

En vanlig dag på jouren...

HR 80

AF 18

BT 122/82

pox 96%

frisk för övrigt

CRP 88 mg/L

CRP

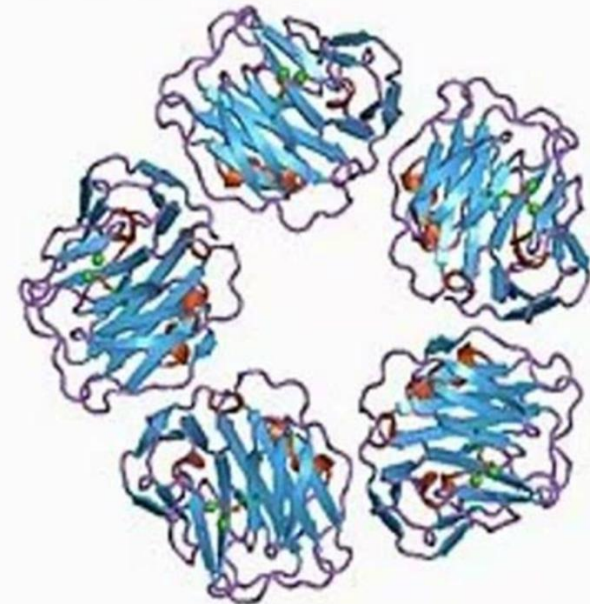
– räddare i nöden eller snubbeltråd?

ST-dagarna 2025-09-18

Maria Hess-Wargbaner, allmänläkare

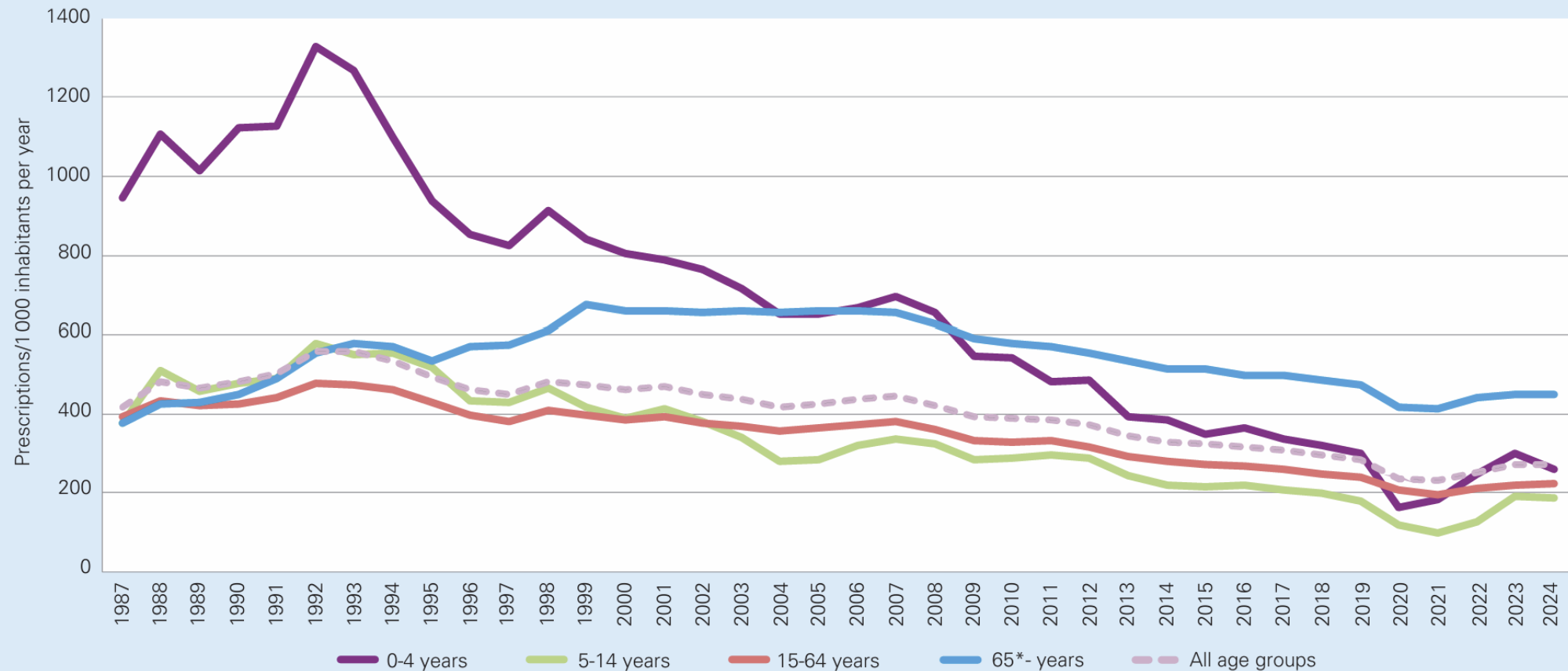
Karin Rystedt, distriktsläkare

Strama Västra Götaland



30% av besöken i svensk primärvård är relaterade till en infektion

Figure 1.2. Sales of antibiotics (J01 excl. methenamine) in outpatient care by age group in 1987-2024.





