

Nationella riktlinjer 2026:

Bilaga: Fördjupad konsekvensanalys

Allergi

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.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2026

Förord

Den här bilagan innehåller konsekvensanalyser av rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer om allergi. Vi beskriver vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna väntas få.

I huvudrapporten *Nationella riktlinjer: Allergi – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården* presenterar vi övergripande konsekvensanalyser. I denna bilaga fördjupar vi resonemangen för dig som vill veta mer.

Konsekvensanalyserna presenteras per rekommendationsområde på samma sätt som i huvudrapporten.

De fullständiga riktlinjerna finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/allergi.

Sofia von Malortie

Enhetschef

Avdelningen för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och tandvård/Nationella riktlinjer 1

Innehåll

Förord	3
Hur vanligt är allergi bland barn och vuxna?	5
Konsekvenser av rekommendationerna	7
Id 3: Oral immunterapi vid jordnötsallergi hos barn.....	7
Id 4a, 4b och 4c: Sublingual immunoterapi till barn och vuxna vid allergisk rinokonjunktivit	14
Id 5a, 5b, 5c: Systemisk behandling med interleukin-hämmare, JAK-hämmare och metotrexat hos barn och vuxna med atopiskt eksem	21
Id 6: Oral provokation med penicillin till vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi.....	26
Referenser.....	32

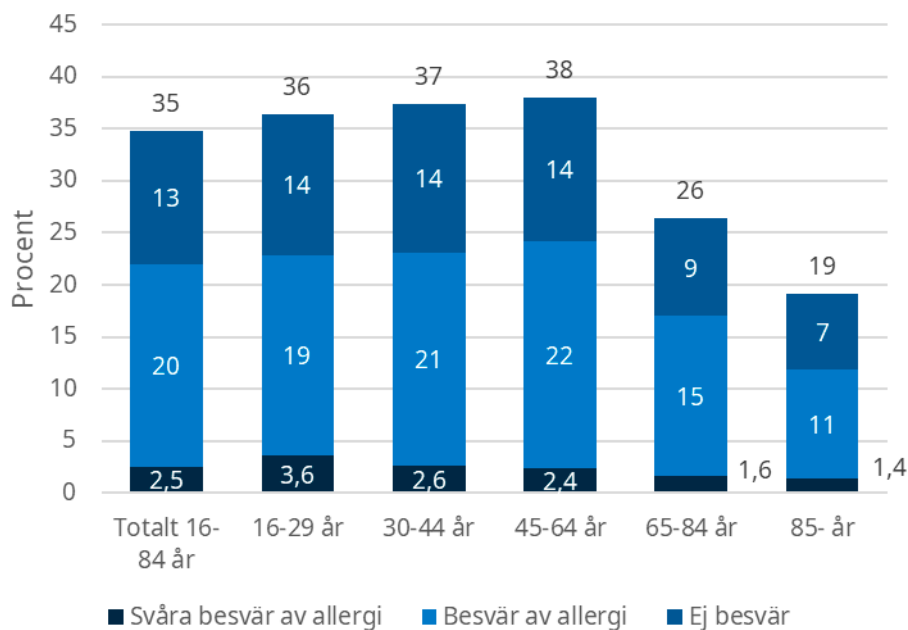
Hur vanligt är allergi bland barn och vuxna?

Globalt sett har allergiska sjukdomar ökat över tid. Idag är mellan 10 och 30 procent av alla människor i världen drabbade [4]. 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 [3].

I Sverige är allergier en av de vanligaste kroniska sjukdomarna: 35 procent av befolkningen uppger att de har en allergi [4]. Exempelvis har andelen 12-åringar med pollenallergi stigit från 14 till 19 procent mellan 2011 och 2019 [7].

Allergiska sjukdomar börjar ofta tidigt i livet, till exempel med eksem eller matallergi, medan astma och allergisk snuva oftast börjar senare under uppväxten. [5]. Hur svåra besvären är kan också variera under olika perioder.

Diagram 1 Andel vuxna personer som svarar att de har allergi samt om de har besvär alternativt svåra besvär av sin allergi. Totalt och fem åldersgrupper.



Källa: Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät.

Socialstyrelsens förslag till nationell strategi och handlingsplan 2026 för allergier har också sammanställt statistik i en underlagsrapport över uttag av förskrivningsläkemedel samt förekomst av slutenvårdtillfällen eller läkarbesök i specialiserad öppenvård som kopplas till ett urval av allergier (1). Bland annat redovisar underlagsrapporten utveckling över tid av

vårdtillfällen för i åldersgrupper, skillnader mellan regioner och socioekonomiska grupper. Där finns också statistik som kopplar till allergisk rinokonjunktivit och atopiskt eksem som ingår i denna konsekvensbeskrivning.

Flera av resultaten pekar på att det är en mindre andel av personer med allergi som har något slutenvårdstillfälle eller läkarkontakt på sjukhus under ett enskilt år. Därför har denna konsekvensbeskrivning även sammanställt kompletterande underlag kopplat till Socialstyrelsens enskilda rekommendationer för att få en samlad bild av nuläget. Detta utgör utgångspunkt för att beskriva förväntade förändringar i resursbehov och kostnader när hälso- och sjukvården arbetar med att införa rekommenderade behandlingar.

Konsekvenser av rekommendationerna

Här presenterar vi konsekvensanalyser av Socialstyrelsens rekommendationer om allergi.

➔ **Läs mer:** Rekommendationerna presenteras närmare i huvudrapporten *Nationella riktlinjer: Allergi – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården*.

Id 3: Oral immunterapi vid jordnötsallergi hos barn

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

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationen om jordnötsallergi hos barn

Rekommendationen om att erbjuda oral immunterapi till barn med IgE-förmedlad jordnötsallergi förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Detta eftersom behandlingen hittills har erbjudits till ett mindre antal barn vid enstaka sjukhus. Hälso- och sjukvården behöver också säkerställa att personalresurser avdelas för dessa arbetsuppgifter och får kompetens att sätta in och följa oral immunterapi inom ramen för barnsjukvården.

Antal barn som är aktuella för oral immunterapi: Inledningsvis omkring 2200 barn i åldrarna 4–17 år medan den yngsta åldern och äldre barn med sedan tidigare känd allergi erbjuds oral immunterapi. På sikt är behandling aktuell för omkring 1000 barn per år när nya födelsekohorter fyller 4 år. Nationellt är det få barn har hittills erbjudits oral immunterapi vid jordnötsallergi.

Behandling: Oral immunterapi vid jordnötsallergi innebär att barnet startar med mycket små mängder jordnötsprotein dagligen och dosen ökas över tid, för att desensibilisera immunsystemet. Varje dosökning sker på ett

läkarbesök och under medicinsk övervakning. Sammanlagt innehåller doseringsschemat 10 läkarbesök. Socialstyrelsens räkneexempel utgår från att varje barn deltar i den oral immunterapi med läkemedel under 2 år och att underhållsdosen därefter består av en jordnöt för barn där behandlingen givit önskat resultat.

Regionernas kostnad per barn med oral immunterapi: Socialstyrelsen har räknat med att läkemedelskostnaden under de två inledande behandlingsåren är 52 200 kronor per barn per år och till det kommer besökskostnader som under det första året är cirka 50 000 kronor och under det andra året omkring 5000 kronor. Kostnader för behandlingskrävande biverkningar beräknade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket till cirka 25 000 kronor. Den totala genomsnittliga kostnaden per barn för en oral immunterapi under två år är då cirka 185 000 kronor.

Regionernas merkostnad totalt: Socialstyrelsen beräknar att läkemedelskostnaden för att behandla 2200 barn under första året är omkring 115 miljoner kronor för att sedan vara omkring 230 miljoner kronor under fyra år medan också äldre barn erbjuds oral immunterapi vid jordnötsallergi. Kostnaderna för vårdbesök för initiering, dosökning och uppföljning är under första året 121 miljoner kronor för att sedan öka till 132 miljoner kronor under fyra år. Läkemedelskostnaden beräknas till 115 miljoner kronor första året för att sedan vara 230 000 miljoner kronor under fyra år. Behandlingskrävande biverkningar förväntas kosta cirka 54 miljoner kronor under de första åren när behandlingen erbjuds. På längre sikt, när det företädesvis är nya födelsekohorter med 4-åringar som är aktuella för att starta oral immunterapi kommer den årliga kostnaden för läkemedel, vårdbesök och behandlingskrävande biverkningar att vara omkring 190 miljoner kronor.

