

Covid-19 behandling i hemsjukvård och SÄBO/VOBO

Upprättat av Ulrika Josefsson 200505 i samarbete med PerOla Sundin, Närsjukvårdsteamet, därefter reviderat x flera i Närsjukvårdsteamet. Efter dec-22 reviderat av Ulrika Josefsson i samarbete med Björn Strandell, Skebäcks VC. Tack till Dag Salaj för Paxlovid-tabellen.

Innehållsförteckning

1	Vårdnivå	1
2	Läkare	2
2.1	Undersökning och provtagning	2
2.2	Genomgång av läkemedel	3
2.3	Syresättning	3
2.4	Trombosrisk	3
2.5	Sekundärinfektion	4
2.6	Övrig information och behandling	4
2.6.1	Nirmatrelvir + ritanovir (Paxlovid)	5
	Rekvisition/Recept	6
3	Nutrition och vätskeintag	7
4	Smittfrihet efter Covid-19-infektion	7
5	Smittskyddsanmälan	8
6	Referenser	8

1 Vårdnivå

Beslut om inläggning fattas utifrån en samlad bedömning av patienten med värdering av riskfaktorer och klinisk bild. **Sjukhusvård oftast motiverat om något av nedanstående uppfylls:**

- Påverkat allmäntillstånd
- SaO₂ < 93 – 94 %, hos lungsjuk < 88 %
- Andningsfrekvens > 24 vid upprepad mätning eller nyttillkommen vilo-/ansträngningsdyspné
- Andra sviktande organsystem, till exempel cirkulatorisk instabilitet, akut njursvikt eller tillkomst av konfusion

Vid behov av inläggning

Skicka patienten till akutmottagningen vid behov av inläggning.

Det är värdefullt om man hos den äldre patienten > 65 år gjort en bedömning av skörhet enligt **Clinical Frailty Scale (CFS)**. Tillsammans med identifierad samsjuklighet och ett samtal med patienten och anhöriga underlättar det ett väl underbyggt beslut om lämplig vårdnivå vid eventuell försämring. Betänk smittrisen om **HLR** bedöms vara aktuellt. Enligt [riktlinje från Svenska HLR-rådet](#) kan ventilation av patienten ske om det utföres med mask och andningsballong om personal bär

andningsskydd FFP3, detta finns dock ofta inte i hemsjukvården utan där utförs initialt enbart bröstkompressioner och eventuell defibrillering. Ventilation av patienten ska inte utföras via mun-mot-mun eller via pocketmask.

Vid vård av patient inom all kommunal vård och omsorg används numera alltid andningsskydden FFP2 eller FFP3 då ventilationen på SÄBO och i det egna hemmet ofta är sämre än på sjukhus. Vid situationer när man arbetar nära patienten bör även visir användas för personalskydd. Se även vårdhygiens riktlinje [Luftvägsvirus kommunal vård, vårdhygienisk riktlinje](#) och vid behov av hembesök [vårdhygieniska riktlinjer vid hembesök av läkare hos vårdtagare med misstänkt eller konstaterat fall av covid-19](#).

Kontrollera allmäntillstånd, temperatur, andningsfrekvens (AF), saturation med pulsoximeter (SaO2) i vila och efter gång inomhus/ansträngning, puls och blodtryck vid insjuknandet och därefter vid försämring. Sköterska genomför tillsammans med distriktsläkare bedömning enligt CFS som stöd för fortsatt bedömning av vårdnivå. [Clinical frailty scale på svenska \(janusinfo.se\)](#)

Vid omikronvarianterna ses oftare övre luftvägssymtom och halsont medan symtom från nedre luftvägar och lukt-och smakpåverkan är ovanligare, men vid begynnande allvarligare sjukdom ses liksom tidigare ökande andningsbesvär och dyspné från ca dag 7-10. Risken för utveckling av svår sjukdom hos ovaccinerade har visats vara lika hög vid infektion med omikronvarianter som den ursprungliga Wuhanvarianten.

