



Nationella riktlinjer 2026:

# Allergi

Prioriteringsstöd till dig som  
beslutar om resurser i hälso-  
och sjukvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2026-4-10118

Foto: Lina Arvidsson

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2026

## Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid allergi. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar – för en god och jämlik vård.

Riktlinjerna kompletteras även av Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets förslag till nationell strategi och handlingsplan för en mer preventiv, effektiv och jämlik allergivård. Dessutom av andra nationella kunskapsstöd, bland annat personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och av rekommendationer om läkemedelsbehandling från Läkemedelsverket.

Det här är första gången Socialstyrelsen publicerar riktlinjer för allergi. Du som arbetar för exempelvis en region, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vård- eller omsorgsgivare kan skicka skriftliga synpunkter på riktlinjerna till e-post [allergi@socialstyrelsen.se](mailto:allergi@socialstyrelsen.se).

Barnkonventionen gäller som svensk lag, och barnperspektivet har genomsyrat arbetet med riktlinjerna. Experter har bidragit med erfarenhet från olika verksamheter där barn med allergi kan få vård.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Huvudbudskap .....</b>	<b>6</b>
Allergi är en folksjukdom .....	6
Allergivården är ojämlik .....	6
Följ upp vården och ge stöd till egenvård .....	7
Erbjud immunterapi och systemisk behandling till fler patienter .....	7
Utred vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi .....	8
<b>Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd .....</b>	<b>9</b>
Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande .....	9
Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap .....	10
Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer .....	11
<b>Utgångspunkt: om allergi och vården idag.....</b>	<b>12</b>
Vad är allergi? .....	12
Många har en allergi.....	13
Allergier försämrar livskvaliteten .....	14
Dagens allergivård .....	14
<b>Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef ....</b>	<b>17</b>
Rekommendationerna i korthet .....	17
Strukturerat stöd till egenvård.....	18
Strukturerad och regelbunden uppföljning .....	20
Immunterapi för barn med jordnötsallergi .....	22
Immunterapi för barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit .....	24
Systemisk behandling för barn och vuxna med atopiskt eksem .....	27
Utredning vid förmodad feldiagnostiserad penicillinallergi.....	29
<b>Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård.....</b>	<b>32</b>
Att implementera effektivt.....	32
Exempel på risker och utmaningar .....	34
Etiska principer för prioritering .....	35
<b>Kompletterande stöd .....</b>	<b>36</b>
Relaterade arbeten från Socialstyrelsen.....	36
Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.....	36
Riktlinjer för samtidiga sjukdomar .....	36
Relaterat arbete från SBU .....	37

Rekommendationer om läkemedelsbehandling .....	37
Samlat stöd för patientsäkerhet .....	37
<b>Deltagare i riktlinjearbetet .....</b>	<b>38</b>
Projektgrupp .....	38
Prioritering av rekommendationerna .....	39
Övrig samverkan .....	40
<b>Referenser.....</b>	<b>41</b>
<b>Bilaga 1. Översikt av rekommendationer.....</b>	<b>43</b>
<b>Bilaga 2. Tillhörande dokument som publiceras på webben .....</b>	<b>47</b>

## Huvudbudskap

Dessa nationella riktlinjer är ett stöd för dig som prioriterar resurser på en övergripande gruppnivå, för att alla med allergier ska få en bättre och mer likvärdig vård. De omfattar de vanligaste formerna av allergi hos barn och vuxna: matallergi, atopiskt eksem, allergi mot pollen och pälsdjur och läkemedelsallergi. Hela vårdkedjan från diagnostik och behandling till uppföljning och egenvård berörs.

Socialstyrelsen har tillsammans med Livsmedelsverket även tagit fram ett förslag till nationell strategi och handlingsplan för allergivården i Sverige.

## Allergi är en folksjukdom

Allergi hör till de vanligaste kroniska sjukdomarna i Sverige: 35 procent av befolkningen uppger att de har en allergi.

Även globalt sett har allergiska sjukdomar ökat över tid, och idag är upp till en femtedel av världens befolkning påverkade av allergisjukdomar, vilket medför betydande direkta och indirekta kostnader kopplade till den höga sjukligheten. Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att allergi är världens fjärde största sjukdom och att omkring 50 procent av jordens befolkning kommer att ha någon form av allergi 2050.

Klimatförändringar förväntas öka och förvärra allergisjukdomarna, genom exempelvis ökad spridning av olika allergener eller luftföroreningar, som har visat sig påverka både utvecklingen av och antalet försämringsperioder vid allergiska luftvägssjukdomar.

## Allergivården är ojämlik

Dagens allergivård är ojämlik. Kunskapsnivån om allergier i primärvården varierar, vilket leder till en ojämlik första bedömning.

I flera regioner saknas allergologer, och det finns även viss brist på barnallergologer och dermatologer. Detta gör att primärvården inte kan remittera patienter med svåra eller oklara allergiska besvär till specialiserad vård.

Du som beslutar om resurser behöver säkerställa att personer med allergi får diagnos, behandling och uppföljning. Riktad behandling till rätt patient leder till att samhällets resurser kan användas effektivt och inte slösas genom att lägga tid, pengar, personal och patientens ork på fel insatser. Samtidigt saknas tillförlitliga och kostnadseffektiva verktyg för diagnostik och handläggning.

Uppföljning av patienter med svårare allergi, förebyggande insatser och sjukdomsmodifierande behandling kan ge fler patienter förutsättningar att leva ett aktivt och friskt liv. Tidiga insatser kan minska framtida vårdbehov och ge en bättre användning av vårdresurser.

Samtidigt kan det uppstå undanträngningseffekter när stora patientgrupper behöver mer vård, eftersom resurserna i form av tid, personal och ekonomi är begränsade. Du behöver därför betrakta de nya rekommendationerna om allergivård i ett helhetsperspektiv. Analysera nuläget och gör en horisontell prioritering, så att de med störst behov får företräde.

## Följ upp vården och ge stöd till egenvård

**Regelbunden och strukturerad uppföljning** av allergisjukdomar är nödvändigt för att ge rätt behandling, kunna avskriva allergi och diagnostisera ny allergi. Idag sker sådan uppföljning dock alltför sällan.

Detsamma gäller **stöd till egenvård** som är en viktig del av allergivården. I stort sett för alla allergisjukdomar behöver patienten engageras och utföra själva behandlingen, även om omfattningen och innehållet varierar mycket.

Hälso- och sjukvården behöver arbeta utifrån patienternas olika behov och förutsättningar, så att de med störst behov av stöd till egenvård prioriteras. Om stödet till patienternas egenvård tar hänsyn till individuella förutsättningar, kan kontaktbehovet för patienten minska och leda till förbättrad sjukdomskontroll och minskat antal skov.

## Erbjud immunterapi och systemisk behandling till fler patienter

För en del barn och vuxna med olika typer av allergier räcker inte standardbehandlingen – till exempel antihistamintabletter vid pollenallergi eller mjukgörande kräm vid atopiskt eksem. Vidare kan jordnötsallergi ge risker för allvarliga allergiska reaktioner genom hela livet. Socialstyrelsen rekommenderar därför följande insatser:

- Erbjud **oral immunterapi** till barn med allvarlig jordnötsallergi. Behandlingen ökar toleransen för jordnötter, vilket kan öka tryggheten och förbättra livskvaliteten för patienterna och deras familjer. Ju yngre barn, desto bättre effekt. Säkerheten är central, behandlingen bör ges av en erfaren barnallergolog med team på sjukhus.
- Erbjud **allergen immunterapi** till barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit, orsakad av till exempel björkpollen, gräspollen eller

kvalster. Behandlingen ger långvariga sjukdomsmodifierande effekter och minskar också risken för astmautveckling. För patienten kan även små förbättringar få stor betydelse för livskvaliteten.

- Erbjud **systemisk behandling** till barn och vuxna med atopiskt eksem där standardbehandlingen inte räcker. Se till att patienterna kan få prova flera olika läkemedel om det första alternativet inte fungerar tillfredsställande. Individuellt anpassade behandlingsalternativ är viktiga, eftersom de minskar exempelvis klåda och sömnproblem, och därmed ökar livskvaliteten.

## Utred vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi

Erbjud en **direkt provokation med penicillin** till vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi – om risken för en allergisk reaktion bedöms vara låg. Efter denna insats kan man avskriva allergiisstanken för minst 95 procent av patienterna. Genom att avskriva feldiagnosticerad penicillinallergi ges möjlighet till en effektiv behandling om vårdbehovet skulle uppstå framöver.

## Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd

När nya rekommendationer införs, exempelvis utökade insatser i primärvården för en stor grupp som allergipatienter, uppstår ofta undanträngningseffekter eftersom resurser i form av tid, personal och ekonomi är begränsade. Ökade insatser inom ett område kan i praktiken innebära att andra delar av verksamheten får mindre utrymme, antingen direkt genom omfördelning av tid och resurser eller indirekt genom exempelvis längre väntetider eller minskad tillgänglighet.