Metod

Antal barn som erbjuds oral immunterapi

Omkring 2 procent av alla barn beräknas ha jordnötsallergi vilket då motsvarar 2000 barn i en födelseårskohort på 100 000 barn. Jordnötsallergi kan växa bort för en mindre andel, omkring 20 procent, men det går inte att säga på förhand vilka dessa är. Kunskapsunderlaget pekar på att barn med mycket allvarlig respektive lindrig form av jordnötsallergi inte är aktuella för oral immunterapi. Socialstyrelsens beräkningar av förväntade kostnader för oral immunterapi bygger utifrån detta på ett antal antaganden om hur rekommendationen kommer att påverka hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens projektgrupp bedömde att hälften av alla barn med jordnötsallergi kan vara aktuella för oral immunterapi. Detta skulle då motsvara cirka 1000 barn per 100 000 barn i en födelsekohort.

Oral immunterapi vid jordnötsallergi är godkänd för barn 4–17 år och behandlingen har bättre effekt om den sätts in så tidigt som möjligt enligt kunskapsunderlaget. På sikt innebär det att i första hand kommer omkring 1000 barn i varje ny 4-årskohort att vara aktuella för behandling. Detta under förutsättning att jordnötsallergin ofta kan vara känd när barnet fyller 4 år.

Under en införandefas kommer också äldre barn som är äldre än 4 år att vara aktuella för erbjudande om behandling. Detta eftersom endast ett fåtal barn behandlats hittills och det då kan finnas barn upp till 17 år som kan förväntas ha god nytta av oral immunterapi. Socialstyrelsen bedömer dock att det kommer att ta flera år att erbjuda alla dessa barn oral immunterapi eftersom det rör sig om många födelsekohorter. Socialstyrelsens räkneexempel har utgått att sammanlagt ytterligare 6 000 barn under en övergångsperiod startar oral immunterapi. Tabell 8 sammanställer de antaganden om hur många barn som kommer att genomgå oral immunterapi vid jordnötsallergi som ligger till grund för Socialstyrelsens beräkningar av regionernas förväntade kostnadsökningar.

Tabell 1 Antal barn som är aktuella för oral immunterapi, antaganden och bedömningar inom projektgruppen.

Socialstyrelsens kunskapsunderlag samt antaganden och bedömningar inom Socialstyrelsens projektgrupp

Uppgift	Antal (andel)
Antal barn med jordnötsallergi per 100 000 barn	2 000 (2%)
Antal (andel) som är aktuella för oral immunterapi bland barn med jordnötsallergi per 100 000 barn	1 000 (50%)
Antal barn med jordnötsallergi i prevalent kohort 5–17 år som erbjuds oral immunterapi	6 000
Tidsperiod under vilken den prevalenta kohorten erbjuds starta oral immunterapi	5 år

Resursanvändning och enhetskostnader

Tabell 9 visar de enhetskostnader som Socialstyrelsen använt för att beräkna förväntade öknings av regionernas kostnader för att erbjuda oral immunterapi. De två betydande tillkommande kostnadsposterna är läkarbesök på grund av den orala immunterapin och läkemedelskostnaden. Båda dessa ingår i Socialstyrelsens beräkningar. Det kan även tillkomma kostnader för biverkningar såsom behandlingskrävande reaktioner. Dessa har dock en mindre betydelse för kostnaderna i ett livstidsperspektiv enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) beslutsunderlag (19). Detta eftersom barn som genomgår oral immunterapi även fortsatt ska undvika jordnötter i mat och ha tillgång till adrenalinspruta för att hantera

behandlingskrävande reaktioner. TLV räknar med samma behov av uppföljning i hälso- och sjukvården efter oral immunterapi men en mindre kostnadsökning på grund av biverkningar under behandlingen som är större än minskningen av sjukvårdsinsatser på grund av reaktioner över livstiden.

Oral immunterapi omfattar 10 läkarbesök under 22 veckor enligt doseringsschemat som ligger till grund för TLV:s bedömning av läkemedlets kostnadseffektivitet. Det omfattar tiden från det att barnet startar med mycket små mängder jordnötsprotein som sedan ökas stegvis i samband med medicinsk övervakning. Efter detta fortsätter underhållsfasen. Det framgår dock inte från underlagen hur många besök utöver en vanlig allergiuppföljning som är aktuellt på grund av den orala immunterapi i underhållsfasen när den ges i klinisk praxis. Socialstyrelsens beräkningar bygger på ett konservativt antagande om att barnet har ett extra uppföljningsbesök under det första året och även ett extra läkarbesök under det andra behandlingsåret utöver vad som skulle vara sedvanlig årskontroll av barnet även utan oral immunterapi. Därefter har inte beräkningarna inkluderat några kostnader läkarbesök utöver de som barnet har för sin allergi.

Den andra betydande kostnadsposten är läkemedelskostnaden. Socialstyrelsen har i beräkningarna utgått ifrån att den orala immunterapi i genomsnitt ges med det godkända läkemedlet under sammanlagt två år och att underhållsbehandling därefter görs i form av en jordnöt per dag. Denna form av underhållsbehandling beskrivs i TLV:s beslutsunderlag som ett alternativ som bör prövas då barnet uppnått tolerans för minst 300 mg jordnötsprotein och i alla fall för behandlingar som fortsätter längre än två år. Kostnaden för en jordnöt om dagen har inte inkluderats i beräkningen.

Tabell 2 Enhetskostnader oral immunterapi vid jordnötsallergi.

Resursanvändning	Åtgärds-kod, DRG-kod ^a	Enhets- kostnad Kronor
Allergi-immunbristutredning med provokation ^b	X350	5829
Läkarbesök barnmedicin ^b	BLÄK01	4909
Läkemedelskostnad per månad ^c		4350
Behandling av biverkningar, ökad kostnad per person ^c		24 712
Behandling av reaktioner på exponering av jordnöt, minskad kostnad per person i ett livstidsperspektiv ^c		1 222

^a DRG diagnosrelaterad grupp. ^b Södra sjukvårdsregionen regionala ersättningar (17). ^c Beslutsunderlag Palforzia Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (19).

TLV:s beslutsunderlag tar också upp att den oral immunterapi förväntas vara förknippad med fler behandlingskrävande biverkningar (i genomsnitt 18,6 tillfällen för de som får läkemedlet jämfört med 0,3 för barn som enbart undviker jordnötter) (19). Samtidigt antog analysen att de icke-behandlingsrelaterade reaktionerna av exponering för jordnötter halverades sett över en livstid från 6,3 till 3. TLV räknade med att de behandlingsrelaterade biverkningarna skulle medföra kostnader på knappt 25 000 kronor i genomsnitt per barn (19). Beräkningarna har förenklat analysen genom att anta att dessa kostnader uppstår företrädesvis under det första behandlingsåret.

Resultat

I Socialstyrelsens beräkningar kommer hälso- och sjukvårdens kostnader för vårdbesök och läkemedel att vara 290 miljoner kronor under det första året och därefter under fyra år ligga på 415 miljoner kronor. Detta utifrån antagandet att regionerna kommer att erbjuda oral immunterapi vid jordnötsallergi till barn i det aktuella åldersintervallet och framför allt bland de yngre åldrarna där studierna visar bäst effekt av behandlingen. Beräkningen inkluderar kostnader för vårdbesök, läkemedel och behandling av biverkningar på grund av den orala immunterapi.

