 år?

Viktiga datum

- Nästa nätverksträff **1 oktober kl 13-14.30**

- Deadline för diplomering hösten 2026

5 oktober skickas material till strama@regionorebrolan.se

Glöm inte att läsa [Uppföljning av kriterier för vårdcentraler - Antibiotikasmart Sverige](#)

Använd gärna [Mall_Diplomering_Antibiotikasmart_Vårdcentral_2025-05-15.docx](#)

Uppdatering kommer inom kort

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård

Tecken på allvarlig infektion hos vuxna och barn

Akut mediaotit

Rinosinuit

Faryngotonsillit

Akut bronkit och pneumoni

Akut exacerbation av KOL

Urinvägsinfektioner

Hud- och mjukdelsinfektioner

Sexuellt överförbara bakteriella infektioner

Varför är det olika behandlingsriktlinjer (tider och doser) och hur förhåller vi oss till det?

- Ex Pneumoni vuxna i Slutenvård 5-7 d i Primärvården 7 dagar
- Kåvepenindos vid pneumoni i slutenvård 25 mg/kg x3 i 5 d och i öppenvård 12,5 mg/kg x3 i 7 d.
- Snart febril UVI slutenvård 7 d oavsett kön men i primärvården 10 d till män.