Du behöver därför betrakta de nya rekommendationerna om allergivård i ett helhetsperspektiv. Analysera nuläget och gör en horisontell prioritering, så att de med störst behov får företräde.

Dessa riktlinjer är ett stöd för att prioritera resurser. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla, på en övergripande gruppnivå.

Vi vänder oss framför allt till dig som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården. Du kan arbeta på regional nivå till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för de kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande: personalen behöver alltid bedöma vad en enskild patient behöver, i samråd med patienten.

## Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att upprätthålla.

Riktlinjerna omfattar de vanligaste formerna av allergi hos barn och vuxna: matallergi, atopiskt eksem, allergi mot pollen och pälsdjur och läkemedelsallergi. Hela vårdkedjan från diagnostik och behandling till uppföljning och egenvård berörs.

Rekommendationerna är alltså inget heltäckande prioriteringsstöd, och de kompletteras av flera andra kunskapsstöd. Se vidare kapitlet [Kompletterande stöd](#).

→ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i webbilagan *Metodbeskrivning* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

## Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på forskning och på erfarenhet hos yrkesverksamma – den bästa tillgängliga kunskapen.

Till dig som är beslutsfattare eller chef ger vi rekommendationer med olika prioritet, som stöd för att prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

**Tabell 1. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer**

Typ av rekommendation	Beskrivning
<b>Prioritet 1–10</b>	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
<b>FoU</b>	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
<b>Icke-göra</b>	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

## De med störst behov ska få företräde

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden – eftersom de som behöver

vården mest ska få företräde<sup>1</sup>. Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [1]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*<sup>2</sup>. Se vidare avsnittet [Etiska principer för prioritering](#) i kapitlet *Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård*.

→ **Läs mer:**

- I kapitlet [Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård](#) får du mer praktisk vägledning i arbetet med att följa rekommendationerna.
- I webbilagan [Metodbeskrivning](#) beskriver vi Socialstyrelsens gedigna metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för de allergiska sjukdomar som ingår i riktlinjerna.

## Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer senare, när riktlinjerna har implementerats, att utvärdera hur riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status. Utvärderingen kommer att utgå från indikatorer, men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården. Som beslutsfattare kommer du också att kunna använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Dessutom kommer vi att undersöka om det finns förutsättningar för nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå [2].

---

<sup>1</sup>Se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>2</sup>Proposition 1996/97:60

# Utgångspunkt: om allergi och vården idag

## Vad är allergi?

Det som i dagligt tal kallas för allergi omfattar egentligen olika sjukdomar. Det gemensamma är att immunförsvaret är inblandat, och att ämnet som den allergiska personen reagerar på generellt är ofarligt för den som inte är allergisk. Mer specifikt är den klassiska definitionen av allergi ”en oväntad och överdriven reaktion mot ett exogent stimuli/trigger (allergen) där immunförsvaret är involverat” [3]. Allergener förekommer allmänt i vår omgivning, exempelvis i pollen, kvalster, pälsdjur och vissa födoämnen.

Allergiska sjukdomar börjar ofta tidigt i livet, till exempel med eksem och matallergi, medan astma och allergisk snuva oftast debuterar i skolåldern eller senare under uppväxten.

Atopiskt eksem är en inflammation i hudens yttersta lager. Den orsakas inte direkt av allergi, men det är vanligt att samtidigt ha astma, allergisk snuva (hösnuva) eller matallergi [4]. Allergier, särskilt matallergi, kan också förvärra atopiskt eksem och man kan ha flera typer av eksem samtidigt.

Det är viktigt att skilja allergi från annan överkänslighet som inte orsakas av allergisk inflammation [5]. Exempelvis kan överkänslighet mot laktos bero på att man saknar ett enzym i kroppen, och detta är alltså inte allergi. Allergier delas huvudsakligen in i:

- IgE-förmedlad allergi
- icke IgE-förmedlad allergi.

## IgE-förmedlad allergi

Definitionen av IgE-förmedlad allergi är förekomst av typiska allergiska symtom vid kontakt med ett allergen och IgE-antikroppar mot samma allergen. Symtomen beror på vilka organ som drabbas [5]. Vanligast är symtom från hud och slemhinnor, som är kroppens första kontakt med allergener. Vid svårare reaktioner kan symtomen påverka andningen, cirkulationen och allmäntillståndet. Den mest allvarliga formen är anafylaxi, som kan vara livshotande. Vid IgE-förmedlad allergi bildar immunförsvaret IgE-antikroppar vid kontakt med ett allergen. Dessa antikroppar binder till immunceller som aktiveras och frisätter histamin och andra inflammatoriska signalsubstanser vid förnyad exponering. Det är den efterföljande inflammationen som ger upphov till symtomen. Inflammation i luftvägarna

kan exempelvis leda till astma, medan inflammation i huden kan ge nässelutslag.

## Icke IgE-förmedlad allergi

Icke IgE-förmedlad allergi är en långsam immunologisk reaktion som involverar så kallade T-celler och inte IgE-antikroppar, exempelvis vid kontaktallergi. Inflammationen uppstår långsamt, ofta över flera dygn. Symtomen drabbar oftast magen eller huden i form av till exempel kräkningar eller eksem.

## Anafylaxi – vanligast vid IgE-förmedlad allergi

Anafylaxi är en akut, systemisk och potentiellt livshotande allergisk reaktion med symtom från flera av kroppens organ, till exempel blodtrycksfall, svår andnöd, astma och svullnad i slemhinnor [6]. Det är vanligast vid IgE-förmedlad allergi, och de vanligaste utlösande allergenerna är

- födoämnen, exempelvis jordnötter, nötter, mjölk, ägg och fisk
- läkemedel, exempelvis penicillin
- insektsstick, exempelvis bi- eller getingstick.

Det finns ingen förebyggande behandling mot anafylaxi förutom att undvika det allergen som tidigare utlöste reaktionen. Om anafylaxi uppstår behandlas det med adrenalin, ett livräddande läkemedel i form av adrenalinpennor. Adrenalinpennor förskrivs till patienter med tidigare anafylaxi efter att de gått igenom en patient- och närståendebildning, där de fått instruktioner om när och hur adrenalinpennan ska användas. Antihistamin och kortison ges i andra hand efter att patienten lämnar sjukhuset [7].

## Många har en allergi

Globalt sett har allergiska sjukdomar ökat över tid. Idag är mellan 10 och 30 procent av alla människor i världen drabbade [8]. WHO bedömer att allergi är världens fjärde största sjukdom och att omkring 50 procent av jordens befolkning kommer att ha någon form av allergi år 2050 [9].

I Sverige är allergier en av de vanligaste kroniska sjukdomarna: 35 procent av befolkningen uppger att de har en allergi [10]. Exempelvis har andelen 12-åringar med pollenallergi stigit från 14 till 19 procent mellan 2011 och 2019 [10].

Allergiska sjukdomar börjar ofta tidigt i livet, till exempel med eksem eller matallergi, medan astma och allergisk snuva oftast börjar senare under uppväxten [11]. Besvären kan också variera mellan olika perioder.

Klimatförändringar förväntas öka och förvärra allergisjukdomarna, genom exempelvis ökad spridning av olika allergener [12].

## Allergier försämrar livskvaliteten

Allergier försämrar livskvaliteten genom att störa sömnen, minska produktiviteten, orsaka trötthet och påverka det psykiska måendet [13]. Symtom som nästäppa, nysningar och kliande ögon kan verka små, men leder ofta till kronisk trötthet och koncentrationssvårigheter.

Barn och ungdomar med matallergi, deras föräldrar och vuxna med matallergi upplever alla en sämre livskvalitet jämfört med genomsnittet [14]. Framst handlar det om den press det innebär att ständigt vara vaksam på kosten runt omkring sig, med vetskapen om att ett felaktigt beslut kan leda till en livshotande reaktion. Detta även om risken är väldigt liten.

## Dagens allergivård

### Utredning vid misstänkt allergi

Den viktigaste delen i utredningen vid misstänkt allergi är en noggrann kartläggning av patientens symtom och sjukdomshistoria. Det är viktigt att förstå patientens symtom och hur de hänger ihop med exponering för misstänkta allergener. Det behövs också test, till exempel hudpricktest eller blodprov.

Livsmedelsprovokation kan bekräfta eller utesluta matallergi, både IgE-förmedlad och icke IgE-förmedlad. Det kan också användas för att avskriva en tidigare diagnostiserad allergi, och därmed undvika onödiga kostrestriktioner. Vissa varianter av matallergi kan ge symtom som uppträder flera timmar efter intag av födoämnet, till exempel köttallergi (alfa-gal) och födoämnesberoende ansträngningsutlöst anafylaxi.

### Rätt diagnos ger trygghet

Patienter med misstänkt allergi har många gånger farhågor och oro kring symtomen. Dessa är viktiga att fånga upp och bemöta under utredningen, för att ge trygghet och kunna göra en tydlig och individanpassad behandlingsplan.