Appen Strama
nationell

Behandlingsrekommendationer
för vanliga infektioner i
öppenvård

GÄLLER FRÅN 2025-03-19

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

[Start](#) / [Behandling och förskrivning](#) / [Behandlingsrekommendationer](#) / [Sök behandlingsrekommendation](#)

Filtrera

Ange sökord

faryngotonsillit



Kategorier

☐ Läkemedel för människa (1)

☐ Barn och ungdomar (1)

☐ Vuxna (1)

Status

☐ Aktuell (1)

Publiceringsdatum

Sök behandlingsrekommendationer

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer är avsedda som kunskapsstöd och vägledning till hur läkemedel bör användas i den kliniska vardagen och riktar sig främst till hälso- och sjukvården och djursjukvården.

Visar 1 av 1 **behandlingsrekommendationer** - Fritext: faryngotonsillit



[RSS](#)

↕ Sortera efter: **Relevans**

Läkemedel vid faryngotonsillit – behandlingsrekommendation >

Publicerades: 28 augusti 2024

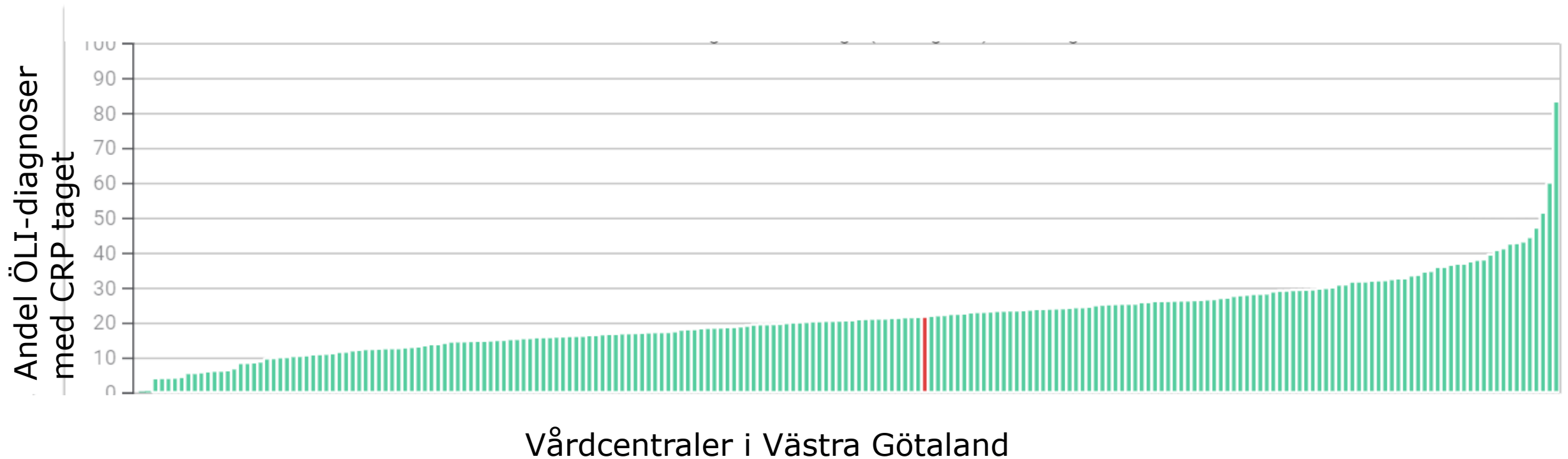
Kategori: Läkemedel för människa / Vuxna / Barn och ungdomar

Status: Aktuell

[Sök behandlingsrekommendationer | Läkemedelsverket \(lakemedelsverket.se\)](#)

C:a 300 000 CRP/år
på vårdcentralerna i VGR
(lokala snabbtester)

