

Läkemedelsbehandling covid-19 och influensa

Maria Furberg, medicinsk utredare VoA stab

Distriktsläkare, infektionsläkare

Doktor i epidemiologi och folkhälsa

Inför luftvägsinfektionssäsongen

- Undersök vaccinationsstatus för de boende
 - Influensa och covid-19? **Gratis till riskgrupper.**
 - Pneumokocker? **Gratis till riskgrupper: >75 år samt alla över 65 år i riskgrupp**
 - Riskpatient (riskgrupper typ samma som influensa och covid)
 - ✓ ge Pneumovax (polysackaridvaccin), ny dos om 5 år gått sen sist
 - MKT HÖG RISK (aspleni, tx, cytbeh, predn >15 mg/d, kraftig immunsuppression)
 - ✓ Ge Prevenar (konjugatvaccin) och pneumovax 2 mån senare. Revaccinera när 5 år gått efter pneumovax.
 - RS-vaccin (Abrysvo, Arexvy eller mResvia), engångsdos på 0.5ml im. **Ej gratis i AC län.**

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer

- Kunskapsstöd till sjukvården för rationell läkemedelsbehandling
- Tas fram i konsensus av en expertgrupp
- Baseras på vetenskaplig evidens, godkänd produktinformation, säkerhetsuppföljningar och samlad beprövad klinisk erfarenhet
- Anpassas till svenska förhållanden
- Har ej i uppdrag att beakta smittskyddsaspekter

Läs mer på [Om rekommendationerna | Läkemedelsverket \(lakemedelsverket.se\)](https://lakemedelsverket.se)



Nu endast html-format

Influensa och covid-19

- Riskgrupperna väldigt likartade, störst risk i SÄBO-populationen med sjuka och sköra patienter.
- **VACCINATION VIKTIGASTE ÅTGÄRDEN**
- Båda tillstånden leder ofta till sjukhusvård.
 - 2024/2025: 4000 influensa, ca 12 000 covid
- Dödligheten något högre för covid-19 än influensa
 - Avlidna 2024/2025: 460 influensa, 604 covid
- Antiviral behandling måste in tidigt => bördan landar på primärvården
- Diagnos får vårdhygieniska konsekvenser



Är influensa-antiviraler effektiva eller ej?

- Kom 2002, beredskapslagrades efter A(H1N1)-pandemin
- Cochrane-analys 2014
 - ifrågasatte både effekt och säkerhet
- ECDC expert opinion om neuraminidashämmare 2017
 - kom till en annan slutsats
- Idag råder hyfsad konsensus om effekten av antiviraler
- Hårda mortalitetsdata saknas helt
 - Sannolikt betydligt sämre effekt än vaccinering
– men inga studier head-to-head



Influensarekommendationerna i korthet

- Testa indexfall på SÄBO, epidemiologi stöd sen
- Diagnostik utförs med PCR (pos test säkert)
- Behandling enkel och billig, få biverkningar
- Antiviraler in tidigt > 72 timmar, helst första dygnet
 - (ingen evidens för effekt efter 48 timmar...)
- Dosreducera vid nedsatt njurfunktion
- Kortikosteroider inte inducerade vid influensa
- Postexpositionsprofylax mycket effektivt



Tre aktuella läkemedel

Oseltamivir

neurmanindashämmare - NAI
Tablett
75 mg x 2 i 5 dar

zanamivir

NAI.
nässpray och IV
10 mg x 2 i 5 dar

baloxavir

Tablett. Cap-beroende
endonukleashämmare
40-80 mg engångsdos
EJ INOM FÖRMÅN

likvärdig
effekt, skild
dosering

hittills främst
använda i
slutenvård



Vilka rekommenderas behandling vid influensa?

Rekommenderas oavsett vaccinationsstatus till

- barn och vuxna i medicinsk riskgrupp som insjuknar i influensa
- personer med influensa som kräver sjukhusvård
- kraftigt allmänpåverkade individer med influensa

Överväg behandling till

- personer som insjuknar i influensasymtom under pågående slutenvård eller omsorg
- personer i nära kontakt (exempelvis hushållskontakter) med personer i medicinsk riskgrupp

Pat /anhöriga som vägrat vaccin?

- Ta ställning och stäm av i förväg rörande behandling
- Influensa acceptabel dödsorsak?

Covid-19 rekommendation - evidensunderlag

- Huvudsakligen observationsstudier utförda under omikron
- Studier utförda i population med hög immunitet prioriterade
- RCT huvudsakligen från före omikron med annat immunitetsläge
- Viss extrapolering - ffa behandlingssduration och immunmodulerande terapi
- Omfattande empirisk kunskap från under och efter pandemin

Riskgrupper för svår covid-infektion i population med hög immunitet

- Hög ålder oberoende riskfaktor oaktat andra faktorer
- Svåra och/eller multipla komorbiditeter och tillstånd, exempelvis:
 - Kronisk hjärt- eller lungsjukdom
 - Grav obesitas (BMI>40)
 - Lever- eller njursvikt
 - Dåligt reglerad diabetes
 - Psykiatrisk eller neurologisk sjukdom med betydande funktionshinder
- Betydande immunsuppression pga. sjukdom eller behandling

Svensk riskprofil för sjukhusvård och död

- Retrospektiva studier (nationell resp. regional) i svensk population med hög immunitet under omikronperiod:
 - Störst risk hamna på sjukhus/avlida av covid-19 hos äldre individer ≥ 80 år
 - Efter hög ålder var svår och/eller multipel komorbiditet viktigast för *sjukhusvård*
 - Vårdberoende (i hemmet eller stödboende) medförde näst störst risk att *avlida* i covid-19
 - En annan journalgranskningsstudie av sjukhusvårdade med covid-19 som huvuddiagnos visade att det i hög utsträckning rörde sig om äldre individer med låg funktionsnivå och multipla komorbiditeter

Marking et al 2025: Risk factors for hospitalisation and death due to COVID-19 during endemic Omicron circulation, a population-based cohort study

Spreco et al 2025: 60-day mortality and the role of SARS-CoV-2 in hospital admissions of immunocompromised patients during later Omicron period: a population-based study in Sweden.