### Behandling

Behandlingen av allergi är i första hand symtomlindrande. För de flesta patienter räcker lokal behandling för en god livskvalitet, till exempel behandling i näsan eller i ögat med antihistamin, i kombination med förebyggande åtgärder. De förebyggande åtgärderna syftar till att minska

eller helt eliminera exponeringen för utlösande allergen och därigenom lindra symtom och minska risken för allergiska reaktioner.

Vid svårare allergier kan allergen immunterapi vara aktuellt. Då exponeras kroppen gradvis av ett specifikt allergen, för att nå tolerans. Immunterapi används för svår allergi mot pollen, pälsdjur, kvalster och vissa livsmedel [15].

Oral allergen immunterapi mot jordnötsallergi är en relativt ny behandling, som kan skydda mot svåra allergiska reaktioner. Den ges idag enbart till barn och genomförs av en barnallergolog, som ger tydlig vägledning kring vilka patienter som är lämpliga och när behandlingen bör ges.

För atopiskt eksem finns väl etablerade och breda behandlingar, från enklare behandling med mjukgörande kräm till avancerad systemisk läkemedelsbehandling.

Ett patientcentrerat förhållningssätt är viktigt, där råden anpassas till individens symtom, livssituation och möjligheter [16].

## Allergivården är ojämlik

Dagens allergivård är ojämlik. Kunskapsnivån i primärvården om allergier varierar, vilket leder till en ojämlik första bedömning. Tillgången till vuxenallergologer och barn- och ungdomsallergologer är också begränsad: få är heltidsverksamma (cirka 40 procent), och många förväntas gå i pension inom de närmaste åren [17]. Detta gör att primärvården i vissa fall inte kan remittera patienter med svåra eller oklara allergiska besvär till specialiserad vård och att denna möjlighet varierar över landet.

Regelbunden och strukturerad uppföljning av allergisjukdomar och stöd till egenvård är nödvändigt för att ge rätt behandling, kunna avskriva allergi och diagnostisera ny allergi, men alltför sällan får patienterna sådan uppföljning och sådant stöd.

Primärvården har en stor arbetsbörda med allt fler diagnoser och otillräcklig bemanning. Det innebär en risk för att patienter med allergi blir nedprioriterade, eftersom de i stor utsträckning kan sköta sig själva med egenvård – och sällan dör av sin sjukdom.

## Tillgången till effektiv behandling är inte jämnt fördelad nationellt

För cirka 5–10 procent av dem med allergier mot pollen, pälsdjur och kvalster räcker inte standardbehandling. Allergen immunterapi kan då erbjudas, men tillgången är ojäm: vissa regioner ger allergen immunterapi för pollen till 50 av 10 000 personer, medan andra ger behandlingen till 7 av

10 000 personer, enligt en undersökning från Astma- och Allergiförbundet, publicerad år 2024 [18].

Sammantaget behöver tillgången till allergivård öka för alla barn och vuxna, även i primärvården. Obehandlade eller felbehandlade allergier kan leda till långvariga symtom, till exempel kan allergisk rinit leda till astma. Barn och vuxna med dåligt behandlade allergier söker också akut vård oftare.

## Vårdens förutsättningar behöver bli bättre

De flesta patienter med allergi får hjälp i primärvården, medan patienter med svår allergi behöver specialiserad vård av allergologer, barnallergologer eller dermatologer. En förutsättning för det är att primärvården har aktuell kunskap om både utredning och behandlingsmöjligheter, och möjlighet att konsultera och remittera till specialiserad vård.

Utöver läkare behöver sjuksköterskor, dietister och annan relevant personal i primärvården och den specialiserade vården få kontinuerligt uppdaterad kompetens, och patienter behöver tillgång till ett helt team för att få en trygg och sammanhållen vård. Sjuksköterskan är en nyckelperson när det gäller att ge patienten redskap att hantera sin sjukdom.

→ **Läs mer:** På Socialstyrelsens webbplats finns underlagsrapporterna [Deskriptiva analyser för några allergiska tillstånd](#) och [Kartläggning av kompetensförsörjning av allergologer](#). De innehåller fördjupad statistik och är en del av Socialstyrelsens förslag till nationell strategi och handlingsplan för allergiområdet.

# Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. De rekommenderade insatserna hänger ihop och är en förutsättning för en god allergivård. Flera av insatserna ökar också möjligheterna att möta patienternas behov oavsett var de vårdas. Tidiga insatser, särskilt för barn, är centrala för att patienterna ska må så bra som möjligt genom hela livet.

Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Observera att rekommendationerna inte är heltäckande, utan gäller ett urval av insatser där vägledningsbehovet är stort.

**Läshjälp:** Varje rekommendationsområde består av fyra textdelar:

Textdel	Innehåll
<b>Inledning</b>	Övergripande beskrivning av området
<b>Rekommendationer</b>	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna <i>Rekommendationslista i Excelformat</i> och <i>Kunskapsunderlag</i> )
<b>Så har vi prioriterat</b>	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
<b>Så påverkas hälso- och sjukvården</b>	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna

## → Läs mer:

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- På [Socialstyrelsens webbplats](#) finns fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat samt bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Fördjupad konsekvensanalys* och *Metodbeskrivning*.

## Rekommendationerna i korthet

Socialstyrelsen rekommenderar följande insatser:

- Erbjud **strukturerat stöd till egenvård** och **strukturerad och regelbunden uppföljning** för barn och vuxna med allergi.
- Erbjud **oral immunterapi (OIT)** till barn med IgE-förmedlad jordnötsallergi, som har risk för allvarliga allergiska reaktioner.

- Erbjud **allergen immunterapi (AIT)** vid allergisk rinokonjunktivit hos barn och vuxna med eller utan astma, som inte har fått tillräcklig effekt av standardbehandlingen.
- Erbjud **systemisk behandling** till barn och vuxna med atopiskt eksem, som inte har fått tillräcklig effekt av standardbehandlingen.
- Erbjud en **direkt provokation med penicillin** till vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi – om risken för en allergisk reaktion bedöms vara låg.

## Strukturerat stöd till egenvård

Allergi är ofta en långvarig sjukdom som kräver dagliga beslut och åtgärder, både för att förebygga symtom och för att hantera försämringar eller akuta situationer. Stöd till egenvård är avgörande för att personer med allergi ska kunna hantera sin vardag och leva ett så gott liv som möjligt. För att stödet ska få effekt krävs dock att patienten verkligen förstår innehållet.

Ett strukturerat stöd till egenvård innebär att hälso- och sjukvården systematiskt ger patienten de verktyg som behövs för att förstå sin sjukdom och ta ett aktivt ansvar för sin behandling. Stödet omfattar:

- evidensbaserad information om allergisjukdomens orsaker och utlösande faktorer
- tydliga strategier för att förebygga och behandla symtom i vardagen
- stöd till säker och självständig läkemedelshantering, både vid långvarig behandling och vid akuta besvär
- en individanpassad behandlingsplan
- en tydlig plan för uppföljning.

Det är viktigt att anpassa både stödets innehåll och frekvens till patientens förutsättningar, exempelvis för barn och ungdomar där behoven snabbt kan förändras i takt med att de blir äldre eller för individer med stora vård- och stödbehov.

## Rekommendation om strukturerat stöd till egenvård

### Till hälso- och sjukvården

För barn och vuxna med allergi:

Id	Rekommendation	Prioritet
1	Erbjud strukturerat stöd till egenvård. Stödet kan ges <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuellt eller i grupp</li> <li>• vid fysiska eller digitala besök</li> <li>• av olika professioner, såsom sjuksköterska, dietist, allergolog, dermatolog eller allmänläkare.</li> </ul>	1

➔ **Läs mer:** I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.



### Så har vi prioriterat

Strukturerat stöd till egenvård har högsta prioritet – och är den högst prioriterade insatsen i riktlinjerna om allergi. Avgörande för prioriteten är att allergi kan ha en mycket stor svårighetsgrad, och att stödet kan leda till optimerad behandling och en beredskap att hantera försämringar eller akuta situationer. Stödet är en förutsättning för att patienterna ska kunna hantera sin sjukdom och få en god och säker vård – det ökar förutsättningarna för en bättre sjukdomskontroll, ökad livskvalitet och ökad följsamhet till behandlingen.

Det finns ett samstämmigt budskap från patienter om att stödbehovet är stort. Egenvård handlar i grunden om att förebygga, men merparten av patienterna får idag inte det stöd de behöver – särskilt i primärvården, där tidsbrist är en stor utmaning. Om stödet ges kan följsamhet till den förebyggande behandlingen bli bättre vilket påverkar livskvaliteten positivt. Det kan även ge positiva effekter för hela samhället om till exempel vuxna patienter kan gå till arbetet.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men strukturerat stöd till egenvård har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.