CRP vid övre luftvägsinfektion på VC i VGR



SEROLOGICAL REACTIONS IN PNEUMONIA WITH A NON-PROTEIN SOMATIC FRACTION OF PNEUMOCOCCUS*

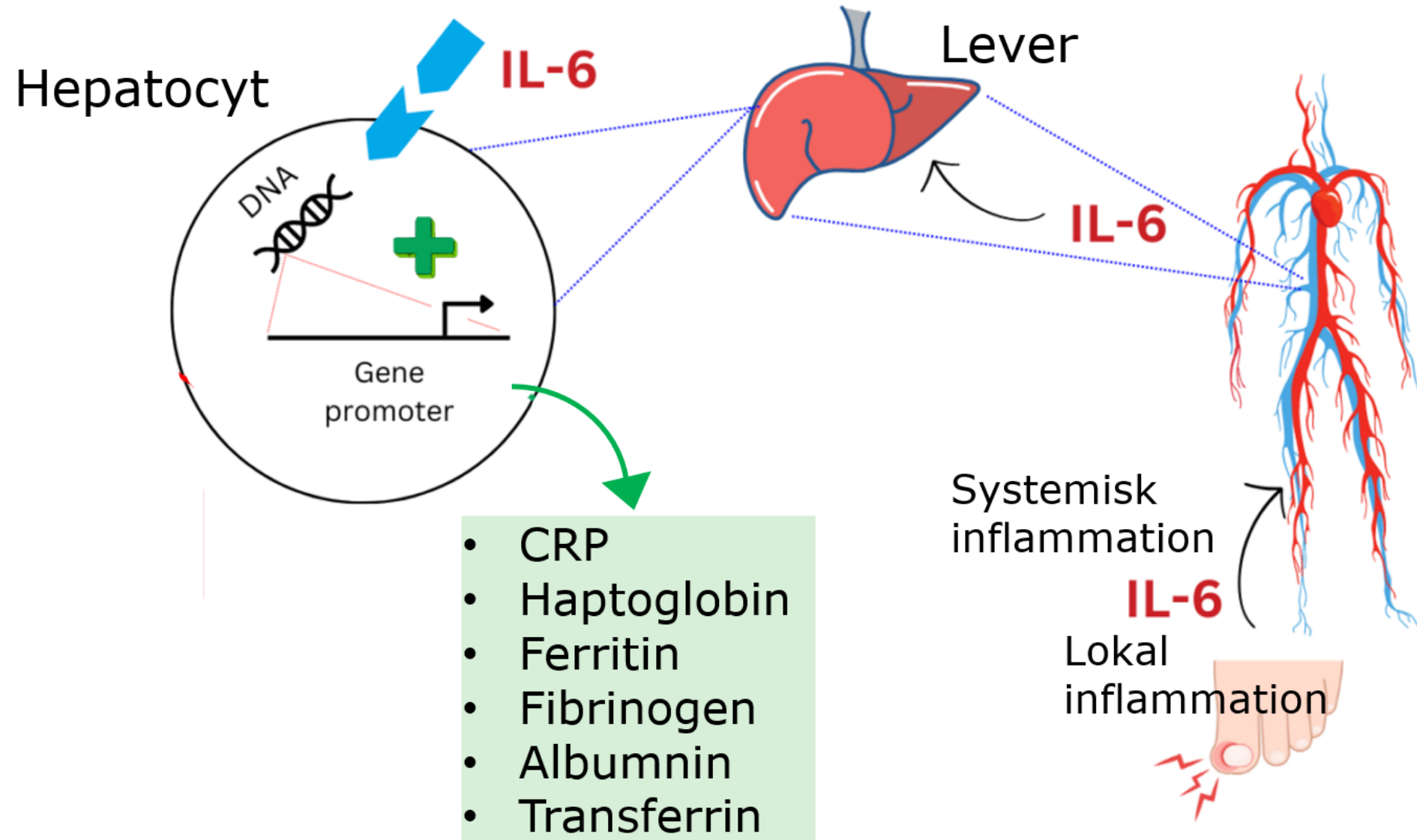
BY WILLIAM S. TILLET, M.D., AND THOMAS FRANCIS, JR., M.D.

(From the Hospital of The Rockefeller Institute for Medical Research)

(Received for publication, June 26, 1930)

It has been shown (1) that pneumococci contain two constituents which are chemically and antigenically distinct. One of these, the type-specific component, is a complex polysaccharide, predominantly present in the capsule of the organism; the other, a substance common to the pneumococcus species, is the so-called nucleoprotein, contained for the most part in the body of the cell. That these two chemically distinct fractions are responsible for the production of two qualitatively different antibodies has been demonstrated (1, 2).

Akutfasreaktion



CRPs roll i immunförsvaret

- Binder in till patogener och aktiverar makrofager
- Aktiverar komplementsystemet (innate immunity)



Makrofag

C-Reactive Protein: A New Rapid Assay for Managing Infectious Disease in Primary Health Care

PER HJORTDAHL¹, SVERRE LANDAAS², PETTER URDAL², MARTIN STEINBAKK³,
PER FUGLERUD⁴ and BAARD NYGAARD⁵

¹Department of General Practice, University of Oslo, Frederik Stangs gate 11-13, Oslo, ²Central Laboratory,
³Microbiological Laboratory, Ullevål University Hospital, Oslo, ⁴Statistical R&D, Nycomed AS, Oslo, ⁵Clinical
Department, Nycomed Pharma AS, Oslo

Hjortdahl P, Landaas S, Urdal P, Steinbakk M, Fuglerud P, Nygaard B. C-reactive protein: A new rapid assay for managing infectious disease in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9: 3-10.