Stöd för tidig antiviral behandling av covid-19

- Många stora observationsstudier, en del med matchad kontrollgrupp
- Risk för svår sjukdom lägre för behandlade, minskningen varierar, NNT likaså
- Absoluta risken är låg
- Behandlingsvinst av äldre multisjuka har setts för alla över 65 års ålder
- Flera studier visar behandlingseffekt oavsett vaccinationsstatus
- Finns även studier där ingen behandlingseffekt ses (rör oftast risk att avlida)

Diagnostik



Endast om utfallet påverkar beslut om behandling eller vårdhygienisk åtgärd



PCR mest tillförlitligt - kan utesluta infektion och ge differentialdiagnostik



PCR rekommenderas därför inom vård- och omsorg



Antigentester hög specificitet men kan inte utesluta infektion – kan användas i hemmiljö för beslut om tidig behandling

Smittsamhet och vårdhygien

- Smittsamheten störst dagarna kring symtomdebut och några dagar framåt
- Sjunger snabbt vid symtomregress
- Icke immunsupprimerade patienter bedöms smittfria vid:
 - fem dagar sedan symtomdebut
 - feberfrihet i minst 24 timmar
 - klinisk förbättring.
- Hos kraftigt immunsupprimerade eller kritiskt sjuka patienter måste en individuell bedömning av smittsamheten göras, Ct-värde kan ibland ge stöd.

Behandling av mild till måttlig covid-19 (utan syrgasbehov)

- Antiviral behandling som ges i tidigt skede, effekten är likartad
 - PO **nirmatrelvir/ritonavir** < 5 dagar från symtomdebut, i 5 dagar
 - IV **remdesivir** < 7 dagar, i 3 dagar
- Beakta interaktioner med nirmatrelvir/ritonavir - läkemedel kan behöva sättas ut
- Optimera underliggande sjukdomar (astma, kol, diabetes, hjärtsvikt)

Äldre multisjuka och SÄBO-patienter



- Allra högst risk för svår covid-19
- Komorbiditeter och omfattande medicinering vanligt
- Många har låg funktionsnivå och är uttalat sköra
- God kännedom om individen är centralt i bedömning av risk och nytta

Behandling med nirmatrelvir/ritonavir förutsätter:

- Noggrann genomgång av läkemedelslistan
- Ev tillfällig utsättning och återinsättning senare
- Dosdispenserade läkemedel utgör en särskild risk

Svår covid-19, behandling på sjukhus

- Ge antiviral behandling med **remdesivir** i första hand om virusreplikation bedöms föreligga
- Ge sjukhusvårdade för covid-19 trombosprofylax med **låg molekyllärt heparin** i sedvanlig dos (4500-5000 IE LMHP)
- Patienter som sedan tidigare står på **NOAK** kan **fortsätta** med detta
- Vid desaturering (SpO₂ <93%) ges **syrgas** på gramma
- Vid ökande syrgasbehov överväg nasal **höglödesgramma**

Immunmodulerande behandling vid svår covid-19

Patient med stigande syrgasbehov och tecken på systeminflammation:

- Ge **perorala kortikosteroider** i dosen 6 mg dagligen i upp till 10 dagar (dexametason) alt. (betametason, off-label)
- Överväg respiratorbehandling vid höga syrgasnivåer i **HFNO**, **beredskap för mycket snabb försämring**
- Överväg **tillägg av IL6-hämmare (tocilizumab) eller JAK-hämmare (baricitinib, off-label)** vid otillräcklig effekt av kortikosteroider.

Därför avstod Läkemedelsverket att ge en rekommendation

- Den hälsoekonomiska nyttan är inte klarlagd
- Behandling kräver diagnostik vid förkylningssymtom
- Omfattande, potentiellt allvarliga, interaktioner med andra läkemedel
- Genomgång av läkemedelslista, ev. utsättning och återinsättning, nödvändig
- Primärvården saknar personella och ekonomiska resurser att diagnosticera, bedöma och säkert behandla alla i riskgrupp
- Samtliga riskgrupper omfattar ca 1 miljon människor i Sverige
- Myndighetens ansvar att inte komma med ogenomförbara rekommendationer

Hur ska JAG man ska göra då, i praktiken?

- Vaccinera upp dina boenden, patienter OCH personal.
- Aktivt beh-beslut viktigt, helst i förväg och i samråd med pt och anhöriga
- Oseltamivir vid influensa, ja det tycker jag.
- Oseltamivirprofylax av exponerade, god investering, ta stöd av vårdhygien
- Paxlovid vid covid-19, mycket tveksamt enligt min åsikt.
 - Evidensen ganska entydig men av låg kvalitet
 - Empirin säger att covid idag är ett mindre problem än influensa...
 - Endast om korrekt bedömning och hantering av läkemedelslistan kan säkerställas
 - Hög kostnad

Frågor?