### Så påverkas hälso- och sjukvården

Strukturerat stöd till egenvård kan stärka patienternas förmåga att själva hantera sin allergi i vardagen, exempelvis genom ökad kunskap om symtomtolkning, allergenundvikande och korrekt användning av läkemedel. Detta kan minska behovet av vårdkontakter för lindriga eller förväntade

besvär och bidra till bättre följsamhet till behandlingen. Förbättrad egenvård kan också minska risken för försämring och akuta reaktioner, vilket i förlängningen kan leda till färre akuta vårdinsatser och lägre samhällskostnader kopplade till exempelvis sjukfrånvaro och nedsatt funktionsförmåga. Stöd till egenvård kan därmed innebära långsiktiga vinster, både för hälso- och sjukvården och för patienternas livskvalitet.

Inledningsvis kan detta medföra stora kostnader och ta mycket resurser i anspråk. Det är dock svårt att beräkna kostnaderna exakt, eftersom patientgruppen omfattar alla från de lindrigast sjuka till de svårast sjuka i allergi, och eftersom patienterna har mycket skilda behov av egenvård.

För att få en bättre bild av kostnaderna kan du som har en planerande roll i en region ta initiativ till att sammanställa vilka insatser ni gör för personer med allergi idag, och vilka resurser ni lägger på det.

## Strukturerad och regelbunden uppföljning

Strukturerad och regelbunden uppföljning är en central del i vården vid måttlig till svår allergisjukdom. Allergier förändras över tid: tolerans kan utvecklas, och vårdbehovet kan både öka och minska. Både diagnos, behandling och egenvård kan omprövas.

Uppföljningen bör hållas ihop med det strukturerade stödet till egenvård. Den behöver vara återkommande och anpassad till patientens behov och olika faser i livet – och till sjukdomens svårighetsgrad. Den bör inte ske lika ofta för alla: för vissa patienter kan till exempel täta återbesök tidigt efter en diagnos vara mer relevant än årliga kontroller.

Patientgrupper som kan behöva extra uppföljning kan vara:

- äldre patienter som förlorar funktionella och kognitiva förmågor
- patienter som har flera fysiska eller psykiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar samtidigt
- ungdomar och unga vuxna där vårdkedjan riskerar att brista vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.

## Rekommendation om strukturerad och regelbunden uppföljning

### Till hälso- och sjukvården

För barn och vuxna med allergi:

Id	Rekommendation	Prioritet
2	Erbjud strukturerad och regelbunden uppföljning. Den bör innehålla: <ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnes om nuvarande livssituation och hur det dagliga livet fungerar (såsom skattning av symtom, funktion, aktivitet, levnadsvanor och livskvalitet)</li> <li>• utvärdering av hur eventuella pågående insatser fungerar utifrån sjukdomskontroll och livskvalitet (till exempel justering av aktuell läkemedelsbehandling)</li> <li>• bedömning av om nya eller ytterligare utredningar eller insatser behövs (till exempel provtagning, medicinering eller andra stödinsatser)</li> <li>• utvärdering av egenvårdsförmåga (till exempel om behov finns av ytterligare information om den aktuella allergisjukdomen, strategier för sjukdomshantering eller läkemedelshantering)</li> <li>• uppföljning av behandlingsplan (till exempel om behov finns av uppdatering eller en ny plan)</li> <li>• bedömning av om behov finns av remittering eller övergång till annan vårdnivå, inom specialistvård eller primärvård</li> <li>• en plan för nästa uppföljningsbesök.</li> </ul>	2

➔ **Läs mer:** I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.



### Så har vi prioriterat

Strukturerad och regelbunden uppföljning har hög prioritet. Avgörande för prioriteten är att allergi kan ha en mycket stor svårighetsgrad, och att uppföljningen kan leda till optimerad behandling. Uppföljningen är en förutsättning för en god och säker vård.

Uppföljningen hör nära ihop med det strukturerade stödet till egenvård. De två insatserna förutsätter varandra: stödet till egenvård behöver följas upp för att kunna anpassas rätt – och uppföljningen leder till god egenvård. Detta minskar behovet av mer specialiserad vård. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men strukturerad och regelbunden uppföljning har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.



### Så påverkas hälso- och sjukvården

Strukturerad och regelbunden uppföljning kan bidra till tidigare identifiering av bristande sjukdomskontroll, felaktig läkemedelsanvändning och behov av

justerad behandling. Detta kan minska risken för försämringsperioder, akuta besök och oplanerade kontakter med hälso- och sjukvården, inklusive behov av akutvård. Uppföljningen kan också förebygga komplikationer och nya sjukdomar eller funktionsnedsättningar, vilket kan minska resurskrävande vårdinsatser. Sammantaget kan detta innebära en effektivare resursanvändning och ett jämnare vårdbehov.

Inledningsvis ökar uppföljningen de planerade vårdkontaktarna, vilket kan medföra stora kostnader och ta mycket resurser i anspråk. Det är dock svårt att beräkna kostnaderna exakt, eftersom patientgruppen omfattar alla från de lindrigast sjuka till de svårast sjuka i allergi, och eftersom patienterna har mycket skilda behov av uppföljning.

För att få en bättre bild av kostnaderna kan du som har en planerande roll i en region ta initiativ till att sammanställa vilka insatser ni gör för personer med allergi idag, och vilka resurser ni lägger på det.

## Immunterapi för barn med jordnötsallergi

Jordnötsallergi kan leda till allvarliga allergiska reaktioner och är en av de vanligaste matallergierna hos barn. Den växer i regel inte bort, utan innebär en risk för allvarliga allergiska reaktioner hela livet, inklusive anafylaxi. Risken påverkar barnens och familjernas vardag i hög grad.

**Oral immunterapi (OIT)** kan skydda mot svåra allergiska reaktioner, genom att barnen får äta mycket små, successivt ökande doser av jordnötsprotein under kontrollerade former. Målet är att öka toleransen mot jordnötter så att riskerna minskar vid oavsiktligt intag. Målet är däremot inte att barnen fritt ska kunna äta jordnötter – allergin försvinner inte helt, men den blir lindrigare. För att behålla toleransen krävs troligtvis fortsatt regelbunden exponering. Ju yngre barnet är vid behandlingsstarten, och ju längre behandlingstid, desto bättre effekt.

Barnen kan få olika allergiska besvär under behandlingen, och även anafylaxi förekommer. Säkerheten är därför central: behandlingen behöver ges på en vårdinrättning med barnallergologisk kompetens och resurser för att förebygga och hantera allvarliga och ibland livshotande allergiska reaktioner. Detta är särskilt viktigt när behandlingen startar och när jordnötsdosen trappas upp. Upptrappningen kräver intensiv uppföljning från hälso- och sjukvården.

## Rekommendation om oral immunterapi

### Till hälso- och sjukvården

Id	För ...	Rekommendation	Prioritet
3	barn med IgE-förmedlad jordnötsallergi, med risk för allvarliga allergiska reaktioner	Erbjud oral immunterapi (OIT).	2

→ **Läs mer:** I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.



### Så har vi prioriterat

Oral immunterapi för barn med jordnötsallergi har hög prioritet. Det är mycket värdefullt, särskilt för de svårast sjuka barnen, att utveckla tolerans – det ökar tryggheten för familjer som annars lever med ständig rädsla för allvarliga reaktioner. I studierna i rekommendationens kunskapsunderlag tålde 20 procent av barnen cirka 25 jordnötter efter 6 månaders behandling, medan 70 procent tålde cirka 4–5 jordnötter. Effekten på längre sikt är dock osäker, och det finns även osäkerheter kring biverkningar och skillnader mellan åldersgrupper (även om allvarliga biverkningar är ovanliga).



### Så påverkas hälso- och sjukvården

Oral immunterapi för barn med IgE-förmedlad jordnötsallergi skulle kunna halvera de icke-behandlingsbara allergiska reaktionerna över en livstid: från drygt 6 tillfällen för dem som fortsätter att enbart undvika jordnötter till 3 tillfällen för dem som fått immunterapi, enligt beräkningar från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Detta skulle kunna minska kostnaderna med 1 200 kronor per patient i ett livstidsperspektiv – och framför allt skulle det ge patientnytta och ökad livskvalitet.

Inledningsvis förväntas rekommendationen om oral immunterapi dock öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Detta eftersom behandlingen hittills har erbjudits till ett mindre antal barn vid enstaka sjukhus. Du som beslutsfattare behöver också säkerställa personalresurser för arbetsuppgifterna, och att personal i barnsjukvården får kompetens att ge behandlingen.

### Räkneexempel på nationell nivå

Använd exemplet för att räkna om utifrån förutsättningarna i din region. Beräkningarna utgår från behandling med läkemedlet Palforzia. Det är inte tillgängligt för tillfället men ingår i den statliga läkemedelsförmånen med generell subvention från Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV).

