

Riktlinjer för antiviral behandling av covid-19.

Behandlingsrekommendation för covid-19 har tagits fram av Läkemedelsverkets expertgrupp under perioden hösten 2024 till våren 2025, och publicerades den 12 juni 2025 ([Covid-19 – behandlingsrekommendation | Läkemedelsverket](#)).

Expertgruppen inkluderade läkare från flera specialiteter samt experter från Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, smittskyddet och en representant från patientorganisationen -Covidföreningen. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation redovisar det vetenskapliga underlaget för nyttan av tidig antiviral behandling vid covid-19, men ger inte specifika riktlinjer om vilka individer inom riskgrupperna som bör behandlas.

Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) samt ett antal experter inom området^a bedömer att det finns tillräckligt underlag för att även ge vägledning om användning av antivirala läkemedel i klinisk praxis för tidig behandling av covid-19. Med begreppet tidig antiviral behandling menas behandling som ges tidigt i sjukdomsförloppet för att förhindra progress till svår infektion, undvika sjukhusvård och död. Denna rekommendation bör ses som ett komplement till Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation där relevant bakgrundsinformation, inkl referenser, återfinns.

De preparat som bör användas för antiviral behandling av covid-19 är nirmatrelvir/ritonavir och remdesivir.

Nirmatrelvir/ritonavir

Nirmatrelvir/ritonavir är godkänt för tidig behandling till vuxna patienter med risk att utveckla svår covid-19. Indikation för barn saknas. Behandlingen bör påbörjas inom fem dagar från symtomdebut. Nirmatrelvir hämmar SARS-CoV-2 3CL-proteas och det ges tillsammans med ritonavir för att förbättra effekten av nirmatrelvir. Nirmatrelvir ges peroralt tillsammans med ritonavir två gånger dagligen i fem dagar. Nirmatrelvir/ritonavir ska dosjusteras vid måttlig eller gravt nedsatt njurfunktion (inklusive hos patienter i hemodialys), men bör inte användas vid gravt nedsatt leverfunktion.

Det är viktigt att beakta interaktionsrisken då ritonavir interagerar med många läkemedel som metaboliseras via CYP3A4 och där vissa interaktioner kan medföra allvarliga eller livshotande reaktioner. Se relevant bakgrundsdokumentation.

Remdesivir

Remdesivir som behandling vid svår covid-19 är godkänt för vuxna och barn som är minst fyra veckor gamla och väger minst tre kilo. Remdesivir bör också övervägas som tidig behandling (inom sju dagar från symtomdebut) av patienter (vikt från 40 kg) med mild till måttlig covid-19 med risk att utveckla svår sjukdom, och där behandling med nirmatrelvir/ritonavir är olämplig.

Remdesivir är en nukleotidanalogue som hämmar RNA-beroende RNA-polymeras i ett brett spektrum av RNA-virus, inklusive SARS-CoV-2. Effekten av remdesivir har i randomiserade studier visats vara god vid behandling tidigt i förloppet hos patienter med ökad risk för svår covid-19. Vid behandling av sjukhusvårdade patienter med måttlig till svår covid-19 medför behandling snabbare klinisk förbättring och kortare återhämtning, liksom minskat behov av både non-invasiv och invasiv ventilation.

Remdesivir ges intravenöst i form av en laddningsdos dag ett och en underhållsdos följande dagar. Patienter utan syrgasbehov som löper ökad risk att utveckla svår covid-19 behandlas i tre dagar medan patienter med lunginflammation och syrgasbehov behandlas i minst fem dagar. Vid immunsuppression förlängs behandlingen vanligen till tio dagar. Remdesivir kan även ges till patienter med nedsatt njurfunktion och vid dialys. Patienter med gravt nedsatt njurfunktion bör dock övervakas noga avseende biverkningar.

Behandlingsbeslut vid mild-måttlig covid-19 (definitioner av sjukdomsgrad återfinns i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation) bör baseras på en individuell riskbedömning för progression till allvarig sjukdom **enligt Tabell 1**. Vid immunsuppression vägs graden av immunsuppression samman med övriga viktiga riskfaktorer. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att behandling har bäst effekt hos patienter som saknar antikroppar mot SARS-CoV-2. Det är numera ovanligt att patienter i Sverige inte är vaccinerade eller inte har genomgått covid-19 tidigare. Om sådana patienter ändå påträffas är indikationen för antiviral behandling betydligt starkare och bör omfatta alla äldre patienter samt yngre med betydande komorbiditeter. Vid svår covid-19 som orsakar inläggning på sjukhus, och där virusreplikation fortsatt bedöms föreligga rekommenderas antiviral behandling, även om det vetenskapliga stödet för behandling i sent skede är svagt.

Tabell 1: Tidig antiviral behandling vid mild-måttlig covid-19.