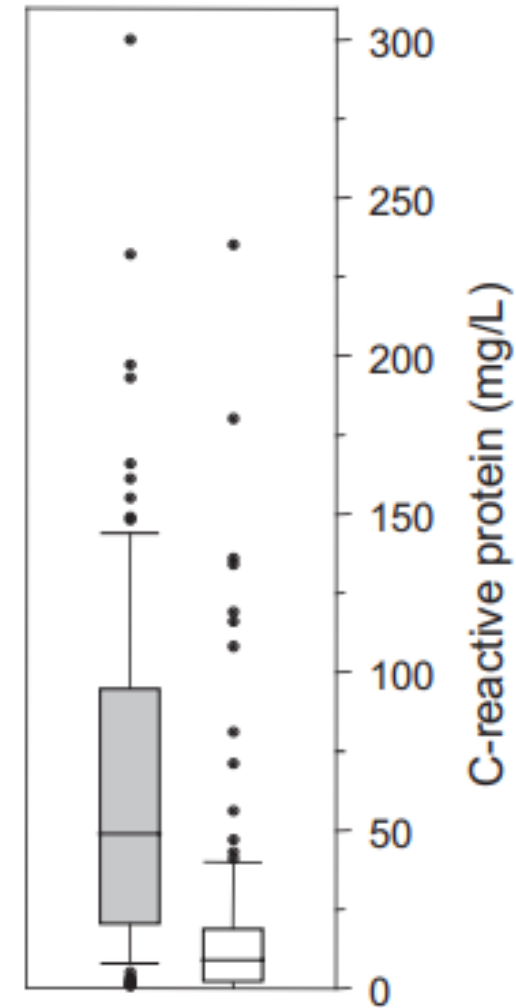
Quantitative C-reactive protein (CRP) measurement has become increasingly valuable as a test for rapid diagnosis of infections in hospital medicine. CRP has not obtained the same importance in primary health care. This has, at least partly, been due to methodological difficulties, with no simple or rapid tests with quantitative results available. A new immunometric semi-quantitative assay, NycoCard™ CRP, has recently been developed.

CRP was analysed at the local health centres by the new assay in 288 consultations where patients came because of infections. Parallel CRP values were obtained by an established reference method. The two procedures had an acceptable correlation ($r = 0.85$). The primary care doctors also registered the clinical information they obtained from each CRP result. CRP was helpful in indicating the presence, or absence of bacterial infection in more than half the