**Antal aktuella barn:** Omkring 2 procent av alla barn beräknas ha jordnötsallergi. Det motsvarar 2 000 barn i en årskull på 100 000 barn, och vi räknar med att cirka hälften av dem är aktuella för oral immunterapi (de barn som har risk för allvarliga allergiska reaktioner). Inledningsvis är dock omkring 2 200 barn i åldern 4–17 år per år aktuella för behandlingen, det vill säga även äldre barn med redan känd allergi. På sikt är behandlingen aktuell för omkring 1 000 barn per år, när nya grupper fyller 4 år.

**Behandlingstid:** Sammanlagt behövs 10 läkarbesök per barn där jordnötsdosen trappas upp. Vi räknar med att varje barn får läkemedel med jordnötsprotein under 2 år, och att underhållsdosen därefter består av en jordnöt per dag för de barn som fått önskat resultat av behandlingen.

**Kostnad per barn:**

- läkemedel under de 2 första behandlingsåren: 52 200 kronor per år
- läkarbesök: cirka 50 000 kronor under det första året och cirka 5 000 kronor under det andra året
- behandlingskrävande biverkningar: cirka 25 000 kronor per år, enligt en beräkning från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- totalt för 2 års behandling: cirka 185 000 kronor.

**Regionernas merkostnad totalt:**

- läkemedel för 2 200 barn: omkring 115 miljoner kronor under det första året, därefter omkring 230 miljoner kronor per år under 4 år medan också äldre barn erbjuds behandling
- läkarbesök: 121 miljoner kronor under det första året, därefter 132 miljoner kronor per år under 4 år
- behandlingskrävande biverkningar: cirka 54 miljoner kronor per år under de första åren
- läkemedel, vårdbesök och behandlingskrävande biverkningar på sikt: omkring 190 miljoner kronor per år.

## Immunterapi för barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit

Allergisk rinokonjunktivit är en allergi som orsakas av till exempel björkpollen, gräspollen eller kvalster. Den kan ge snuva, nästäppa, kliande ögon med mera. Standardbehandlingen är antihistamintabletter, nasala steroider och ögondroppar med antihistamin eller natriumkromoglikat – och att begränsa exponeringen för allergenerna.

Patienter som inte får tillräcklig effekt av standardbehandlingen bör erbjudas **allergen immunterapi (AIT)**, som tränar immunsystemet att tolerera det

aktuella allergenet. Målet är att minska de allergiska reaktionerna, och behandlingen kan även förebygga astma.

Behandlingen kan ges i två former:

- Sublingual immunterapi (SLIT): Patienten tar en tablett varje dag under 3 år.
- Subkutan immunterapi (SCIT): Patienten får en injektion i underhuden, och dosen trappas upp en gång i veckan under cirka 3 månader. Därefter ges en spruta varannan månad under 3 år.

Effekten av de två behandlingsformerna är likvärdig. Allergin blir lindrigare och patienten behöver mindre underhållsbehandling. SLIT ger dock färre och mildare biverkningar, oftast milda till måttliga reaktioner från huden eller munnen och svalget. SLIT är också lättare att administrera och därmed tillgängligare – den kan exempelvis erbjudas vuxna i primärvården. Därför fokuserar Socialstyrelsens rekommendationer i första hand på SLIT. Även SCIT ger oftast milda till måttliga lokala reaktioner, men det förekommer systemiska och allvarliga biverkningar. SCIT bör därför ges vid en vårdinrättning med allergologisk kompetens och resurser för att hantera och förebygga allvarliga reaktioner. Vidare bör barn som behöver allergen immunterapi behandlas i den specialiserade vården, oavsett behandlingsform.

För all allergen immunterapi är det också avgörande för effekten att patienten får kontinuerlig behandling utan avbrott.

## Rekommendationer om allergen immunterapi

### Till hälso- och sjukvården

<b>Id</b>	<b>För ...</b>	<b>Rekommendation</b>	<b>Prioritet</b>
4A	vuxna med allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, oavsett astma, med otillräcklig effekt av standardbehandling	Erbjud allergen immunterapi (AIT) i form av sublingual immunterapi (SLIT) – tablettbehandling.	<b>3</b>
4B	barn med allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, oavsett astma, med otillräcklig effekt av standardbehandling	Erbjud allergen immunterapi (AIT) i form av sublingual immunterapi (SLIT) – tablettbehandling.	<b>3</b>

Id	För ...	Rekommendation	Prioritet
4C	barn med allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, utan astma, med otillräcklig effekt av standardbehandling	Erbjud allergen immunterapi (AIT) i syfte att minska risken för att utveckla astma.	3

→ **Läs mer:** I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.



## Så har vi prioriterat

Allergen immunterapi för barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit har hög prioritet – men lite lägre än behandlingen för barn med jordnötsallergi, vars sjukdom är svårare. Behandlingen kan minska symtomen och öka livskvaliteten, och patienterna får bättre möjlighet att hantera sin sjukdom. Även små behandlingseffekter kan ha stor betydelse för den enskilda patientens vardag, exempelvis att barns skolgång inte behöver påverkas av allergin. Dessutom kan behandlingen minska risken för att utveckla astma hos dem som ännu inte utvecklat det, särskilt hos barn.



## Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om att erbjuda allergen immunterapi, framför allt i form av SLIT, till barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Detta eftersom användningen hittills har varit begränsad. Barn med allergisk rinokonjunktivit har en förhöjd risk att utveckla allergisk astma, och immunterapi kan möjligen minska risken för det [15]. Därför skulle en ökad användning för barn kunna minska astmasjukligheten och vårdkostnaderna för astma.

## Räkneexempel på nationell nivå

Använd exemplet för att räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

**Antal aktuella barn och vuxna:** Cirka 100 000 barn och vuxna har allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, och bedöms kunna ha nytta av allergen immunterapi. Idag behandlas omkring 22 000 personer, vilket innebär att ytterligare omkring 80 000 personer skulle kunna ha nytta av behandlingen. På längre sikt förväntas omkring 1 800 personer per år behöva påbörja behandlingen (6 procent av alla med allergi).

**Behandlingstid:** Patienterna får små dagliga doser av allergenet i tablettform under 3 år. Den första dosen ges på sjukhus under övervakning, och därefter tar patienterna tablettorna hemma med årlig uppföljning på en specialistmottagning.

**Kostnad per person:**

- läkemedel: cirka 10 400 kronor per år
- läkarbesök: cirka 7 600 kronor per år
- viktad genomsnittskostnad för behandlingen: omkring 18 000 kronor per person och år under 3 år.

**Regionernas merkostnad totalt:** Totalt beräknas merkostnaden för behandlingen och tillhörande läkarbesök öka under de första åren, när både tidigare obehandlade och nyinsjuknade patienter behandlas. Merkostnaden förväntas bli cirka 392 miljoner kronor det första året, för att sedan öka under de följande åren. Kostnaderna är som högst under år 3 och 4: cirka 1,2 miljarder kronor. På sikt, när endast nyinsjuknade patienter är aktuella, blir kostnaden cirka 97 miljoner kronor per år.

## Systemisk behandling för barn och vuxna med atopiskt eksem

Atopiskt eksem (även kallat atopisk dermatit) är en hudsjukdom som ger torr hud och kliande utslag, och som ofta förekommer samtidigt med allergier. Standardbehandlingen innebär att smörja in huden med mjukgörande och antiinflammatoriska krämer.

För en liten del av patienterna (cirka 2–5 procent) är det aktuellt med **systemisk behandling**, som ger effekt i hela eller stora delar av kroppen. Behandlingen bör hanteras av dermatologer och barnallergologer i den specialiserade vården, och flera läkemedel kan provas:

- **Interleukinhämmare (IL-hämmare)** är biologiska läkemedel som ges som injektioner.
- **Januskinashämmare (JAK-hämmare)** ges i tablettform.
- **Metotrexat** är ett väl beprövat och ofta väl tolererat systemiskt läkemedel, som ges i tablettform. Det har tidigare ofta varit det första systemiska läkemedel som en patient fått prova. Allt oftare används dock modernare läkemedel.

## Rekommendationer om systemisk behandling vid atopiskt eksem

### Till hälso- och sjukvården

Id	För ...	Rekommendation	Prioritet
5A	barn och vuxna med atopiskt eksem, som är aktuella för systemisk behandling	Erbjud behandling med IL-hämmare.	3
5B	barn och vuxna med atopiskt eksem, som är aktuella för systemisk behandling	Erbjud behandling med JAK-hämmare.	4
5C	barn och vuxna med atopiskt eksem, som är aktuella för systemisk behandling	Erbjud behandling med metotrexat.	6

### → Läs mer:

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- Läkemedelsverket har en söktjänst för [läkemedelsfakta](#) och [behandlingsrekommendationer för systemisk behandling](#).



## Så har vi prioriterat

Atopiskt eksem är en svår sjukdom om standardbehandlingen inte har tillräcklig effekt. Systemisk behandling minskar klådan och förbättrar livskvaliteten, och är därför viktig.

Det är viktigt att prova olika alternativ med utgångspunkt i individuella förutsättningar och individuella behov.