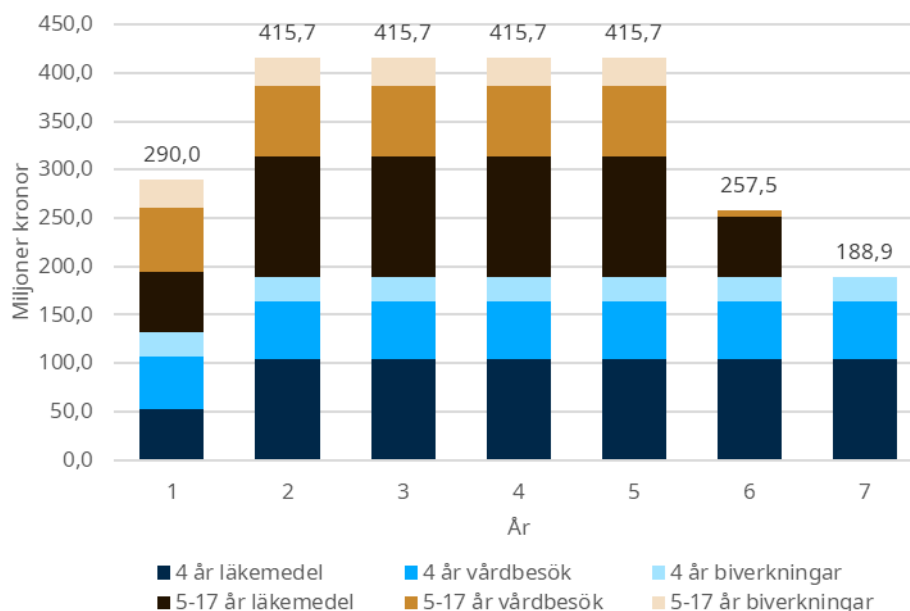
Oral immunterapi kostar med räkneexemplens uppställning cirka 185 000 kronor per barn för extra vårdbesök på grund av behandling och uppföljning, läkemedel samt behandlingskrävande biverkningar. I räkneexemplet startar 2 200 barn oral immunterapi under det första året och deras behandling pågår även under det följande året. Under år 2 antar beräkningarna att ytterligare 2 200 barn startar oral immunterapi. Det betyder att under en övergångsperiod, i räkneexemplet från år 2 till år 6 kommer det att vara fler

barn som har pågående oral immunterapi (4 400 barn). Eftersom behandlingen är godkänd endast för barn i åldersintervallet 4–17 år kommer detta vara en övergående fas om hälso- och sjukvården efterhand systematiskt erbjuder oral immunterapi till de 4-åringar som är aktuella för åtgärden. Från och med år 7 i Diagram 6 skulle det vara omkring 2000 barn som står på oral immunterapi med läkemedel varje år om hälso- och sjukvården redan hunnit erbjuda de äldre barn som varit aktuella för behandlingen.

Hälso- och sjukvården behöver även säkerställa att det finns tillräcklig kapacitet för att öka antalet läkarbesök. Initialt rör det sig om omkring 25 000 fler läkarbesök per år och långsiktigt omkring 12 000 läkarbesök per år. Nationellt motsvarar det flera läkartjänster.

Om 1000 nya barn erbjuds oral immunterapi vid jordnötsallergi varje år och står kvar med behandling och extra uppföljning för denna under ytterligare ett år blir den långsiktiga årliga kostnaden omkring 190 miljoner kronor för regionerna. Av dessa är 104 miljoner kronor kostnader för läkemedel och 60 miljoner kostnader för läkarbesök på grund av den orala immunterapin. Totalkostnaden inkluderar också omkring 25 miljoner kronor för behandlingskrävande biverkningar på grund av den orala immunterapin som antagits framför allt vara aktuellt under det första behandlingsåret.

Diagram 2 Regionernas kostnader läkemedel, vårdbesök och biverkningar vid införande av oral immunterapi för jordnötsallergi år 1 till år 7. Tidig behandling av 4-åringar samt inledningsvis även äldre barn.



Diskussion

Räkneexemplet utgår från att det finns cirka 100 000 barn i varje ålder. Detta varierar dock över tid och de senaste åren har det fötts färre än 100 000 barn per år i Sverige. Flera tidigare årskohorter innehåller däremot omkring 120 000 barn. Det betyder att antalet barn utöver de yngsta som ska erbjudas oral immunterapi kan vara underskattat. Detta eftersom barn som idag är i mellanstadie- och högstadieåldern tillhör förhållandevis stora födelsekohorter. Om 2 procent av alla barn har någon form av jordnötsallergi skulle det enligt Statistiska centralbyråns senaste helårsstatistik (år 2024) finnas omkring 35 000 barn i åldrarna 4–17 år.

Socialstyrelsen har i likhet med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket utgått ifrån att oral immunterapi ges som tillägg till undvikande av jordnötter. Räkneexemplets kostnader bygger också på de utgångspunkter som TLV:s beslutsunderlag hade för sin bedömning av kostnadseffektivitet för läkemedlet som används i den orala immunterapin (19). TLV:s beräkningar utgick från att de icke-behandlingsrelaterade reaktionerna sett över en livstid skulle kunna halveras från drygt 6 tillfällen för dem som fortsätter att enbart undvika exponering för jordnötter till 3 tillfällen för gruppen som behandlats med oral immunterapi. I TLV:s beräkningar motsvarade det en kostnadsminskning på omkring 1200 kronor i ett livstidsperspektiv. Socialstyrelsen har inte vägt in denna långsiktiga kostnadsminskning i beräkningen av förväntad budgetpåverkan de närmaste åren. Avgörande för TLV:s bedömning av läkemedlets kostnadseffektivitet var dock förväntad patientnytta och livskvalitetsvinst och inte dess möjliga kostnadsbesparing i hälso- och sjukvården genom livet.

Läkemedlet som används i oral immunterapi inkluderades i läkemedelsförmånen 2022 men användningen är hittills begränsad enligt Socialstyrelsens projektgrupp. Det betyder att regionerna hittills avsatt begränsat med personalresurser och haft begränsade kostnader för åtgärden. Resultaten i Diagram 6 speglar då de resurser som behöver tillföras för att kunna erbjuda oral immunterapi till barn och ungdomar.

Slutsats

Rekommendationen om att erbjuda oral immunterapi till barn med IgE-förmedlad jordnötsallergi förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader med 290 miljoner kronor under första året och därefter ligga på 416 miljoner kronor under fyra år medan också äldre barn erbjuds behandling. Långsiktigt kostar vårdbesök, läkemedel och behandling av biverkningar omkring 190 miljoner kronor om året om cirka 1000 barn per år påbörjar behandling. Hälso- och sjukvården behöver säkerställa att personalresurser avdelas för dessa arbetsuppgifter och får kompetens att sätta in och följa oral immunterapi inom ramen för barnsjukvården.

Id 4a, 4b och 4c: Sublingual immunoterapi till barn och vuxna vid allergisk rinokonjunktivit

Till hälso- och sjukvården

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

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om allergisk rinokonjunktivit

Rekommendationerna om att erbjuda sublingual immunterapi mot gräs-, björk- och kvalsterallergi till barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit förväntas öka hälso- och sjukvårdens resursanvändning och kostnader. Detta eftersom det hittills är en begränsad användning.

Antal barn och vuxna som är aktuella för sublingual immunoterapi:

Cirka 100 000 barn och vuxna har allergisk rinokonjunktivit orsakad av gräspollen, björkpollen eller husdammskvalster och bedöms kunna ha nytta av sublingual immunoterapi. För närvarande behandlas omkring 22 000 personer. Detta innebär att det i nuläget finns ytterligare omkring 80 000 personer som skulle kunna dra nytta av behandlingen. På längre sikt förväntas omkring 1800 personer per år behöva påbörja sublingual immunterapi (6 procent av personer med allergi).

Behandling: Sublingual immunterapi vid allergisk rinokonjunktivit ges till personer med kvarstående måttliga till svåra symtom trots symtomlindrande

behandling, såsom antihistaminer och nasala steroider. Den innehåller små dagliga doser av allergenet i tablettform under tre år. Första dosen ges på sjukhus under övervakning och därefter tas behandlingen hemma med årlig uppföljning på specialistmottagning, för att kontrollera effekt och säkerhet.

Regionernas kostnad per person med sublingual immunterapi: Den viktade genomsnittliga kostnaden för sublingual immunoterapi är omkring 18 000 kronor per person och år under tre år utifrån nuvarande behandlingsmönster för de tre allergenerna. Läke-medelskostnaden motsvarar cirka 10 400 kronor och besökskostnaderna cirka 7 600 kronor.

Regionernas merkostnad totalt: Socialstyrelsen har beräknat att den totala merkostnaden för läke-medelsbehandling med sublingual immunterapi och tillhörande vårdbesök ökar under de första åren när både tidigare obehandlade personer och nyinsjuknade personer erbjuds behandling. Merkostnaden förväntas uppgå till cirka 392 miljoner kronor det första året och ökar under de följande åren i takt med att både tidigare obehandlade personer och nyinsjuknade behandlas. Kostnaderna är som högst under år 3 och 4 (cirka 1,2 miljarder kronor). På lång sikt när alla prevalenta fall har erbjudits behandling och endast nya fall är aktuella för att starta sublingual immunterapi blir kostnaden cirka 97 miljoner kronor per år. Utvecklingen speglar en initial införandefas med högre kostnader följt av en lägre och mer stabil kostnadsnivå.