Andra sjukdomsveckan risk för försämring med försämrade syresättning. Sannolikheten för behov av inläggande vård ökar vid symtomduration > 5 dygn. Kontrollera ny andningsfrekvens och SaO2 i vila och efter ansträngning efter 5 respektive 7 – 8 dagar om patienten inte redan är tydligt bättre. Koppla tidigt in sjukgymnast för **andningsträning och eventuell PEP-pipa**. Motverkar atelektasbildning och försämring. Frekventa lägesändringar bra om det är möjligt utföra för patienten, inklusive sittande/halvsittande och sidolägen. PEP-pipan främst efter det mest akuta skedet. Undvik gärna att stå mitt framför smittsam patient som blåser PEP-pipa.

Följ **vätskelista**. Om patienten dricker < 1000 ml/dygn eller har flera kräkningar/diarréer insätt efter kontakt med distriktsläkare stöddropp om patienten fortsatt kan vårdas i sitt hem/boende. I första hand ges Ringer-Acetat. Diskutera eventuell tillfällig utsättning av läkemedel så som ACE-hämmare, AII-blockerare, diuretika, Metformin och SGLT2-hämmare.

Informera personal inom hemvården/aktuell avdelning på VoBo: kontroll av temperatur dagligen som rapporteras till sjuksköterska. Rapportera till sjuksköterska om patienten verkar försämrade, till exempel nytillkommen förvirring, blåaktiga läppar, andningsbesvär (till exempel svårt att avsluta meningar) eller smärta/tryck i bröstet. Påminna patienten om att dricka peroral vätska vid varje kontakt med patienten. Fylla i vätskelista som rapporteras till sjuksköterska.

Bra om det går att begränsa antalet personal som har kontakt med patienten.

2 Läkare

2.1 Undersökning och provtagning

Status vid **hembesök**: Allmäntillstånd, temperatur, andningsfrekvens, saturation i vila och efter ansträngning, blodtryck, puls, hjärta/lungor, buk, underben (DVT-tecken?).

Provtagning lab: Eventuellt CRP. För mer påverkade patienter kan man även överväga provtagning av Hb, LPK med diff, TPK, Na, kalium, krea, D-dimer, LD, PK, APTT, ferritin. D-dimer > 3 mg/l används ibland som inläggningsindikation. Lymfopeni är vanligt. Dock om denna utvidgade provtagning är aktuellt är det vanligen aktuellt med inläggande sjukhusvård.

2.2 Genomgång av läkemedel

Många får hypotoni till följd av Covid-19-infektionen och en del även intorkning på grund av lågt intag av dryck, feber och eventuell diarré – ta ställning till eventuell tillfällig utsättning eller dosminskning av **blodtryckssänkande läkemedel** (ACE-hämmare/AII-blockerare, andra antihypertensiva, diuretika och Spironolakton). NSAID och COX2-hämmare ska undvikas.

Metformin utsättes vid diarré eller annan risk för intorkning samt vid konstaterad negativ påverkan på njurfunktionen.

SGLT2i-behandlade patienter har större risk för normoglykemisk ketoacidosis vid infektion. Generella internationella råd är att utsätta dessa vid måttlig – svår Covid-19. Farmakologiska effekterna av SGLT2i-behandlingen kan finnas under flera halveringstider och därav kan då glykosuri och ketonemi kvarstå upp till 9 – 10 dagar. Allmänt så föranleder det ofta reducerade orala intaget vid Covid-19 och risken för hyperglykemi vid infektioner, med eller utan tidigare känd diabetes, att man särskilt behöver uppmärksamma och justera patientens diabetesbehandling. Sannolikt har Covid-19 en ytterligare diabetogen effekt än den risk för hyperglykemi som förklaras av den stressrespons som ses allmänt vid svåra infektioner. Ketonemi även vid välkontrollerad diabetes har också observerats vid Covid-19.