CRP i relation till mikrobiologiskt agens

Ospecifikt

CRP visar överlappande
omfång för olika agens

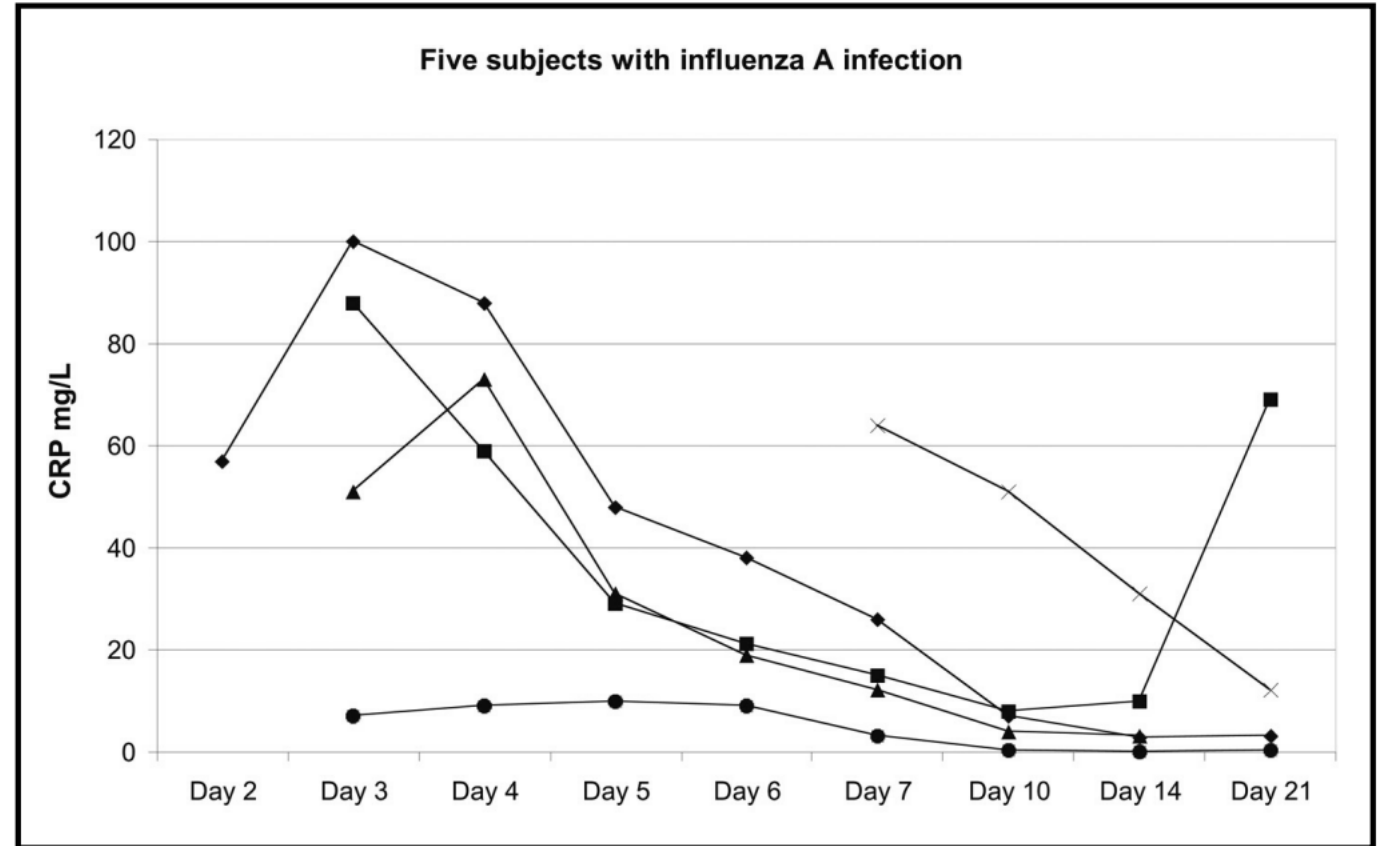


Appenzeller et al. 2002 Serum C-reactive protein
in children with adenovirus infection.

CRPs förlopp

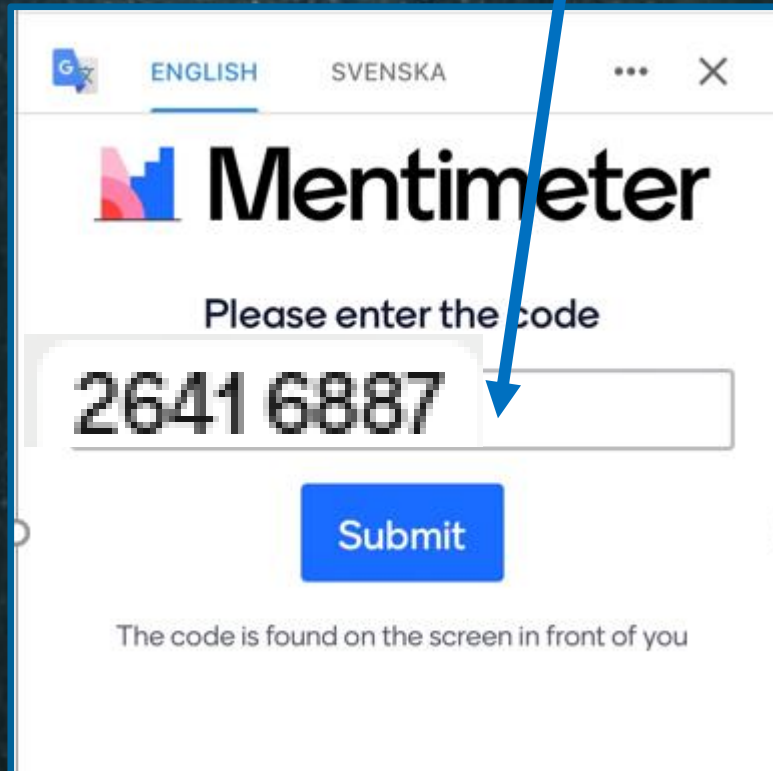
Peak oftast dag 3-4

Normaliseras oftast
efter 7-10 dagar



Melbye et al. 2004. The course of C-reactive protein response in untreated upper respiratory tract infection

menti.com
code: 2641 6887



A screenshot of the Mentimeter website interface. At the top, there are language options: "ENGLISH" and "SVENSKA". The Mentimeter logo is prominently displayed. Below the logo, the text "Please enter the code" is shown. A text input field contains the code "2641 6887". A blue arrow points from the code "2641 6887" in the text above to the input field. Below the input field is a blue "Submit" button. At the bottom, a message states: "The code is found on the screen in front of you".