Metod

Allergisk rinokonjunktivit debuterar oftast före 30 års ålder och prevalensen uppskattas till cirka 20–30 procent av alla barn och vuxna enligt Socialstyrelsens kunskapsunderlag. Detta motsvarar cirka 2–3 miljoner personer i en befolkning på 10 miljoner personer.

Tabell 4 sammanställer antaganden om hur många barn och vuxna som förväntas genomgå sublingual immunterapi vid allergisk rinokonjunktivit orsakad av gräs, björk och kvalster, vilka ligger till grund för Socialstyrelsens beräkningar av regionernas förväntade kostnader.

Bland barn och vuxna som lever med allergisk rinokonjunktivit uppskattar Socialstyrelsen projektgrupp att cirka 100 000 personer kan vara aktuella för behandling med sublingual immunterapi. Av dessa är det drygt 20 000 personer som idag får behandling, vilket innebär att ytterligare omkring 80 000 personer potentiellt kan vara aktuella för att påbörja behandling (Tabell 4). Socialstyrelsen projektgrupp gör bedömningen att inte alla personer som hittills varit obehandlade kan erbjudas behandling samtidigt, utan att ytterligare personer successivt kan inkluderas över tid. Socialstyrelsens räkneexempel har antagit att detta görs under fyra år och att det därför är 20 000 personer per år som erbjuds behandlingsstart med sublingual immunterapi. Detta innebär att de 80 000 personer som i dag

skulle kunna ha nytta av sublingual immunoterapi, men ännu inte fått denna behandling, successivt skulle genomgå tre års behandling under en period på sex år.

Varje år tillkommer också nya fall med allergisk rinokonjunktivit där standardbehandlingen ger otillräcklig effekt och personen kan då vara aktuell för sublingual immunterapi. Socialstyrelsens projektgrupp uppskattar att cirka 10 procent av alla med utvecklad allergisk rinokonjunktivit har otillräcklig effekt av standardbehandlingen. Den andel som faktiskt blir aktuell för sublingual immunterapi uppskattas dock vara lägre, bland annat till följd av samsjuklighet samt variation i motivation och följsamhet till behandling. Socialstyrelsens räkneexempel har antagit att i en årskull om 100 000 personer så är det 30 procent som har allergisk rinokonjunktivit och att 6 procent av dessa är aktuella för sublingual immunoterapi. Det motsvarar cirka 1 800 personer. I Socialstyrelsens räkneexempel utgör detta underlag för antagande om hur många nya fall som långsiktigt per år har otillräcklig effekt av standardbehandling och som därför erbjuds påbörja sublingual immunterapi.

Tabell 3 Uppskattat antal barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit samt antal som är aktuella för sublingual immunterapi (SLIT).

Antaganden och bedömningar inom Socialstyrelsens projektgrupp.

Barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit	Antal
Antal i hela befolkningen – 30 procent	3 000 000
Personer med nytta av SLIT ^a som ännu inte fått denna behandling	80 000
Nya fall på lång sikt per årskull om 100 000 personer	
- 30 procent får allergisk rinokonjunktivit	30 000
- 6 procent av dessa är aktuella för SLIT ^a	1 800

^a SLIT=Sublingual immunterapi

Tabell 5 redovisar de enhetskostnader som Socialstyrelsen har använt som underlag för beräkning av regionernas förväntade kostnader. Kostnaderna omfattar läkarbesök inom specialiserad allergologisk öppenvård samt läkemedelskostnader för sublingual immunterapi.

Antalet vårdbesök varierar mellan behandlingar för olika allergen. Enligt underlag från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ingår vid behandling av gräs- och kvalsterallergi totalt fyra läkarbesök under en treårig behandlingsperiod, medan behandling av björkpollenallergi omfattar totalt sex besök under tre år (10-12). Sammantaget motsvarar detta, givet nuvarande fördelning mellan allergityper, ett viktat genomsnitt om 1,6 läkarbesök per person och år.

För att spegla skillnader i besöksfrekvens, läkemedelskostnader och aktuell fördelning mellan allergityper har en viktad genomsnittlig årskostnad beräknats baserat på kostnaden för en treårig behandling och nuvarande behandlingsmönster. Enligt Socialstyrelsens projektgrupp kan ytterligare uppföljning ske genom besök eller telefonsamtal med sjuksköterska. Då omfattning och frekvens av dessa kontakter är osäker har kostnader för dessa inte inkluderats i beräkningarna.

Tabell 4 Enhetskostnader sublingual immunoterapi.

Resursanvändning	Koder, källa	Beräknad genomsnittlig kostnad per år
Läkarbesök (allergi) ^a	LAPSL2 (4643 kr per besök)	7 606
Läkemedel ^b		10 398

a Utomlänspriser 2025 Västra sjukvårdsregionen (13) b Tandvårds- och läkemedelsformånsverkets prisdatabas (6) samt beslutsunderlag för Aitgrys (gräs(12)), Itulazax (björk (10)) och Aitmyte (kvalster (11)).

Resultat

Diagram 2 visar det uppskattade antalet barn och vuxna som är aktuella för sublingual immunterapi under en sjuårsperiod. Det första året uppgår antalet till totalt cirka 43 800 personer. Antalet personer som är aktuella för behandling ökar därefter årligen och når en topp om cirka 72 400 personer år 3. Ökningen förklaras främst av att personer som hittills varit obehandlade successivt inkluderas i behandling, samtidigt som nyinsjuknade personer med behov av behandling tillkommer. Efter hand som gruppen av personer utan tidigare behandling avslutar sin behandlingsperiod minskar det totala antalet personer som är aktuella för behandling. Från och med år 7 består gruppen i huvudsak av nyinsjuknade personer, och det totala antalet uppgår då till cirka 5400 personer årligen.

Diagram 3 Antal barn och vuxna aktuella för sublingual immunterapi år 1 till 7.

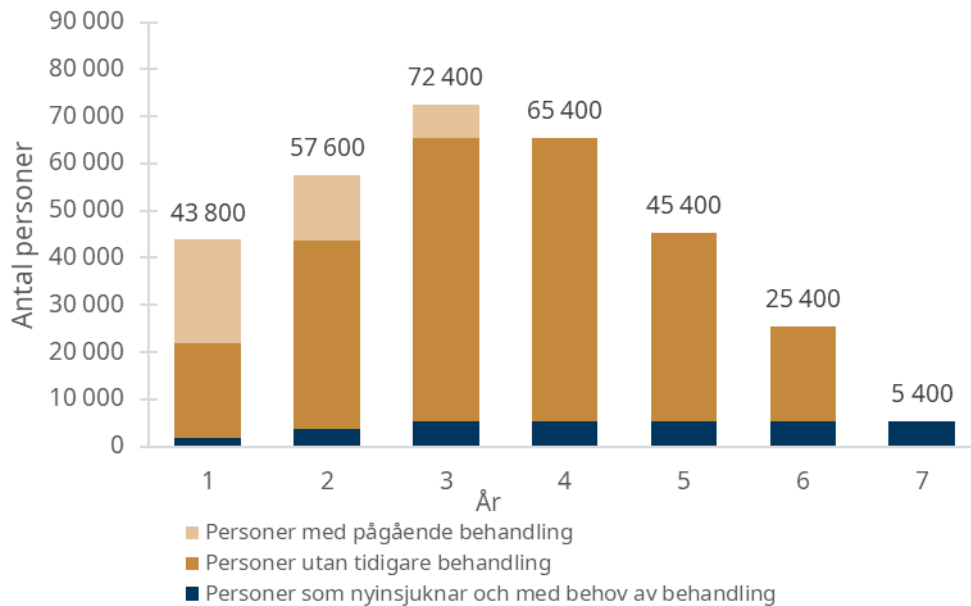
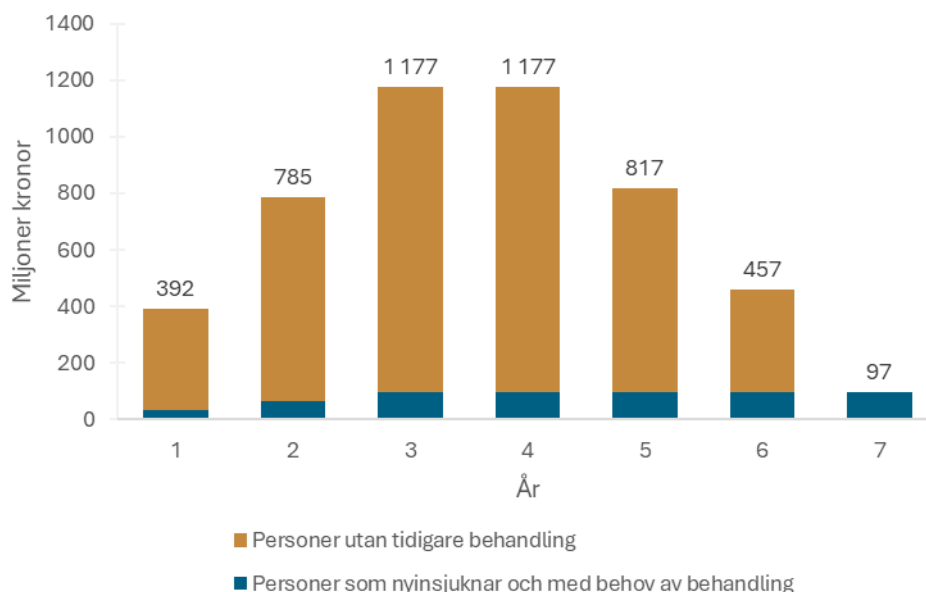