Patienter som behandlas med **kortison** till följd av binjurebarksvikt/reumatisk sjukdom etcetera behöver öka dosen vid tillstånd som feber eller diarréer. För patienter som behandlas med metotrexat och biologiska/immunmodulerande läkemedel ska dessa alltid utsättas vid artritsjukdom. Tag kontakt med reumatologkonsult för diskussion om dessa läkemedel om patienten har SLE eller annan systemsjukdom.

2.3 Syresättning

Om saturationen **sjunker vid ansträngning**, till exempel när patienten promenerar i sitt hem – tag ställning till inläggning på sjukhus där syrgas kan ges vid behov. Om patienten redan är lungsjuk är det vanligare att saturationen redan initialt är påverkad. Förslag på målsaturation för tidigare lungfriska är 92 – 96 % och för patienter med underliggande sjukdom 88 – 92 % enligt nationellt vårdprogram för Covid-19. Observera risken för progress till allvarigare **lungpåverkan från dag 7 – 8**. Därmed bra att sjuksköterskan kontrollerar ny saturation i vila och efter ansträngning dag 5 och dag 7 eller 8. Lungemboli bör övervägas som differentialdiagnos vid hastigt försämrad andning, andra differentialdiagnoser kan då också vara kardiella åkommor och pneumothorax.

Syrgasbehandling är även möjligt att ge patienter med palliativt beslut på SÄBO inom Region Örebro Län via syrgaskoncentrator. Se separat riktlinje: [syrgasbehandling vid Covid-19 SÄBO](#). Syrgas rekommenderas där om saturationen < 90 % och målsaturationen diskuteras individuellt med lungläkarkonsulten.

Bukläge rekommenderas ofta vid Covid-19 och lungpåverkan men det får oftast bedömas som ej genomförbart hos äldre sköra patienter, framstupa sidoläge kan dock vara ett gott alternativ. Lägesändringar och mobilisering är alltid av värde.

2.4 Trombosrisk

Bedöm **risken för trombos**. Grad av immobilisering? Riskfaktorer för trombos (till exempel cancer, tidigare trombos, känd trombofili)? Risken för DVT/lungemboli är kraftigt ökad vid Covid-19. Vid inläggning insättes Fragmin såvida patienten inte redan står på NOAK eller Waran. Patienter med trombofili ges trombosprofylax även i öppenvård. Inom Region Stockholm (Janusinfo) rekommenderas trombosprofylax till patienter på VoBo som insjuknar i Covid-19 **med kliniskt signifikant påverkan på allmäntillståndet** såsom tex feber, immobilisering, nedsatt mat/vätskeintag.

Vid behandling med Waran/NOAK kan patient med mild/måttlig sjukdom kvarstå på denna eller byta till LMWH.

Fragminprofylax utsättes när patienten är påtagligt förbättrad och kan mobilisera. Sällan indicerat med längre behandling än fyra veckor.

Beakta **kontraindikationer** för Fragminprofylax: trombocyter $< 30 \times 10^9$, blödningssymtom, GFR < 30 ml/min. Vid trombocyter $30 - 50 \times 10^9/l$ rekommenderas dosreduktion och ett nytt prov under första behandlingsveckan. Vid GFR $15 - 29$ ml/min övervägs att reducera Fragmindosen med 50 %, ner till 2500 E x 1 som lägst, anti-faktor Xa kan då följas med tanke på risken för ackumulering av Fragmin. Beakta att njurfunktionen kan försämrats av Covidinfektionen och att ett nytt akut krea kan behöva kontrolleras. LMWH har även en antiinflammatorisk effekt. Om Fragmin förskrivs ska recept skrivas även om patienten har ApoDos. Det är nu inte risk att bli bristsituation av Fragmin såsom under första Covidvågen, men kan vara bra kontrollera tillgången av Fragmin på det lokala apoteket. Fragmin kan i nedanstående doser även insättas till patienter som står på Acetylsalicylsyra. För de som redan står på lågdos ASA bedömer de flesta riktlinjer att det är rimligt att fortsätta med det.