Bahram 55 år

Knäartros, hypertoni, behandlad med Amlodipin. Kände sig som vanligt imorse men under dagen blivit allt tröttare och mattare. Känner sig riktigt dålig nu kl 15. Temp hemma 39,2°. Lite hosta. Ingen buksmärta, men illamående. Lättare huvudvärk. Har fått i sig vätska men knappt ätit. Hustrun orolig. AT: Trött. Hjärta: Regelbunden rytm, frekv 102. Lungor: Inga fokala biljud, andningsfrekvens 23. Pox 94%. BT: 115/80. CRP 23.

Är det nödvändigt att ta CRP i det här fallet?

1. Ja
2. Nej **Rätt**

Vad gör du?

1. Förskriver PcV
2. Exspektans, information
3. Akutremiss sjukhus **Rätt**



Regnbågshäftet: Tecken på allvarlig infektion

CRP är inte med!
Det tar tid för CRP
att stiga!

Riskvärdering

Riskvärdering av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus, utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis. En uppfylld parameter räcker för riskvärdering till gult ljus respektive rött ljus.

Värdering av risk för allvarlig infektion/sepsis hos patienter utanför sjukhus

FYSIOLOGISKA FUNKTIONER	Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Beteende/ medvetandegrad	Normalt/alert	Anamnes på förändrat beteende	Objektivt förändrat beteende/ ej alert
Andningsfrekvens	12-20 andetag/ min	21-24 andetag/min	≥ 25 andetag/min
Saturation på luft	≥ 96 % (a)	92-95 % (a)	< 92 % (< 88 % vid kronisk obstruktiv lung- sjukdom)
Blodtryck (systoliskt)	> 100 mmHg	91-100 mmHg	≤ 90 mmHg eller > 40 mmHg lägre än patientens normala tryck
Hjärtfrekvens	≤ 90 /min	91-130/min eller nyttillkommen arytmi	> 130/min
Temperatur	≥ 36 °C	< 36 °C	
Urinproduktion		Ej kissat på 12-17 tim	Ej kissat på ≥ 18 tim
Hud		Rodnad Svullnad eller sekretion från operationssår Sårruptur	Cyanos Marmorerad eller blek hud Petekialt utslag
Komorbiditet (a) och riskfaktorer		Allvarlig komorbiditet, Riskfaktor (b)	
Social situation (a)		Avsaknad av säkerhets- nät (c)	

Tecken på allvarlig infektion hos barn

Risikvärdering

Tabellerna nedan visar hur barnet ska bedömas och handläggas utifrån allmäntillstånd, kroppstemperatur, andningsfrekvens och hjärtfrekvens.

Allmäntillstånd

Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Svarar normalt på sociala signaler Lättväckt Alert Nöjd/ler Starkt och normalt skrik eller skriker inte	Svarar inte normalt på sociala signaler Trött, hängig men vaken Nedsatt aktivitetsnivå Väldigt missnöjd	Reagerar inte på undersökningen Vaknar inte eller väcks men somnar igen Allvarligt sjuk enligt föräldrarna eller enligt läkares bedömning/intuition Skriker svagt, gällt eller kontinuerligt, gnyr

Kroppstemperatur

Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Afebril eller feber som inte uppfyller gult eller rött ljus	Spädbarn 3–6 månader med feber $\geq 39,0$ °C Barn med feber i > 5 dagar	Spädbarn < 3 månader med feber $\geq 38,0$ °C Barn i alla åldrar med feber > 41,0 °C (hyperpyrexia) Spädbarn < 1 år med temperatur < 36,0 °C (hypotermi)

Andningsfrekvens

Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Normal andning	Barn < 2 mån med > 60 andetag/min Barn 2–12 mån med > 50 andetag/min Barn 1–2 år med > 40 andetag/min Barn 3–5 år med > 35 andetag/min Barn ≥ 6 år med > 30 andetag/min Takypné kan vara tecken på pneumoni men ses också vid bronkiter och acidosis.	Kvidande eller gnyende andning ("grunting") Takypné > 60 andetag/minut Kraftiga indragningar

Hjärtfrekvens

Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Normal hjärtfrekvens	Barn < 1 år med > 160 hjärtslag/min Barn 1–2 år med > 150 hjärtslag/min Barn 2–5 år med > 140 hjärtslag/min Tillfällig takykardi är vanligt om barnet skriker, har feber eller är oroligt, men ihållande takykardi och infektion kan vara tecken på septisk chock, myokardit, hypovolemi och smärta.	Ihållande takykardi

Annie 47 år

Tidigare väs frisk. Insjuknade under sportlovet förra veckan. Fjärde dagen idag med hög feber, ca 39° idag, första dagen 39,9°. Torrhosta och huvudvärk. Inga andningsbesvär. Allmänt ont i kroppen. Matt och orkeslös. Får i sig vätska. Igår fick även hustrun liknande symtom.