Diagram 3 visar de beräknade merkostnaderna för regionerna när både tidigare obehandlade personer och personer med nydebuterad allergisk rinokonjunktivit erbjuds sublingual immunterapi. Merkostnaderna ökar under de första åren i samband med att behandlingsvolymen byggs upp och uppgår till cirka 392 miljoner kronor år 1, 785 miljoner kronor år 2 samt cirka 1,2 miljarder kronor år 3 och 4. Därefter minskar kostnaderna successivt i takt med att antalet tidigare obehandlade personer som återstår att inkludera minskar och antalet behandlade stabiliseras. År 5 beräknas merkostnaden till cirka 817 miljoner kronor, år 6 till cirka 457 miljoner kronor och år 7 till cirka 97 miljoner kronor. Utvecklingen speglar en initial fas med högre kostnader, följd av en lägre och mer stabil kostnadsnivå som huvudsakligen avser behandling av nyinsjuknade personer.

Diagram 4 Regionernas kostnader för läkarbesök och läkemedel vid behandling med sublingual immunterapi – tidigare obehandlade och nyinsjuknade personer.



Diskussion

En rekommendation om sublingual immunterapi vid måttliga till stora besvär av allergisk rinokonjunktivit hos barn och vuxna bedöms på kort sikt medföra ökade kostnader för regionerna. Detta beror på att många personer initialt förväntas påbörja behandling. På längre sikt bedöms dock kostnaderna bli lägre och mer stabila, eftersom behandlingen då i huvudsak kommer att omfatta personer med nydebuterad allergisk rinokonjunktivit i behov av sublingual immunterapi.

Socialstyrelsens deskriptiva statistikunderlag visar att kontakter med den specialiserade vården för allergisk rinokonjunktivit förekommer i alla åldrar men är vanligast bland barn och ungdomar i åldern 5–17 år (1). Det är också i denna åldersgrupp som behandling med sublingual immunterapi är vanligast. En nyligen publicerad systematisk översikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar att barn med allergisk rinokonjunktivit har en förhöjd risk att utveckla allergisk astma, och att sublingual immunterapi möjligen kan minska risken för sådan utveckling (14). Mot denna bakgrund kan eventuella icke uppfyllda behandlingsbehov i den yngre åldersgruppen ha betydelse även för den framtida förekomsten av astma. En ökad användning av sublingual immunterapi bland barn och ungdomar skulle därmed kunna påverka astmasjukligheten i denna grupp på längre sikt.

När fler personer erbjuds behandling med sublingual immunterapi ökar behovet av läkarkontakter. Socialstyrelsens beräkningar antar att tillgången

till behandling successivt utvidgas och det tillkommer drygt 100 000 ytterligare läkarbesök under de två år då antalet personer i behandling är som störst. Därefter minskar behovet av läkarinsatser i takt med att färre personer står kvar på behandling. På längre sikt stabiliseras behovet på omkring 8 500 extra läkarbesök per år jämfört med nuläget.

Socialstyrelsens kartläggning av kompetensförsörjningen inom allergologin visar att det råder brist på både barn- och vuxenallergologer i Sverige samt att tillgången är ojämnt fördelad mellan regionerna (15). En initial fråga för hälso- och sjukvården kommer därför att bli hur tillgången till specialistkompetens, främst allergologer och barnläkare med kompetens inom allergologisk immunterapi, ska säkerställas för att kunna möta vårdbehovet hos de tillkommande grupper som kan komma att bli aktuella för behandling.

Enligt Socialstyrelsens projektgrupp bör barn som behandlas med sublingual immunterapi följas inom den specialiserade öppenvården av barnallergolog eller barnläkare med kompetens inom allergen immunterapi. För vuxna med okomplicerad sjukdom och utan andra allergiska manifestationer bedöms uppföljning i många fall kunna ske i primärvården. I vilken utsträckning detta sker i dag är dock oklart. En överföring av uppföljningen för dessa vuxna personer från den specialiserade allergivården till primärvården skulle möjligen kunna frigöra resurser inom specialiserade allergivården och därmed öka möjligheten att initiera behandling för fler personer. En sådan förändring förutsätter dock utbildningsinsatser inom allergen immunterapi i primärvården.

Slutsats

Rekommendationer om sublingual immunterapi vid allergisk rinokonjunktivit innebär en initial ökning av regionernas kostnader och vårdvolym, till följd av att ett icke tillgodosett behandlingsbehov successivt tillgodoses. På längre sikt stabiliseras både antalet behandlade personer och kostnaderna, då behandlingen främst kommer att personer med nydebuterad sjukdom. En betydande andel av de personer som bedöms ha nytta av behandlingen är barn och ungdomar, vilket medför krav på tillgång till specialistkompetens inom den specialiserade allergivården. Den nuvarande bristen på allergologisk kompetens utgör därför en central utmaning för ett jämlikt införande av rekommendationerna.

Id 5a, 5b, 5c: Systemisk behandling med interleukin-hämmare, JAK-hämmare och metotrexat hos barn och vuxna med 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

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationerna om atopiskt eksem

Antal personer som är aktuella med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat: Totalt omkring 14 000 personer med atopiskt eksem bedöms vara aktuella för systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat. Idag får omkring 3500 personer någon av dessa systemiska behandlingar vilket innebär att omkring 10 000 fler personer än idag är aktuella för behandling. Beräkningarna utgår ifrån att dessa fördelas enligt följande: 6000 personer som får IL-hämmare, 3000 personer får JAK-hämmare och 1000 personer får metotrexat.

Behandling: IL-hämmare ges som subkutan injektion, vanligen 1 gång varannan vecka med förfyllda injektionspennor. IL-hämmare inkluderar substanserna dupilumab, tralokinumab eller lebrikizumab. JAK-hämmare tas i form av en tablett en gång per dag. JAK-hämmare inkluderar substanserna abrocitinib, baricitinib eller upadacitinib. Metotrexat tas vanligen som tabletter en gång per vecka men kan även tas som subkutan injektion och intravenös infusion. Förskrivningen av behandlingarna bör göras av läkare med särskild kunskap om atopiskt eksem, såsom, dermatolog, allergolog eller barnallergolog.

Ökade kostnader för regionerna: Socialstyrelsen har beräknat att den årliga läkemedelskostnaden för att behandla 10 000 personer med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat uppgår till 1,3 miljarder kronor om läkemedlen betalas enligt listpris och utan regionernas avtalade rabatt. Merparten av kostnaderna utgörs av kostnader för IL-hämmare och JAK-hämmare.

Metod

Atopiskt eksem drabbar ungefär vart fjärde barn och var tionde vuxen i Sverige vilket innebär att totalt omkring 1 350 000 personer i Sverige har atopiskt eksem, varav omkring 60 procent är vuxna (drygt 800 000) och 40 procent är barn (drygt 500 000). Enligt den nationella föreningen Atopikerna har de flesta lätta till måttliga besvär medan 5–7 procent bedöms ha svåra besvär (2). Antalet med svåra besvär motsvarar således mellan 65 000 och 95 000 personer.