Dosering av subkutan injektion med **Fragmin utifrån kroppsvikt:**

- < 50 kg: Fragmin 2500 E x 1
- $50 - 90$ kg: Fragmin 5000 E x 1
- > 90 kg: Fragmin 75 E/kg x 1

Alternativ till Fragmin är **Eliquis 2,5 mg x 2**. Eliquis ska vid Covidvård inte kombineras med Acetylsalicylsyra eller ges till patienter med trombocyter $< 50 \times 10^9$ eller GFR < 30 ml/min. För andra indikationer ges Eliquis ned till GFR 15 ml/min men vid Covidvård bedömer Hematologen USÖ att blödningsriskerna är högre än vinsterna vid GFR $15 - 30$ ml/min. *För patienter som behandlas med Acetylsalicylsyra där Fragmin inte kan väljas bedöms det bättre att tillfälligt sätta ut Acetylsalicylsyra och sätta in Eliquis under Covid-19-infektionen.* Varken Eliquis eller Fragmin ska insättas till patienter med dubbel trombocythämning. Insättning av trombosprofylax ska alltid baseras på en individuell bedömning. För patienter med särskilt hög trombosrisk såsom vid aktiv malignitet eller tidigare venös tromboemboli kan högdos LMH vara indicerat, dosera förslagsvis tillsammans med hematologkonsult.

2.5 Sekundärinfektion

Vid misstanke om sekundärinfektion: Tag odlingar. Insätt antibiotika efter troligt fokus. Om suspekt bakteriell sekundärpneumoni (vilket dock är mindre vanligt enligt infektionskliniken) ges Doxycyklin alternativt Eusaprim som båda finns i kommunala buffertförråd. Total behandlingstid ofta cirka 7 dagar. Om patienten behöver intravenös antibiotika och inte bereds plats på sjukhus kan Ceftriaxon intravenöst 1 gång/dygn övervägas, i första hand administrerat av mobilt team (Närsjukvårdsteam, ASIH).

Observera att Covid-19 kan ge en kraftig inflammatorisk reaktion med bland annat CRP-stegring i nivå med bakteriella luftvägsinfektioner. Samtidig bakteriell infektion är ovanligt tidigt i förloppet.

2.6 Övrig information och behandling

Vid besvärande **torrhosta**: Cocillana-Etyfin $5 - 10$ ml x 1 – 4 vid behov. Peroral opiat i låga doser kan också prövas i hostdämpande syfte. **Slem** i luftvägar är inte typiskt för Covid-19 och talar för annan diagnos eller komplikation såsom bakteriell pneumoni. Vid svårighet att mobilisera slem kan sjukgymnast konsulteras. Undvik PEP-pipa under pågående infektion då det kan ge ökad risk för

smittspridning. Istället är det bättre med PEP-flaska med vatten (=flaskblåsning) då det innebär mindre risk för aerosolbildning.

Obstruktivitet i luftvägarna ses framför allt hos patienter med KOL/astma vilka använder sina egna inhalatorer i första hand. Nebuliserande läkemedel ger ökad risk för luftsmitta vilket inte är fallet med inhalation via spacer. Vid behov kan Bricanyl ges subkutant.

Vid **feber** som påverkar patienten: Paracetamol som febernedsättande.

Vid svår **ångest**: Överväg insättning av Oxascand vid behov som ångestdämpande, vilket också då minskar kroppens syrgasförbrukning.

Bröstsmärta/pleuritsmärta är vanligt och behandlas i första hand med paracetamol. Vid smärtgenombrott övervägs tillägg av opiat.

För patienter på SÄBO och i hemsjukvården med Covid-19 som behandlas med **syrgas och** där det finns en allvarlig sjukdomsbild med **inflammationstecken** som feber och CRP-stegring rekommenderas att överväga behandling med Betapred 5 – 6 mg x 1 peroralt eller intravenöst i 6 dagar, vilket vid behov kan förlängas till 10 dagar.