AT: Trött och lite blek, men väs opåverkad. Ingen dyspné. Hjärta: RR, frekv 88. Lungor: Slembiljud bilat, flyttar sig vid hostning. Inga fokala biljud. AF 20. Pox 96%. BT 125/75. CRP: 91

Vad gör du?

1. Bedömer det som en pneumoni, förskriver PcV
2. Exspektans, information **Rätt**
3. Recept på PcV i reserv



Morgan 62 år

- Tidigare väs frisk, röker inte.
- Snuva och hosta för 1 v sen, bättre efter 3-4 d
- Igår kväll hastigt åter sämre, hosta, slem
- Sovit dåligt då han varit tvungen att sitta upp för att kunna andas ordentligt
- Trött



Morgan 62 år status

- AT: Trött och hostig. Temp 38,5°
- Hjärta: Regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 96.
- Lungor: Svårt att lyssna då han hostar. Slembiljud bilat, kanske nedsatt andningsljud nedtill hö lungfält
- Andningsfrekvens 22
- BT 145/90
- Pox 94%



Morgan 62 år status

- AT: Trött och hostig. Temp 38,5°
- Hjärta: Regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 96.
- Lungor: Svårt att lyssna då han hostar. Slembiljud bilat, kanske nedsatt andningsljud nedtill hö lungfält
- Andningsfrekvens 22
- BT 145/90
- Pox 94%

Tar du CRP nu?

- 1.Ja, ur diagnostisk synvinkel
- 2.Nej, det behövs inte för diagnos
- 3.Ja, för att kunna följa förloppet

CRP i Regnbågshäftet

CRP är inte nödvändigt vid en kliniskt klar pneumoni, men kan vara av värde för att ***följa förloppet***



Gustav 24 år

- Insjuknade för 10 d sedan med torrhosta, heshet, huvudvärk.
- Hostan har tilltagit. Trött eftersom hostan stör nattsömnen.
- Temp kring 37,5°.
- Inga andningsbesvär, inga andningskorrelerade smärtor i bröstkorgen
- Allmäntillstånd gott.
- Frisk för övrigt, röker ej
- Hjärtfrekvens 86, BT 122/78
- Lungor u.a. AF 16, pox 97%

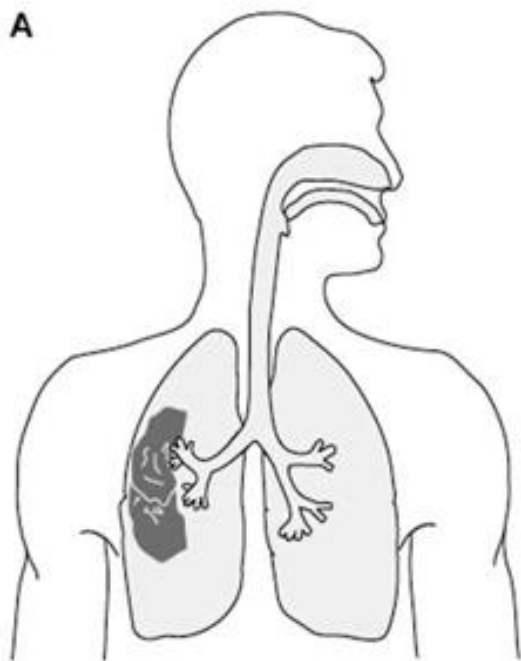
Maja 22 år

- Tilltagande torrhosta sen en vecka.
- Sista tre dagarna feber upp till 38,7°
- Nu intensiv hosta, trött, huvudvärk
- Upplever tungandning, inga andningskorrelerade smärtor i bröstkorgen
- Frisk för övrigt, röker ej
- Trött men inte direkt allmänpåverkad
- Hjärtfrekvens 90, Lungor väs u.a. BT 118/76, AF 23, pox 95%
- CRP 40

Vad gör du?

1. CRP är inte högt. Exspektans.
2. Förskriver doxycyklin **Rätt**
3. Förskriver PcV

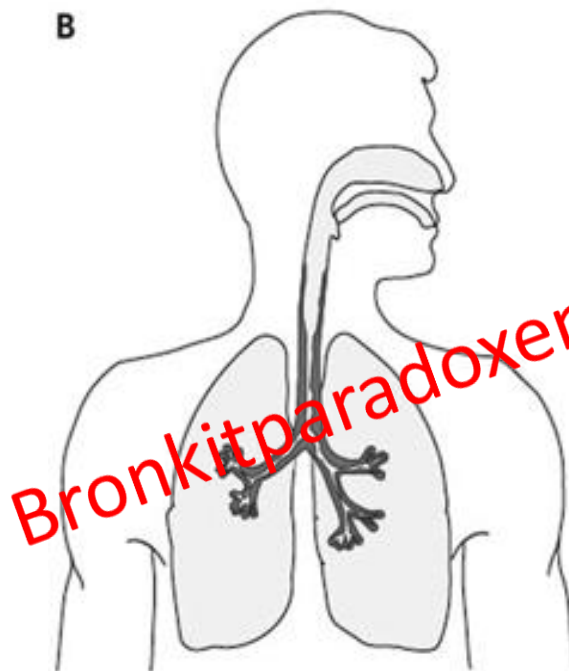
Vad orsakar nedre luftvägsinfektion?