De högst prioriterade systemiska läkemedlen är IL-hämmare, som har få och hanterbara biverkningar. En nackdel är att behandlingen ges som injektioner, vilket kan vara särskilt utmanande för barn.

Även JAK-hämmare har relativt hög prioritet: de har stor effekt på sjukdomsaktiviteten och klådan, och de är kostnadseffektiva och ingår i läkemedelsförmånen. Behandlingen ger dock högre risk för måttliga till allvarliga biverkningar, särskilt hos vissa riskgrupper: äldre, personer med hjärt-kärlsjukdomar och personer med cancer. Långtidseffekterna är också osäkra, särskilt för barn. Behandlingen bör därför främst övervägas för vissa patienter med svår sjukdom, och den behöver följas upp noga.

Metotrexat har lägre prioritet än IL-hämmare och JAK-hämmare. Behandlingen har något mindre effekt, och ofta tar det lång tid innan

effekten nås. För barn är också illamående ett stort problem, och ibland används smärteam som stöd. För en del patienter kan metotrexat dock vara det bästa alternativet.



## Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationen om att erbjuda systemisk behandling till barn och vuxna med atopiskt eksem förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Hittills har användningen varit begränsad, vilket har inneburit ett lidande för patienter. Om rekommendationen följs kan patienterna få en bättre livskvalitet.

### Räkneexempel på nationell nivå

Använd exemplet för att räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

**Antal aktuella barn och vuxna:** Omkring 14 000 barn och vuxna med atopiskt eksem bedöms vara aktuella för systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat. Idag får omkring 3 500 personer någon av behandlingarna, vilket innebär att ytterligare omkring 10 000 personer skulle kunna ha nytta av behandling.

#### Behandlingstid:

- IL-hämmare ges som injektioner med injektionspennor, vanligen en gång varannan vecka.
- JAK-hämmare tas som tabletter en gång per dag.
- Metotrexat tas vanligen som tabletter en gång per vecka, men läkemedlet kan också ges som injektion.

Läkemedlen bör förskrivas av läkare med särskild kunskap om atopiskt eksem, såsom dermatologer, allergologer eller barnallergologer.

**Regionernas merkostnad totalt:** Totalt beräknas läkemedelsbehandlingen för 10 000 personer kosta regionerna 1,3 miljarder kronor per år, om läkemedlen betalas enligt listpris och utan regionernas avtalade rabatt. Den största delen av kostnaden gäller IL-hämmare och JAK-hämmare. Beräkningarna utgår från att 6 000 personer får IL-hämmare, 3 000 personer får JAK-hämmare och 1 000 personer får metotrexat.

## Utredning vid förmodad feldiagnostiserad penicillinallergi

En del får felaktigt diagnosen penicillinallergi, både i primärvården och i akutsjukvården. De kan till exempel ha reagerat på penicillin som barn, men skulle inte göra det längre. Vårdpersonal är ofta osäkra på

- när de ska gå vidare med en utredning, och när de ska avstå
- när de bör avskriva en tidigare diagnos.

Detta leder både till onödiga utredningar och till att felaktiga allergidiagnoser kvarstår över tid, med konsekvenser för antibiotikaval och patientsäkerhet.

För att testa en förmodat felaktig diagnos behöver vårdpersonalen först bedöma risken för en allvarlig allergisk reaktion. Fokus bör ligga på vilken typ av reaktion som ledde till den ursprungliga misstanken om penicillinallergi. Om risken bedöms som låg bör patienten erbjudas en provokation med penicillin: patienten får en dos penicillin under övervakning. Provokationen behövs oftast för att avgöra om det finns en allergi, även om ett blodprov kan komplettera bedömningen.

## Rekommendation om utredning vid förmodad feldiagnostiserad penicillinallergi

### Till hälso- och sjukvården

Id	För vuxna med ...	Rekommendation	Prioritet
6	förmodad feldiagnostiserad penicillinallergi, med låg risk för en allergisk reaktion vid en provokation med penicillin	Erbjud oral provokation med penicillin.	4

➔ **Läs mer:** I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.



### Så har vi prioriterat

Oral provokation med penicillin är det bästa sättet att utesluta penicillinallergi. Det är en effektiv insats, som innebär att allergidiagnosen kan avskrivas för minst 95 procent av patienterna. Mindre än 5 procent får icke-allvarliga allergiska reaktioner, och mindre än 0,5 procent får allvarliga reaktioner. En avskriven diagnos innebär fler användbara alternativ om det uppstår en situation då patienten behöver antibiotika, och behandlingen kan då erbjudas snabbare. Rekommendationen har relativt hög prioritet på grund av insatsens effektivitet.



### Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationen om att erbjuda oral provokation till vuxna med förmodad feldiagnostiserad penicillinallergi förväntas öka hälso- och

sjukvårdens kostnader. Detta eftersom användningen hittills har varit begränsad. Eftersom det rör sig om många personer blir det många läkarbesök i primärvården, även om vissa har för hög risk för en allergisk reaktion eller tackar nej till erbjudandet. Insatsen kan därför behöva implementeras under flera år. Du som beslutsfattare behöver säkerställa personalresurser för arbetsuppgifterna.

På längre sikt förväntas insatsen minska onödig användning av antibiotika med bredare spektrum, när personerna kan få vanligare antibiotikaformer vid behov, som penicillin.

## Räkneexempel på nationell nivå

Använd exemplet för att räkna om utifrån förutsättningarna i din region.

**Antal aktuella vuxna:** 5–10 procent av alla vuxna bedöms vara aktuella för oral provokation med penicillin, mellan 420 000 och 840 000 personer – de som idag har en varningsmarkering för penicillinallergi i patientjournalen men låg risk för en allergisk reaktion.

**Behandlingstid:** Det behövs ett fysiskt läkarbesök i primärvården för att genomföra den orala provokationen, inklusive en timmes observation och ett avslutande samtal.

**Kostnad per person:** Ett fysiskt läkarbesök i primärvården kostar omkring 2 000 kronor.

**Regionernas merkostnad totalt:** Totalt beräknas de orala provokationerna kosta regionerna mellan 674 miljoner kronor och 1,3 miljarder kronor, beroende på hur många patienter som är aktuella (5–10 procent). Framöver kan det tillkomma nya varningsmarkeringar för penicillinallergi som behöver följas upp.

# Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet eller i en region. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patientgrupper.

## → Läs mer:

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [19].
- hos Prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se [liu.se/forskning/prioriteringscentrum](http://liu.se/forskning/prioriteringscentrum)

## Att implementera effektivt

Det går att implementera planerat och framgångsrikt, och ett aktivt ledarskap är centralt i denna process [20]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det handlar framför allt om frågor på verksamhetsnivå.

## Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna. Detta kan vara frågor att utgå från:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder idag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det insatser som kan vara skadliga?
- Hur ofta utför vi ineffektiva eller skadliga insatser?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka insatser är viktigast att införa eller avveckla snabbt?
- Vad vill vi förebygga?
- Vad lägger personalen mest tid på i verksamheten?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

- Finns det patientgrupper som generellt trängs undan till förmån för andra, och hur kan man i så fall motverka det?
- Finns det patientgrupper som inte erbjuds regelbundna återbesök trots att det medicinska behovet finns?
- Finns rätt kompetens bland personalen för att hjälpa patienterna? Hur tillgodoses att kompetensen upprätthålls?
- Finns det tydliga rutiner/policys för handläggning av vanliga frågor som ofta uppstår för patientgruppen?

## Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att vården blir så effektiv som möjligt.

## Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetsätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

## Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att avveckla ineffektiva arbetsätt.

## Håll liv i de nya arbetsätten

Man kan säga att ett nytt arbetsätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår. Du behöver både följa upp att nya metoder används rätt och att avvecklade metoder inte börjar användas igen.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

## Exempel på risker och utmaningar

Du som ska arbeta med implementering av nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring. Det finns ett antal risker och utmaningar i arbetet, som du behöver vara medveten om. Här följer några exempel som vi har hämtat från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

## Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient- eller brukargruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verksamma insatser
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka insatser som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [21].

## Svårt att värdera risk för sjukdom mot faktisk sjukdom

Förebyggande arbete och arbete med till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för behandling av sjukdomar som redan har uppkommit. Risk för sjukdom ses också som mindre allvarligt än faktisk sjukdom enligt de etiska principerna för prioritering (se nedan). Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga – samtidigt finns ju mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser. Det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och först då prioritera dem högt.

## Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60), utöver reglerna i hälso- och sjukvårdsförfattningarna. Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [1]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

- **Läs mer:** Prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se [liu.se/forskning/prioriteringscentrum](http://liu.se/forskning/prioriteringscentrum).

## Kompletterande stöd

Både du som planerar och beslutar om vården vid allergi och du som möter patienter behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidigt sjukdomar.

## Relaterade arbeten från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tillsammans med Livsmedelsverket tagit fram ett förslag till nationell strategi och handlingsplan för en mer preventiv, effektiv och jämlik allergivård.