Enligt Socialstyrelsens deskriptiva analyser av data från patientregistret och läkemedelsregistret uppgick antalet personer som under 2024 vårdats med atopiskt eksem (ICD-kod L20) och atopiska vinterfötter (ICD-kod L30.8C) som huvuddiagnos inom slutenvård och/eller inom specialiserad öppenvård till omkring 21 000 (9 000 vuxna och 12 000 barn 0-17 år) (1).

Underlagsrapporten visar att antalet personer av dessa som idag får behandling med IL-hämmare (exklusive lebrikizumab) och JAK-hämmare uppgår till omkring 3 000. Underlagsrapporten saknar information om antalet som får behandling med metotrexat men Socialstyrelsens projektgrupp uppskattar antalet till omkring 500 personer. Sammantaget uppskattas därför antalet som idag får behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat till totalt 3 500 personer.

Socialstyrelsen bedömer att omkring 2–3 procent av alla med atopiskt eksem, motsvarande omkring 35 000 personer, inte får tillräcklig effekt av annan behandling och därmed kan vara aktuella för systemisk behandling. Enligt Socialstyrelsens projektgrupp bedöms rekommendationen i klinisk praxis innebära att cirka 400 procent fler än idag blir aktuella för behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat. Detta motsvarar omkring 10 000 fler personer än idag. Bedömningen är vidare att omkring 60 procent av dessa kommer att erbjudas IL-hämmare, 30 procent JAK-hämmare och 10 procent metotrexat. (Tabell 1)

Tabell 5 Antal barn och vuxna med atopiskt eksem som är aktuella för systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare och metotrexat

Socialstyrelsens kunskapsunderlag samt antagande och bedömningar inom Socialstyrelsens projektgrupp

	Antal
Antal med atopiskt eksem, totalt	1 350 000
10% av alla vuxna och 25% av alla barn i Sverige	
Antal med svårt atopiskt eksem	65 000–95 000
5-7% av alla med atopiskt eksem (2), Atopikerna	
Antal som inte får tillräcklig effekt av annan behandling	35 000
2-3% av alla med atopiskt eksem	
Antal som är aktuella för systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat	14 000
Antal med IL, JAK eller metotrexat i nuläget	3500
- varav IL eller JAK	3000
- varav metotrexat	500
Antal ytterligare aktuella för systemisk behandling med IL, JAK eller metotrexat	10 000 (+400%)
- IL-hämmare	6000
- JAK-hämmare	3000
- metotrexat	1000

IL-hämmare ges som subkutana injektioner och inkluderar substanserna dupilumab, tralokinumab och lebrikizumab. JAK-hämmare tas i form av en tablett dagligen och inkluderar substanserna abrocitinib, baricitinib och upadacitinib. Metotrexat tas vanligen som tabletter en gång per vecka.

I beräkningen av regionernas förväntade kostnadsökningar beräknas endast kostnaderna för läkemedel. Detta eftersom Socialstyrelsen bedömer att personerna som aktuella för systemisk behandling redan antas ha regelbundna vårdbesök i specialistvården där förskrivning och uppföljning sker.

Tabell 2 visar de enhetskostnader som Socialstyrelsen använt för att beräkna regionernas förväntade kostnader. Den årliga läkemedelskostnaden för IL-hämmare per person har beräknats som ett genomsnitt av årskostnaden för läkemedlen Dupixent, Adtralza och Ebglyss. På motsvarande sätt har den årliga läkemedelskostnaden för JAK-hämmare per person beräknats som ett genomsnitt av årskostnaden för läkemedlen Cibinqo, Olumiant och Rinvoq. För metotrexat har en genomsnittlig årskostnad för tablettbehandling

beräknats. Alla läkemedelspriser är de publicerade listpriserna. För IL-hämmare och JAK-hämmare har regionerna och företagen konfidentiella avtal om rabatter som innebär att den faktiska kostnaden är lägre.

Tabell 6 Enhetskostnader, läkemedel

Läkemedel Referens till TLV:s beslutsunderlag	Årskostnad Kronor	Antagande
IL-hämmare (dupilumab (3), tralokinumab (4), lebrikizumab (5))	140 000	Genomsnitt av TLV:s listpris för Dupixent, Adtralza och Ebglyss (6)
JAK-hämmare (abrocitinib (7) , baracitinib(8), upadacitinib(9))	120 000	Genomsnitt av listpris för Cibinqo, Olumiant, Rinvoq (6)
Metotrexat	800	Tablettbehandling, maxdos (6)

Resultat

Tabell 3 redovisar antalet ytterligare personer som bedöms vara aktuella för systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare och metotrexat. Det totala antalet ytterligare personer som är aktuella för dessa behandlingar uppgår till omkring 10 000. Den årliga merkostnaden för regionerna för behandling av dessa personer beräknas till cirka 1,3 miljarder kronor enligt listpris för IL-hämmare och JAK-hämmare. Metotrexat utgör en mindre andel av de totala kostnaderna. Läkemedelskostnaden per person och år för behandling med IL-hämmare är högre än för behandling med JAK-hämmare. Socialstyrelsens bedömning att fler personer kommer att behandlas med IL-hämmare än med JAK-hämmare innebär att behandling med IL-hämmare förväntas bidra mer till den totala årskostnaden.

Tabell 7 Regionernas ökade läkemedelskostnader för personer som bedöms vara aktuella för systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat

	Antal ytterligare personer	Kostnad per år Miljoner kronor
IL-hämmare	6000	892
JAK-hämmare	3000	371
Metotrexat	1000	0,8
Totalt	10 000 (+400%)	1 264

Diskussion

Rekommendationen om att behandla fler personer med svårt atopiskt eksem där annan behandling varit otillräcklig väntas medföra stora ökade kostnader för regionerna. Den förväntade kostnadsökningen drivs i huvudsak av läkemedelskostnaderna för IL-hämmare och JAK-hämmare, medan kostnaderna för metotrexat bedöms vara förhållandevis begränsade.

Läkemedelskostnaden per person och år för behandling med IL-hämmare är högre än för behandling med JAK-hämmare. Därutöver är bedömningen att fler personer kommer att behandlas med IL-hämmare än med JAK-hämmare och metotrexat. Sammantaget innebär detta att behandling med IL-hämmare förväntas bidra mer till den totala beräknade årskostnaden.

Regionerna och flera av företagen som marknadsför IL-hämmare och JAK-hämmare har emellertid tecknat sidoöverenskommelser. Dessa avtal som omfattas av sekretess innebär i praktiken reducerade kostnader inom läkemedelsförmånerna jämfört med listpriserna. Den faktiska budgetpåverkan kan därmed bli lägre än vad som framgår vid denna beräkning som är baserad på officiella priser. Eftersom villkoren i överenskommelserna inte är offentliga kan inte konsekvensbeskrivningen beräkna den exakta kostnadsökningen. Regionernas läkemedelsenheter behöver därför ta hänsyn till den avtalade rabatten i sina planeringar.

I de genomförda kostnadsberäkningarna har endast läkemedelskostnader inkluderats. Detta eftersom läkemedlen utgör den absoluta merparten av den förväntade kostnadsökningen. Behandlingarna kommer med rekommendationer om provtagning och uppföljande undersökningar, har dessa kostnader inte inkluderats i beräkningarna. Skälet är att den aktuella gruppen av personer i hög utsträckning redan antas ha regelbundna kontakter med specialistvården, varför uppföljningen till stor del bedöms kunna integreras i befintliga vårdstrukturer utan betydande merkostnader.

Kostnadsberäkningarna bygger på antagandet om att endast en del av de som inte får tillräcklig effekt av annan behandling är aktuella för behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare eller metotrexat. Om antalet personer med svårt atopiskt eksem som inte uppnår tillräcklig effekt av annan behandling och som kan vara aktuella för dessa behandlingar är högre än beräknat, kommer kostnaderna att öka i motsvarande grad. Detta beror på att läkemedelskostnaderna är direkt volymberoende.

Socialstyrelsens deskriptiva analyser utifrån patientregistret och läkemedelsregistret med statistik fram till och med 2024. Om användningen av de aktuella läkemedlen sedan dess har ökat, har denna konsekvensbeskrivning utgått från ett alltför konservativt nuläge. Detta om det skulle vara fler än 3500 barn och vuxna som behandlas med något av de systemiska läkemedlen.