2.6.1 Nirmatrelvir + ritanovir (Paxlovid)

Indikation och relativa kontraindikationer

Paxlovid (nirmatrelvir/ritonavir) hämmar proteasenzymet hos SARS-CoV-2 och kan insättas **inom 5 dagar efter symtomdebut** till patient med riskfaktorer för svår Covid. Störst effekt *vid avsaknad av immunitet*, dvs ovaccinerad/inte haft Covid/saknar förmåga att bilda antikroppar efter vaccination..

Även mer angeläget *vid kraftig immunosuppression* tex hematologisk sjukdom, organtransplanterade, läkemedel som ger långvarig B-cellspåverkan såsom Rituximab, eller behandling med > 15mg Prednisolon eller annan sjukdom eller behandling som påverkar immunförsvaret. Men även vid ålder >65 år med minst en riskfaktor (se ovan samt även kronisk njursvikt, hjärt-kärlsjukdom, dåligt reglerad diabetes, kraftig övervikt, kronisk lungsjukdom, neurologisk sjukdom) gör troligen Paxlovid nytta. För ålder 80 år som erhållit vaccinboosterdos kan också Paxlovid vara aktuellt, men vid åldrar 65-79 år först om >6 mån sedan boosterdos vid avsaknad av riskfaktorer. Se tabellen nedan för förenklad handläggning!

Beslutsstöd för insättande av Paxlovid till patient med symptom på SÄBO		
Är patienten i livets slut?	NEJ	JA
Har det gått mer än fem dygn sedan exponering eller symptomdebut?	NEJ	JA
Är patienten vaccinerad inom 6 månader? <i>(Rekommenderas starkt om ovaccinerad)</i>	NEJ	JA
Har patienten ngt av DM, sviktande hjärta/njure/lever/KOL? <i>Immunsupprimerad?</i> Neurologisk sjukdom?	JA	NEJ
Har patienten statiner, NOAK, <i>immunsupprimerande</i> preparat <i>pga</i> organtransplantation?	NEJ	JA
<i>Relativ kontraindikation pga komplicerade interaktioner, insättande trots detta kräver noggrant övervägande och rekommenderas inte vid NOAK</i>	Rekommenderas att sätta in behandling	Rekommenderas att avstå behandling

Interaktionskontroll- Paxlovid

Paxlovid har **interaktioner med flertal läkemedel** då CYP3A4 inhiberas, därför behöver statiner, t.ex. Simvastatin utsättas 12 h före behandlingen med Paxlovid och återinsättes först 5 dagar efter avslutad behandling. (Inducerar med 100 ggr= risk Rhabdomyolys) Paxlovid ges som tabletter två gånger dagligen i fem dagar, med eller utan mat. Reducerad dos vid eGFR <60 ml/min och kan ges vid dialys.

Vid insättning av Paxlovid, skriv in det i PASCAL och se de interaktioner som dyker upp. Vid insättning i vanliga läkemedelsmodulen kolla upp de interaktioner som systemet hittar. Om ett läkemedel behöver utsättas tillfälligt eller dosreduceras under Paxlovid-behandlingen kan man återuppta ordinarie medicinering tre dygn (simvastatin 5 dygn) efter avslutad Paxlovid-behandling, då den inhiberande effekten sitter i tre dygn efter avslut av Paxlovid. Vad gäller Simvastatin behöver det också gå 12 h från att Simvastatin administrerats tills att första dosen av Paxlovid kan ges. På denna sida finns bra lättöverskådlig detaljerad information om interaktioner med Paxlovid. [Liverpool COVID-19 Interactions \(covid19-druginteractions.org\)](https://www.liverpool.ac.uk/interactions/covid19-druginteractions.org) välj Nirmatrelvir/Ritonavir och tryck på submit-knappen längst ned. Här är en annan kortfattad översikt över interaktioner med Paxlovid: [Management of Drug Interactions With Nirmatrelvir/Ritonavir \(Paxlovid®\): Resource for Clinicians \(idsociety.org\)](https://www.idsociety.org/practice-guidance/management-of-drug-interactions-with-nirmatrelvir-ritonavir-paxlovid/) Se även den svenska interaktionsidan [Interaktioner | Janusmed](#)