Tidigare har samma myndigheter också tagit fram en gemensam förstudie om matallergi.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, [socialstyrelsen.se/allergivård](https://socialstyrelsen.se/allergivard).

## Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård tar fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera sjukdomsområden, enligt en överenskommelse med staten. Även vårdförloppen riktar sig till dig som beslutar om vården. De fokuserar mer på patientens resa genom vården än vad Socialstyrelsens nationella riktlinjer gör, och beskriver i vilken ordning de aktuella insatserna bör genomföras. Till skillnad från de nationella riktlinjerna beskriver vårdförloppen också vad patienten kan göra i förloppets olika steg, till exempel söka vård från en fysioterapeut, och vara med och ta fram en behandlingsplan.

→ **Läs mer:**

- [kunskapsstyrningvard.se](https://kunskapsstyrningvard.se)
- [vårdförlopp för IgE-förmedlad matallergi](#)
- [kliniska kunskapsstöd för allergi](#).

## Riktlinjer för samtidigt sjukdomar

Personer med allergi har ofta andra sjukdomar samtidigt. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Olika

vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

Utvecklingen av allergiska sjukdomar beskrivs ofta som den atopiska marschen, där eksem och matallergi startar tidigt i livet, sedan följt av astma och till sist rinit.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer: astma och KOL](#).

## Relaterat arbete från SBU

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) kommer under 2026 att publicera en SBU Kommenterar av den systematiska översikten av Riggioni och medarbetare från 2023 [22]. Översikten publicerar data på sensitivitet och specificitet för olika typer av testmetoder för många olika födoämnesallergier. I den kommande publikationen kommer SBU att kommentera översiktens metod, resultat och slutsatser.

SBU avser även att under det kommande året göra en fördjupad analys vad gäller diagnostisk träffsäkerhet av olika testtyper vid diagnostik av jordnötsallergi.

## Rekommendationer om läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket ger behandlingsrekommendationer till dig som är förskrivande läkare om hur läkemedel bör användas i den kliniska vardagen. Läkemedelsverket ger bland annat behandlingsrekommendationer för systemisk behandling vid atopiskt eksem.

→ **Läs mer** i Läkemedelsverkets söktjänst för [läkemedelsfakta](#) och [behandlingsrekommendationer för systemisk behandling](#).

## Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, [patientsakerhet.socialstyrelsen.se](https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se).

# Deltagare i riktlinjearbetet

## Projektgrupp

### Projektledning på Socialstyrelsen

Peter Nygren	Projektledare
Anna Wallenberg	Vetenskaplig projektledare
Charlotta Thunborg	Vetenskaplig projektledare
Patricia Awiti	Vetenskaplig projektledare
Ulrika Jarroff	Vetenskaplig projektledare

### Sakkunniga

Caroline Nilsson	Barnallergolog, Docent och överläkare, Karolinska Institutet/ Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset/SÖS, Region Stockholm
Charlotte Angelhoff	Specialistsjuksköterska, Docent, Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
Christer Jansson	Allergolog, Professor, Uppsala universitet, Region Uppsala
Emma Goksör	Barnallergolog, Adjungerad professor och överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Emma Johansson	Dermatolog, Biträdande universitetslektor och överläkare, Karolinska Institutet/Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm (Deltog till och med 251031)
Henning Stenberg	Specialist i allmänmedicin, med.dr, Näsets läkargrupp, Region Skåne
Inger Kull	Specialistsjuksköterska, Professor, Karolinska Institutet, Region Stockholm

### Deltagare från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Jonatan Alvan	Projektledare
Carl Gornitzki	Informationsspecialist
Fredrik Tholander	Delprojektledare
Hanna Norsted	Delprojektledare

## Prioritering av rekommendationerna

### Deltagare

Ágnes Csuth Boros	Allergolog, överläkare, Allergicentrum Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
Agneta Jansson Roth	Dietist, Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset/SÖS, Region Stockholm
Anna Undeman Asarnej	Barnallergolog, Överläkare och docent, Karolinska Universitetssjukhuset/Astrid Lindgrens barnsjukhus, Region Stockholm
Caroline Otterstadh	Specialistsjuksköterska, Biträdande universitetssjuksköterska, Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm
Catarina Almqvist Malmros	Barnallergolog, Professor och överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Region Stockholm
Catherine Fahlén Zelander	Allergikonsulent, Specialistsjuksköterska, Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm
Cecilia Ahlström Emanuelsson	Specialistläkare i Öron- näs- och halssjukdomar, Överläkare, Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne
Cecilia Svedman	Dermatolog, Professor Yrkes- och miljödermatologi, Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne
Christina Brandberg	Barnallergolog, Överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Elisabeth Helgesson	Leg. Apotekare, Kronans Apotek Uppsala
Emma Borensved	Astma/KOL-sjuksköterska, Bodafors vårdcentral, Region Jönköping
Gabriella Kihlström	Allergolog, Överläkare, Gävle sjukhus, Region Gävleborg
Gunilla Hedlin	Barnallergolog, Professor em. och Överläkare, Karolinska Institutet/Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm
Jessica Sommerfors Holm	Specialistläkare i Barn- och ungdomsmedicin, Områdeschef, Regionhälsan Barn och ungdomsmedicin, Västra Götalandsregionen
Karl Eneland	Barnallergolog, Överläkare, Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen
Kerstin Romberg	Specialistläkare i Allmänmedicin, Distriktsläkare, Nässets läkargrupp, Region Skåne
Linda Sundler Björkman	Allergolog, Skånes, Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne
Liselott Florén	Patientföreträdare, Påverkanschef, Astma- och Allergiförbundet

## Allergi

Maja af Klinteberg	Dermatolog, Biträdande universitetslektor, Norrlands Universitetssjukhus, Region Västerbotten
Maria Ingemansson	Barnallergolog, Överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Region Stockholm
Marina Jonsson	Specialistsjuksköterska, Processledare, Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm
Mikkel Mörch	Allergisjuksköterska, Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen
Robert Hejdenberg	Patientföreträdare, Ordförande Astma- och Allergiförbundets forskningsfond, Astma- och Allergiförbundet
Susanne Glaumann	Barnallergolog, Överläkare, Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset/SÖS, Region Stockholm
Susanne Lundin	Specialistsjuksköterska, Universitetssjuksköterska, Sachsska Barn- och ungdomssjukhuset/SÖS, Region Stockholm
Teet Pullerits	Allergolog, Överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Åke Svensson	Dermatolog, Överläkare, Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne
Åsa Neuman	Barnallergolog, Överläkare, Akademiska barnsjukhuset, Region Uppsala

## Övrig samverkan

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samverkat med nationella programområden, föreningar och organisationer med kunskaper och insikter om allergi och allergivården.

SBU har bistått med underlag enligt vad som redovisas i kunskapsunderlagen och i metodbilagan.

Läkemedelsverket har bistått med information om deras arbete med behandlingsrekommendationer om systemisk behandling vid atopiskt eksem.

Företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar samt andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga har också medverkat.

# Referenser

1. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet: Prioriteringscentrum; 2017.
2. Socialstyrelsen. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. 2012:
3. Jutel M, Agache I, Zemelka-Wiacek M, Akdis M, Chivato T, del Giaccon S, et al. Nomenclature of allergic diseases and hypersensitivity reactions: Adapted to modern needs: An EAACI position paper. *Allergy*. 2023.
4. Astma&Allergiförbundet. Hur funkar vården för patienter med atopiskt eksem?; 2024.
5. Tanno LK, Calderon MA, Smith HE, Sanchez-Borges M, Sheikh A, Demoly P, et al. Dissemination of definitions and concepts of allergic and hypersensitivity conditions. *World Allergy Organization Journal*. 2016; 9(1):24.
6. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*. 2022; 77(2):357–77.
7. Dodd A, Hughes A, Sargant N, Whyte AF, Soar J, PJ. T. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. 2021; (163):86–96.
8. Shin YH, Hwang J, Kwon R, Lee SW, Kim MS, Shin JI, et al. Global, regional, and national burden of allergic disorders and their risk factors in 204 countries and territories, from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Allergy*. 2023; 78(8):2232–54.
9. Tanno LK, Chalmers R, Jacob R, Kostanjsek N, Bierrenbach AL, Martin B, et al. Global implementation of the world health organization's International Classification of Diseases (ICD)-11: The allergic and hypersensitivity conditions model. *Allergy*. 2020; 75(9):2206–18.
10. Folkhälsomyndigheten. Miljöhälsorapport 2021 – Barns miljörelaterade hälsa. Hämtad 25-12-09 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/m/miljohalsorapport-2021/>
11. Alduraywish SA, Lodge CJ, Campbell B, Allen KJ, Erbas B, Lowe AJ, et al. The march from early life food sensitization to allergic disease: a systematic review and meta-analyses of birth cohort studies. *Allergy*. 2016; 71(1):77–89.
12. Agache I, Akdis C, Akdis M, Al-Hemoud A, Annesi-Maesano I, Balmes J, et al. Climate change and allergic diseases: A scoping review. *The Journal of Climate Change and Health*. 2024; 20:100350.
13. Minhas S, Chandan JS, Knibb R, Diwakar L, Adderley N. Association between atopic disorders and mental ill health: a UK-based retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2025; 15(5):e089181.