Komorbiditet	<65 år	65–79 år	≥80 år	Kommentar
<i>Ingen risk eller samsjuklighet med låg risk</i>	Antiviral behandling rekommenderas ej (IB)	Antiviral behandling rekommenderas ej (IB)	Antiviral behandling bör övervägas (IB)	Hög ålder är en oberoende riskfaktor där risken ökar för varje år och är särskilt hög för de allra äldsta.
<i>Samsjuklighet med hög risk*</i>	Antiviral behandling rekommenderas ej (IIaB)	Antiviral behandling bör övervägas (IIaB)	Antiviral behandling bör övervägas (IIaB)	Multipla komorbiditeter stärker indikation för behandling. Se riskfaktorer för svår sjukdom och död*.
<i>Uttalad immunsuppression**</i>	Antiviral behandling bör övervägas (IIaB)	Antiviral behandling ska övervägas (IIaB)	Antiviral behandling rekommenderas (IB)	Multipla komorbiditeter stärker indikation för behandling. Se riskfaktorer för svår sjukdom och död*.

*De tre främsta riskfaktorerna för covid-19-relaterad svår sjukdom och död är:

- hög ålder
- svår och/eller multipla komorbiditeter
- uttalad immunsuppression till följd av sjukdom eller behandling.

Svåra komorbiditeter inkluderar:

- grav obesitas (grad 3, BMI >40)
- kronisk lungsjukdom
- kronisk hjärtsjukdom
- kronisk njursjukdom
- allvarlig leversjukdom
- dåligt reglerad diabetes
- psykiatrisk eller neurologisk sjukdom med betydande funktionshinder exempelvis till följd av multipel skleros, demens- eller psykossjukdom
- cancersjukdomar under behandling
- trisomi 21 (Downs syndrom).

**Uttalad immunsuppression bedöms föreligga vid följande tillstånd:

- Organtransplantation: Högst risk tidigt (<6 månader) efter organtransplantation, vid hög ålder samt vid rejektionsbehandling.
- Allogen stamcellstransplantation: Högst risk första åren efter transplantation samt vid graft-versus-host-sjukdom.
- Aktiv hematologisk malignitet med pågående eller nyligen genomgången behandling.
- Svår primär immunbrist.

^ Expertgruppens medlemmar:

Emmi Andersson

Överläkare, utredare, specialist i infektionssjukdomar och klinisk bakteriologi och virologi, med.dr, Folkhälsomyndigheten, Solna

Ola Blennow

Överläkare, specialist i infektionssjukdomar, docent, Karolinska Universitetssjukhuset och Capio S:t Görans Sjukhus, Stockholm

Carl-Johan Fraenkel

Överläkare, specialist i infektionssjukdomar och vårdhygien, docent, Skånes universitetssjukhus, Lund

Magnus Gisslén

Överläkare, statsepidemiolog, specialist i infektionssjukdomar, professor, Folkhälsomyndigheten och Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Margareta Holmström

Överläkare, specialist i internmedicin, hematologi samt koagulations- och blödningssjukdomar, bitr. professor, Universitetssjukhuset i Linköping och Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Joachim Luthander

Överläkare, specialist i barn- och ungdomsmedicin, med.dr, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Fredrik Månsson

Överläkare, specialist i infektionssjukdomar, med.dr, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Katarina Niward

Överläkare, specialist i internmedicin och infektionssjukdomar, adjungerad universitetslektor, Region Östergötland och Universitetssjukhuset i Linköping

Piotr Nowak

Överläkare, specialist i infektionssjukdomar, adjungerad lektor, Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet, Stockholm

Kristina Seling

Ordförande läkemedelskommittén, distriktsläkare med inriktning SÄBO och hemsjukvård, specialist i allmänmedicin, Läkemedelsenheten Region Jämtland Härjedalen och Strömsund hälsocentral

Åsa Sjödin Leufvén

Biträdande smittskyddsläkare, specialist i allmänmedicin, Smittskydd Stockholm

Benedikt Strunz

ST-läkare i klinisk mikrobiologi, med.dr, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Ann Lindqvist Åstot

Överläkare, specialist i geriatrik, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Rekommendationsklass och definition¹

Klass I: Vetenskaplig evidens för och/eller allmän konsensus angående nytta, lämpligheten och effektiviteten av given behandling eller procedur.

Klass II: Motsägande vetenskaplig evidens och/eller delad opinion angående nytta/effektiviteten med given behandling eller procedur.

Klass IIa: Vetenskaplig evidens/opinion talar mer till fördel av nytta/effektivitet.

Klass IIb: Nyttan/effektiviteten är mindre väl förankrad i vetenskaplig evidens/opinion.

Klass III: Vetenskaplig evidens eller allmän konsensus att given behandling eller procedur inte är till nytta/effektiv, och i vissa fall kan vara till skada.

Evidensnivå

Evidensnivå A: Data från flera randomiserade kliniska studier eller metaanalyser.

Evidensnivå B: Data från en randomiserad klinisk studie eller stora icke-randomiserade studier.

Evidensnivå C: Konsensus bland experter och eller små studier, retrospektiva studier, registerdata.

¹Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. Recommendations for Guidelines Production. France: European Society of Cardiology; 2010. Available from: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/ESC%20Guidelines%20for%20Guidelines%20Update%202010.pdf>.