Dosering:

eGFR ≥ 60 ml/ min: T. nirmatrelvir 150 mg 2 x 2, ritonavir 100 mg 1 x 2 i 5 dagar p.o.

eGFR 30-59 mL/min: nirmatrelvir 150 mg 1x2, ritonavir 100mg 1x2.

eGFR < 30 ml/min: nirmatrelvir/ritonavir 300/100 mg 1x1 dag 1, följt av 150/100 mg 1x1 dag 2-5

Paxlovid kan vb även kan administreras som delad eller krossad tablett.

Stor vikt är att man kan tillse en säker behandling utan risk för interaktioner vilket när det gäller dospatienter involverar kommunens DSK/SSK och övrig personal så att hela kedjan blir patientsäker. Vid oklarheter kan infektion direkt kontaktas på 20040 för samråd kring behandling. Om det bedöms angeläget till följd av tex svår immunsuppression med antiviral behandling, men där Paxlovid inte kan insättas, kan Remdesivir ges genom dagliga injektioner under tre dagar på USÖ, ta isåfall kontakt med infektionsbakjour för planering av detta.

Rekvision/Recept

Paxlovid förskrivs i normala fall via vanligt recept, finns bland receptfavoriterna § pax. För apodos-patient förskriv i Pascal för att få interaktionskontroll.

Sjukhusapoteket USÖ kommer ha 5 Paxlovid-förpackningar på lager.

Bud från sjukhusapotek om ingen kan hämta. Paxlovid lämnas då ut om vi på receptet skriver: ”expedieras av sjukhusapoteket och skickas med Budpartner enligt lokal överenskommelse”. (Sjukhusapoteket ringer budpartner). Sjuksköterskan från boendet behöver då ringa sjukhusapoteket USÖ 019/6023585 för beställning och stämma av om frikort finns. Om frikort saknas behövs en engångsfullmakt faxas från SÄBO till faxnr 019/6023352.

HSV kan om akut behov beställa Paxlovidförpackning via kommunens blankett ”akut läkemedelsrekvisition” via ApoEx. Tex för att snabbt starta upp till flera patienter. Men måste ordinerars till enskild. Bud kan beställas av ApoEx vardagar 8-17 om rekvisition

OBS Paxlovid förpackningen innehåller det antal tabletter (30 st) som åtgår vid eGFR ≥ 60 ml/min.

Paxlovidförpackningen innehåller 2 substanser nirmatrelvir + ritanovir som måste ordinerars var för sig på receptet. Ordination: T.ex ”T. Nirmatrelvir 150mg 2x2 och T. Ritonavir 100mg 1x2”.

3 Nutrition och vätskeintag

Det ökade andningsarbetet ger ökat energibehov, energiintaget försämras även av till exempel muntorrhet, nedsatt lukt- och smaksinne, nedsatt aptit och nedsatt ork. För att förebygga försämrat allmäntillstånd och inläggning **insätt gärna näringsdrycker** redan vid diagnosen, förskrivs via Mediq. Ge **Calogen** om patienten har svårt få i sig större mängder. Multisjuka patienter > 65 år behöver cirka 27 kcal/kg/dag.

Personalen behöver påminna patienten om att dricka vätska peroralt vid varje kontakt.

Uppmuntra intag av energirika drycker som Liva, juice, mjölk och saft eller flytande kost/soppor. Tänk på att drycker ibland kan vara lättare att inta med sugrör! Sätt in **vätskelista** och gärna även kostregistrering.

Förstahandsval av näringsdrycker enligt dietister på USÖ vid Covid-19-behandling: 2 x 125 ml Fortimel Compact Protein/dag, patienten kan dricka halva flaskan per gång om de ej får i sig hela.