Pneumoni

Påverkad patient med takypné och/eller takykardi
feber, hosta, dyspné, nyttillkommen uttalad trötthet,
andningskorrelerad bröstsmärta

Pneumokocker
Hemofilus
Mykoplasma
Moraxella
Virus



Akut bronkit

Opåverkad patient, hosta (ofta lång-
dragen), kan ha färgade upphostningar,
kan vara lätt obstruktiv

CRP i Regnbågshäftet

Oklar nedre luftvägsinfektion (NLI)
+ CRP > 100 mg/L :

överbäg antibiotika



CRP i Regnbågshäftet

Oklar NLI > 1 vecka
+ CRP > 50 mg/L:

överbäg antibiotika

Akut bronkit: CRP behövs inte



Malte 18 år

Påtagligt ont i halsen sedan 3 dagar, temp 38,7° idag. Ingen snuva eller hosta. Får i sig att dricka men behöver ta analgetika för att få i sig mat. Ingen i omgivningen med liknande besvär.

Status: Opåverkad, rodnade tonsiller med beläggningar, inga palpabla lymfkörtlar. Hjärta u.a. frekv 80 Lungor u.a. Blodtryck 118/76.

Prover är redan tagna: Strep A negativ och CRP 87.

Vad gör du?

1. Förskriver PcV
2. Exspektans, information
3. Beställer utvidgad svalgodling
4. Förskriver klindamycin



CRP i Regnbågshäftet

Okomplicerad akut faryngotonsillit:

CRP bör undvikas eftersom även virusorsakad halsinfektion kan ge förhöjda värden



Elsa 2 år

Förkyld med snuva och hosta 5-6 dagar

Sen igår kväll hög feber 39,9°

Svarat dåligt på febernedsättande

Grinig, vill inte leka, bara sitta i någon förälders knä

Gul, tjock snuva

Rodnat och svullet kring höger öga

Trött och hängig, men vaken

CRP 14 (redan taget)

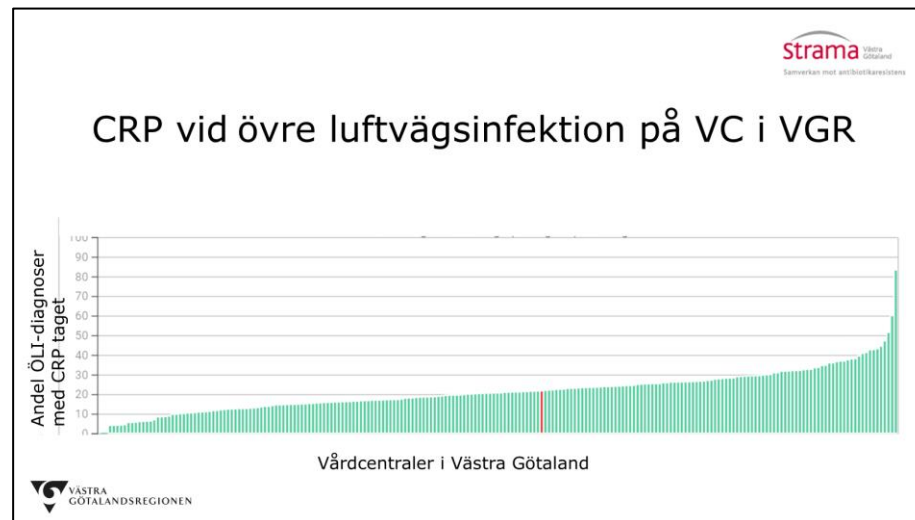
Vad gör du?

1. Lågt CRP. Exspektans, får gå hem med råd

2. Jag har redan förskrivit PcV

3. Jag har redan remitterat till ÖNH-klinik **Rätt**

Ta CRP? Tänk efter först!



Ett lab-test är hjälpsamt om resultatet påverkar
handläggningen av patienten

Vad är frågan som detta CRP kan ge svar på?

Ta CRP? Tänk efter först!

Klinisk bedömning före provtagning!

CRP visar överlappande omfång för olika agens

Ställ värdet i relation till tiden!

Även vid allvarliga infektioner kan det ta 1(-2) dygn innan CRP stiger