Slutsats

Sammanfattningsvis innebär rekommendationen om systemisk behandling med IL-hämmare, JAK-hämmare och metotrexat en tydlig ekonomisk påverkan för regionerna, huvudsakligen driven av läkemedelskostnader för IL-hämmare och JAK-hämmare. Sidoöverenskommelser kan bidra till att dämpa den faktiska kostnadsökningen men bedömningen om antalet personer som är aktuella för behandlingarna är avgörande för den totala påverkan. Därför kommer rekommendationen att kräva en noggrann bedömning, uppföljning och budgetplanering i regionerna.

Id 6: Oral provokation med penicillin till vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi

Till hälso- och sjukvården

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

Sammanfattande konsekvensanalys av rekommendationen om feldiagnosticerad penicillin- eller amoxicillinallergi

Antal vuxna personer som är aktuella för oral provokation med penicillin: 5–10 procent av alla vuxna vilket motsvarar mellan 420 000 och 840 000 vuxna personer.

Behandling: Ett fysiskt läkarbesök i primärvården för att genomföra den oral provokationen med penicillin inklusive observation en timme och avslutande samtal.

Regionernas kostnad per vuxen med oral provokation: Omkring 2000 kronor vilket är kostnaden för ett fysiskt läkarbesök i primärvården.

Regionernas merkostnad totalt: Rekommendationen om oral provokation med penicillin till vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi förväntas innebära en kostnad på mellan 674 miljoner kronor och 1,3

miljarder kronor hälso- och sjukvården för personer som i nuläget har varningsmarkering för penicillinallergi och låg risk för allergisk reaktion.

Metod

Antal vuxna som erbjuds oral provokation med penicillin

Socialstyrelsens projektgrupp bedömer att mellan 5 procent och 10 procent av alla vuxna har en varningsmarkering för penicillinallergi i sin journal. Det förekommer dock en betydande överdiagnostik och studier har pekat på att minst 95 procent av de som testas med oral provokation kan avskrivas. Socialstyrelsen har därför tagit fram två räkneexempel som bygger på att vuxna som har en varningsmarkering penicillinallergi, och där risken för en allergisk reaktion bedöms vara låg, genomgår oral provokation med penicillin.

Det första exemplet bygger på att 5 procent av alla vuxna har en varningsmarkering för penicillinallergi i sin journal (Tabell 6). Detta motsvarar cirka 420 000 personer i Sverige. Det andra exemplet utgår från att det i stället skulle röra sig om 10 procent av alla vuxna vilket motsvarar cirka 840 000 personer. Beräkningarna har antagit att det för minst 80 procent av alla med varningsmarkering kan finnas misstanke om felaktig diagnos och det är låg risk för en allergisk reaktion vid direkt provokation. Därmed skulle 340 000 eller 680 000 vara aktuella för att erbjudas oral provokation utifrån nuvarande befolkningsunderlag (Tabell 6).

Tabell 8 Förmodad penicillinallergi och andel som är aktuell för oral provokation med penicillin. Antal vuxna.

Antaganden och bedömningar inom Socialstyrelsens projektgrupp.

Population	Exempel 1 5 procent	Exempel 2 10 procent
Vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi ^a	420 000	840 000
80% har låg risk och är aktuella för oral provokation med penicillin	340 000	680 000

^a Beräknat utifrån antal personer 18 år och äldre år 2024 i Statistiska centralbyråns statistikdatabas (16).

Resursanvändning och enhetskostnader

De studier som Socialstyrelsen redovisar i kunskapsunderlaget och som ligger till grund för rekommendationen har haft ett upplägg med upprepade provokationer och därmed flera läkarbesök. Utifrån den evidens som redovisas i studierna bedömer Socialstyrelsens projektgrupp att det är tillräckligt att den direkta orala provokationen med penicillin genomförs på

ett läkarbesök där patienten stannar kvar på vårdcentralen för observation under en timme. Detta gäller då personer med låg risk och där varningsmarkeringen exempelvis kan ha blivit registrerad efter en icke-allergisk känslighet såsom mindre utslag eller illamående.

Socialstyrelsens räkneexempel bygger på att åtgärden genomförs genom att den vuxna personen kallas till oral provokation med penicillin vid ett eget vårdtillfälle. Anamnesen och beslutet att genomföra en oral provokation kan däremot ske i samband med annan vård. Kostnaden motsvarar då ett extra läkarbesök där patienten inledningsvis får en penicillintablett (1 g fenoximetylpenicillin) och sedan stannar för observation på vårdcentralen under en timme efter vilket penicillinallergi i den absoluta merparten av alla fall kan avskrivas. Läkarens insatser för undersökning, samtal och rådgivning motsvarar då sammanlagt ett besök och beräkningarna har använt ett vanligt utomregionspris för läkarbesök inklusive medicinsk service i primärvården (Tabell 7). Kostnaden för penicillintabletten är liten i sammanhanget, under tre kronor och kan ses som en del av kostnaden för läkarbesöket.

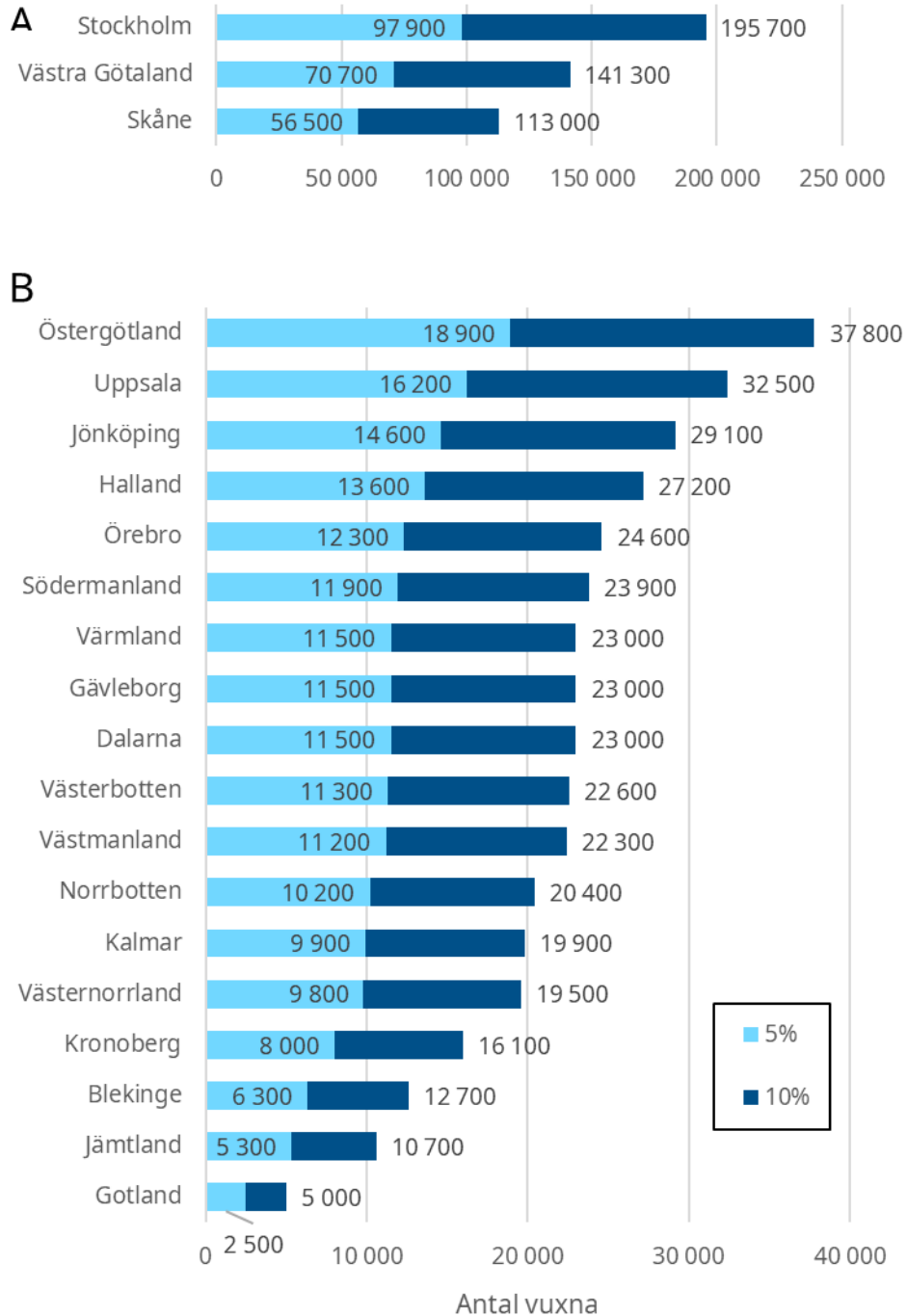
Tabell 9 Enhetskostnader oral provokation med penicillin.