14. Golding MA, Batac ALR, Gunnarsson NV, Ahlstedt S, Middelveld R, JLP P. The burden of food allergy on children and teens: A systematic review. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022; 33(3):e13743.
15. Wise SK, Damask C, Roland LT, Ebert C, Levy JM, Lin S, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *International Forum of Allergy & Rhinology.* 2023; 13(4):293–859.
16. Kalayci O, Miligkos M, Pozo Beltrán CF, El-Sayed ZA, Gómez RM, Hossny E, et al. The role of environmental allergen control in the management of asthma. *World Allergy Organ J.* 2022; 15(3):100634.
17. Socialstyrelsen. Kartläggning av kompetensförsörjning av allergologer - tillgångar och utmaningar, underlagsrapport till Nationell strategi och handlingsplan 2026 – Allergier – För en preventiv, effektiv och jämlik allergivård. 2026:1–53.
18. Astma&Allergiförbundet. Pollenrapporten- pollenallergi hos barn och unga. 2024.
19. Socialstyrelsen. Om implemetering. Västerås; 2013.
20. Aarons G, Ehrhart M, Farahnak L, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health.* 2014; 35:255–74.
21. Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport mars 2020. Pm. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
22. Riggioni C, Ricci C, Moya B, Wong D, van Goor E, Bartha I, et al. Systematic review and meta-analyses on the accuracy of diagnostic tests for IgE-mediated food allergy. *Allergy.* 2024; 79(2):324–52.

# Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna om allergi innehåller 10 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef](#) ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan *Rekommendationslista i Excelformat* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

## Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
1	För barn och vuxna med allergi: Erbjud strukturerat stöd till egenvård.	Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ökar förutsättningarna för en bättre sjukdomskontroll, ökad livskvalitet samt ökad följsamhet till behandling.  Kommentar: Stöd till egenvård är en förutsättning för att kunna hantera sin allergisjukdom. Det är viktigt att anpassa stödet och frekvensen efter den enskilda individen och att det stöd som ges är evidensbaserat.	1
2	För barn och vuxna med allergi: Erbjud strukturerad och regelbunden uppföljning.	Tillståndet har en måttlig till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ökar förutsättningarna för en bättre sjukdomskontroll, ökad livskvalitet samt ökad följsamhet till behandling,  Kommentar: Åtgärden är en förutsättning för att kunna följa sjukdomsutvecklingen. Det är dock viktigt att anpassa uppföljningsfrekvensen efter individens behov och sjukdomens svårighetsgrad, vid svår eller okontrollerad allergi behöver uppföljning ske oftare.	2

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
3	<p>För barn med IgE-förmedlad jordnötsallergi, med risk för allvarliga allergiska reaktioner:</p> <p>Erbjud oral immunterapi (OIT).</p>	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en stor effekt på desensibilisering vid behandlingsslut och en måttlig effekt på långvarig tolerans, 1–12 månader, efter behandlingsslut. Åtgärden innebär en ökad risk gällande alla former av biverkningar, även de allvarliga, framför allt hos äldre barn och ungdomar.</p> <p>Kommentar: Behandlingen kan leda till ökad trygghet och förbättrad livskvalitet för patienter och deras familjer, då risken för allvarliga reaktioner vid oavsiktligt intag minskar. De yngsta barnen har betydligt lägre risk för allvarliga biverkningar och de har även större chans till en bättre effekt av behandlingen. Långtidseffekterna är dock otillräckligt studerade. Säkerhetsaspekten är av största vikt; behandlingen behöver därför ges av ett kliniskt team med erfarenhet av åtgärden och i ett sammanhang med förutsättningar att kunna förebygga och hantera allvarliga reaktioner.</p>	2
4a	<p>För vuxna med allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, med eller utan astma, med otillräcklig effekt av standardbehandling:</p> <p>Erbjud sublingual immunterapi (SLIT).</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten förbättring av sjukdomskontroll och liten minskning i symtomlindrande läkemedelsanvändning.</p> <p>Kommentar: Även små förbättringar kan ha stor betydelse för patienten och för denna patientgrupp finns inga alternativa behandlingar med bättre effekt. Följsamheten är viktig för behandlingsresultatet. De flesta biverkningarna är milda eller måttliga och är ofta övergående. Att läkemedlet kan tas i tablettform ökar tillgängligheten för patienterna i hela landet.</p>	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
4b	<p>För barn med allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, med eller utan astma, med otillräcklig effekt av standardbehandling:</p> <p>Erbjud sublingual immunterapi (SLIT).</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en liten förbättring av sjukdomskontroll och liten minskning i symtomlindrande läkemedelsanvändning.</p> <p>Kommentar: Även små förbättringar kan ha stor betydelse för patienten och för denna patientgrupp finns inga alternativa behandlingar med bättre effekt. Följsamheten är viktig för behandlingsresultatet. De flesta biverkningarna är milda eller måttliga och är ofta övergående. Att läkemedlet kan tas i tablettform ökar tillgängligheten för patienterna i hela landet.</p>	3
4c	<p>För barn med allergisk rinokonjunktivit mot björk, gräs eller kvalster, utan förekomst av astma, med otillräcklig effekt av standardbehandling:</p> <p>Erbjud allergen immunterapi (AIT).</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har en betydande effekt på risken för att utveckla astma, samt minskar astmasymtom och läkemedelsanvändning mot astma. Åtgärden minskar också symtom och läkemedelsanvändning mot allergisk rinokonjunktivit.</p> <p>Kommentar: Astma är en kronisk sjukdom och att tidigt förebygga astmautveckling är väldigt viktigt. För denna patientgrupp finns inga alternativa behandlingar med bättre effekt. De flesta biverkningarna är milda eller måttliga och är ofta övergående. SCIT har dock en högre risk för allvarliga biverkningar än SLIT.</p>	3
5a	<p>För barn och vuxna med atopiskt dermatit, som är aktuella för systemisk behandling:</p> <p>Erbjud systemisk behandling med interleukinhämmare (dupilumab, tralokinumab eller lebrikizumab).</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en kliniskt relevant minskning av tillståndets svårighetsgrad, en minskning av klåda, samt en ökning i livskvalitet. Åtgärden ger ingen påvisad ökning av biverkningar på kort sikt.</p> <p>Kommentar: Även en liten effekt på klåda kan ha stor betydelse för de personer som är mest påverkade. Smärta från injektionen kan vara problematiskt för barn.</p>	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
5b	<p>För barn och vuxna med atopiskt eksem, som är aktuella för systemisk behandling:</p> <p>Erbjud systemisk behandling med jakhämmare (abrocitinib, baricitinib eller upadacitinib).</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger en kliniskt relevant minskning av tillståndets svårighetsgrad, en minskning av klåda, samt en ökning i livskvalitet. Åtgärden ger även en ökad förekomst av biverkningar av någon typ, som dock varierar beroende på läkemedel och dos.</p> <p>Kommentar: Det finns en ökad risk för biverkningar jämfört med interleukinhämmare vid behandling av atopisk dermatit. Riskerna för biverkningar är större hos den äldre populationen. Hos barn är risken för biverkningar mindre studerat. En fördel är att läkemedlet kan tas i tablettform.</p>	4
5c	<p>För barn och vuxna med atopiskt eksem, som är aktuella för systemisk behandling:</p> <p>Erbjud systemisk behandling med metotrexat.</p>	<p>Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden ger en kliniskt relevant minskning av tillståndets svårighetsgrad. Det går inte att bedöma effekten på klåda, livskvalitet eller biverkningar utifrån kunskapsunderlaget men det finns lång erfarenhet av åtgärden. Det finns en del allvarliga biverkningar, samtidigt som det finns annan systemisk behandling med bättre effekt och mildare biverkningsprofil. Åtgärden kan ändå vara ett alternativ till andra systemiska behandlingar när dessa inte är aktuella.</p>	6
6	<p>För vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi, med låg risk för en allergisk reaktion vid en provokation med penicillin:</p> <p>Erbjud oral provokation med penicillin.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden innebär att allergimisstanken kan avskrivas för minst 95 procent av individerna. Icke-allvarliga allergiska reaktioner inträffar hos mindre än 5 procent och allvarliga allergiska reaktioner hos mindre än 0,5 procent av individerna.</p>	4

## Bilaga 2. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Rekommendationslista i Excelformat
- Kunskapsunderlag
- Hälsoekonomi
- Metodbeskrivning
- Fördjupad konsekvensanalys.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, [socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/allergi](https://socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/allergi).

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid allergi. Vi beskriver också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker.



**Socialstyrelsen**

Nationella riktlinjer 2026: Allergi – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården (artikelnr 2026-4-10118)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).