Andrahandsval av näringsdryck som även kan ges vid diabetes: 2 x 200 ml Fresubin Protein Energy Drink/dag (speciellt vid svårinställd diabetes kan denna vara bättre då den innehåller mindre kolhydrater än Fortimel Compact Protein, annars kan även Fortimel Compact Protein ges vid diabetes). Är tunnare i konsistensen än Fortimel Compact Protein och kan därav tolereras bättre vid illamående.

Tredjehandsval av näringsdryck: Klara näringsdrycker till exempel Resource Addera Plus/Fresubin Jucy Drink. Dessa innehåller mindre protein och mindre kompletta avseende vitaminer och mineraler jämfört med de ovan, men kan vara lättare att få i sig vid till exempel illamående.

Förutom distriktsläkarna så kan sedan våren -23 även sköterskorna i kommunen förskriva näringsdrycker. Bra om patienterna fortsätter med näringsdrycker en månad efter att de förbättrats från Covidinfektionen.

4 Smittfrihet efter Covid-19-infektion

[Åtgärder mot smittspridning av virusorsakade luftvägsinfektioner inom vård och omsorg — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#) information finns också bra sammanfattat i [Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad](#) för Covid-19 (välj den senaste Läkarinformationen).

Patienter och omsorgstagare utan immunsuppression som har bekräftad infektion med covid-19 kan betraktas som smittfria när samtliga följande kriterier är uppfyllda: 5 dagar efter symtomdebut, feberfrihet i minst 24 timmar, klinisk förbättring. Om en person inte har några symtom alls bedöms personen som smittfri när det gått 5 dagar från provtagningsdatum.

Patienter med immunsuppression eller kritisk sjukdom som vårdats på IVA, behöver en individuell bedömning. Som riktmärke bedöms smittsamheten vara låg vid mer än 1 dygns feberfrihet och stabil klinisk förbättring och när det gått minst 14 dagar från symtomdebut.

Analys för påvisning av SARS-CoV-2 IgG kan användas för bedömning av immunologiskt skydd, inför ställningstagande till handläggning och behandling, där avsaknad av antikroppar innebär ökad risk för allvarlig sjukdom.

Antikroppssvar kan oftast detekteras inom 7 – 21 dagar från symtomdebut och kvarstår månader till år.

5 Smittskyddsanmälan

Smittskyddsanmälan görs sedan 2022-01-17 endast av diagnostiserande laboratorium. Klinisk smittskyddsanmälan är därmed borttaget. Undantag för de fall som påvisas med antigenest och som inte kan anmälas av laboratoriet. (Dock resultat från självtest, där provtagning och tolkning av testresultat görs av personen själv utanför vården, ska inte anmälas.)

Dödsfall ska inte längre anmälas till smittskyddsmyndigheten, de erhåller statistik från Folkhälsomyndigheten.

6 Referenser

”Nutritionsbehandling per os för patienter med Covid-19” av dietisterna Angelica Johansson och Jonna Björkegren, USÖ

”Andningsfrämjande åtgärder inom hemvård och vård-och omsorgsboenden i samband med Covid-19” från Region Örebro Län

Rutiner för akut bedömning av Covid-19 patient samt riktlinjer för behandling på vårdavdelning, Region Örebro Län

Trombosprofylax och trombosbehandling inom RÖL

Vårdhygieniska riktlinjer vid luftvägsinfektioner inom RÖL

”Covid-19-infektion” Janusinfo

”Kortisonbehandling vid covid-19 på SÄBO” Janusinfo

”Trombosprofylax vid covid-19 på SÄBO för äldre” Janusinfo

Nationellt vårdprogram för misstänkt och bekräftad covid-19

Infektionsläkarföreningens webinarier

SLS webinarium hjärt-kärlsjukdom och Covid-19 200519

SLS webinarium 200910 om Covid-19

State of the Art Covid-19, december 2020, november 2021 och november 2022.

Information från hygienläkare Charlotta Hellbacher angående studier under pandemin utförda i Lund angående aerosolbildande procedurer.