Resursanvändning	Enhetskostnad Kronor
Läkarbesök i primärvården inklusive medicinsk service ^a	1998
Fenoximetylpenicillin, en tablett 1g ^b	2,62

^a Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2026 (17). ^b Tandvårds- och läkemedelsformånsverkets prisdatabas (6).

Diagram 5 Antal personer med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi per region vid antagande om 5 procents respektive 10 procents förekomst.

Panel A storstadsregionerna och panel B övriga regioner har separata skalor. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2024.

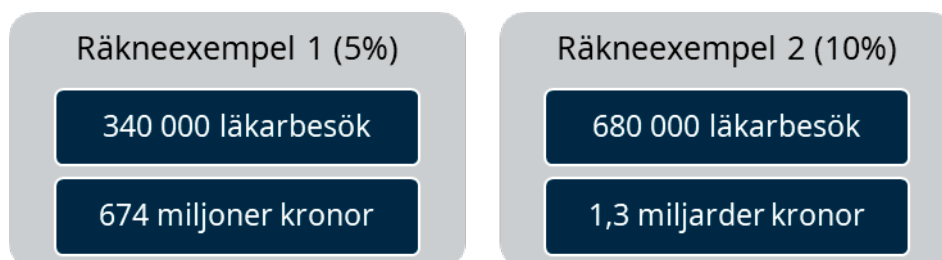


Resultat

Räkneexemplen bygger på att det i riket kan finnas mellan 420 000 och 840 000 vuxna med felaktig varningsmarkering för penicillinallergi i journalen. Diagram 4 illustrerar beräknat antal vuxna personer 18 år och äldre per region med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi utifrån att det rör sig om 5 procent eller 10 procent av alla vuxna (16). Eftersom det rör sig om många personer totalt som ska erbjudas oral provokation med penicillin under ett läkarbesök i primärvården kan åtgärden behöva genomföras successivt över flera år.

Rekommendationens ekonomiska konsekvenser visas i Diagram 5. Om 80 procent av alla vuxna med varningsmarkering för penicillinallergi i journalen erbjuds oral provokation innebär det minst omkring 340 000 extra läkarbesök i primärvården i räkneexempel 1 (5 procent av alla vuxna har registrering i journal). Det motsvarar en kostnad på 674 miljoner kronor. I räkneexempel 2 (10 procent av alla vuxna har registrering i journal) behövs det i stället närmare 680 000 läkarbesök i primärvården till en kostnad av drygt 1,3 miljarder kronor.

Diagram 6 Resursanvändning och kostnader för att implementera rekommendationen om oral provokation med penicillin vid misstänkt feldiagnosticerad penicillinallergi.



Sveriges kommuner och regioners senaste beräkning av antalet läkarbesök i primärvården anger att det år 2021 genomfördes 18,9 miljoner läkarbesök (18). Om antalet läkarbesök skulle öka från den nivån innebär en ökning med mellan 340 000 och 680 000 läkarbesök en ökning med mellan 1,8 procent och 3,6 procent. Detta gäller om alla besöken skulle ske under ett enskilt år. Om regionerna i stället har väljer att genomföra rekommendationen successivt under en längre period, säg tre eller fem stannar ökningen av antalet läkarbesök i stället vid som mest 0,7 procent.

Diskussion

Rekommendationen om att erbjuda vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi oral provokation med penicillin i syfte att kunna avskriva varningsmarkeringen berör många människor, i räkneexemplen mellan 420 000 och 840 000 vuxna i riket som helhet. Diagram 4 visar att det för de

minsta regionerna rör sig om 5000 till 10 000 personer medan det i storstadsregionerna handlar om mellan 100 000 och 200 000 personer.

Socialstyrelsens räkneexempel pekar på att regionernas merkostnad för att erbjuda åtgärden till vuxna som i nuläget har en varningsmarkering och bedöms ha låg risk är mellan 674 miljoner och 1,3 miljarder kronor. Samtidigt förväntas åtgärden innebära att hälso- och sjukvården då kan ta bort merparten av alla varningsmarkeringar för de som genomgår testet. Detta förväntas minska användningen av antibiotika med bredare spektrum på längre sikt när dessa personer, om de skulle vara i behov av antibiotikabehandling, kan förskrivas vanligare antibiotikaformer såsom penicillin.

Eftersom det rör sig om många personer, även om inte precis alla har låg risk eller av något skäl inte skulle tacka ja till erbjudande om att genomföra en oral provokation, handlar det om många ytterligare läkarbesök i primärvården. Detta innebär att åtgärden kan behöva implementeras över flera år.

Socialstyrelsens projektgrupp bedömer att det även framöver kan tillkomma nya varningsmarkeringar för penicillinallergi och feldiagnosticeringar hos personer som rapporterar olika reaktioner i samband med antibiotikabehandling. Det betyder att hälso- och sjukvården även långsiktigt kan behöva avsätta resurser för att följa upp varningsmarkeringar och vid behov erbjuda oral provokation med penicillin.

Slutsats

Rekommendationen om att erbjuda oral provokation med penicillin till vuxna med förmodad feldiagnosticerad penicillinallergi förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader med mellan 674 miljoner kronor och 1,3 miljarder kronor. Åtgärden förväntas beröra mellan 420 000 och 840 000 vuxna i nuläget och därför kan ett successivt arbete över flera år vara aktuellt. Hälso- och sjukvården behöver säkerställa att det finns personalresurser i primärvården för att genomföra rekommendationen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Förslag: Nationell strategi och handlingsplan 2026 – Allergier – För en preventiv, effektiv och jämlik allergivård. Bilaga 4 – Underlagsrapport – Deskriptiva analyser. 2026 2026-2-10017
2. Atopikerna. Aoa. 2026. Tillgänglig från: <https://atopikerna.astmaoallergiforbundet.se/atopiskt-eksem/>.
3. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Dupixent (dupilumab). 2021.
4. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Adtralza (tralokinumab). 2022.
5. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Ebglyss (lebrikizumab). 2025.
6. Pris- och beslutsdatabasen [Internetdatabas]. 2026 [nedladdat 2026-02-12]. Tillgänglig från: <https://www.tlv.se/beslut/sok-priser-och-beslut-i-databasen>.
7. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Cibirgo (abrocitinib). 2022.
8. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Olumiant (baracitinib). 2020.
9. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Rinvoq (upadacitinib). 2022.
10. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Itulazax (allergenextrakt av björkpollen). 2019.
11. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Aitmyte (allergenextrakt) 2022.
12. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Aitgrys (allergenextrakt av gräspollen). 2023.
13. Västra sjukvårdsregionen. Utomlanspriser 2025. För vårdtjänster enligt samverkansavtal om hälso- och sjukvård inom Västra sjukvårdsregionen, . 2025.
14. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Preventiv effekt av specifik immunterapi till barn med allergisk rinit utan förekomst av astma 2026.
15. Socialstyrelsen. Förslag: Nationell strategi och handlingsplan 2026 – Allergier – För en preventiv, effektiv och jämlik allergivård. Bilaga 3 – Underlagsrapport – Kartläggning av kompetensförsörjning av allergologer - tillgångar och utmaningar 2026 2026-2-10017
16. Statistikdatabasen. Folkmängden efter ålder och kön. År 1860 - 2024 [Internetdatabas]. 2026 [nedladdat 2026-02-09]. Tillgänglig från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningR1860N/.
17. Södra sjukvårdsregionen. Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2026. 2025.
18. Vården i siffror [Internetdatabas]. 2026 [nedladdat 2026-02-09]. Tillgänglig från: <https://vardenisiffror.se/Rapport/kapacitetsrapport>.
19. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Underlag för beslut om subvention. Palforzia (allergen, jordnöt). 2022.