

Nationella riktlinjer 2026:

# **Bilaga: Metodbeskrivning**

**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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

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

# Förord

Detta en bilaga till *Nationella riktlinjer 2026: Allergi – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården*. Vi beskriver

- Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården,
- vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna om allergi.

De fullständiga riktlinjerna finns på Socialstyrelsens webbplats, [socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/allergi](https://socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/allergi).

Sofia von Malortie

Enhetschef

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

# Innehåll

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Förord .....</b>                                                                                 | <b>3</b>  |
| <b>Varför vi tar fram nationella riktlinjer .....</b>                                               | <b>5</b>  |
| Varför vi tagit fram riktlinjer om allergi .....                                                    | 5         |
| <b>Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde.....</b>                                                    | <b>6</b>  |
| Hur vi avgränsat riktlinjerna om allergi .....                                                      | 6         |
| <b>Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad .....</b>                                             | <b>8</b>  |
| Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om allergi .....                           | 9         |
| <b>Hur vi tar fram kunskapsunderlag .....</b>                                                       | <b>10</b> |
| Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga<br>underlaget är otillräckligt ..... | 12        |
| Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag.....                                                       | 13        |
| <b>Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet .....</b>                                        | <b>15</b> |
| Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst .....                      | 16        |
| FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs .....                                           | 16        |
| Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas .....                                                  | 17        |
| Hur vi prioriterat i riktlinjerna om allergi .....                                                  | 17        |
| <b>Referenser.....</b>                                                                              | <b>19</b> |

# Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens mål med de nationella riktlinjerna är att ge vägledning för att uppnå en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjerna ska också bidra till att rätt insats används för rätt patientgrupp, för att på så sätt höja kvaliteten i hälso- och sjukvården. Dessutom ska riktlinjerna bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av öppna och systematiska prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på områden och sociala eller medicinska insatser där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågor inom ett område. I riktlinjerna ges rekommendationer om insatser på gruppnivå, som kan vara en utgångspunkt när regionerna tar fram kunskapsstöd som vårdprogram och vårdförlopp.

Det är vanligtvis Socialstyrelsen som beslutar om vilka riktlinjer vi tar fram. I vissa fall får Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram nationella riktlinjer för ett särskilt område. Koppling mellan regionernas kunskapsstöd och de nationella riktlinjerna behövs, där riktlinjerna talar om vad som behöver göras, medan vårdprogrammen beskriver hur vårdförloppen bör se ut. Socialstyrelsen ger därför inte rekommendationer på detaljnivå som tidigare.

## Varför vi tagit fram riktlinjer om allergi

Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i regeringsuppdraget S2024/00482 fått i uppdrag att ta fram förslag till en nationell strategi, handlingsplan och kunskapsunderlag inom allergiområdet.

## Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I det inledande arbetet med att avgränsa följer Socialstyrelsens medarbetare en huvudprocess som heter *Ta fram kunskapsstöd*. I den huvudprocessen inleds alltid arbetet med en grundlig kartläggning av det specifika vårdområdets styrkor men framför allt utmaningar. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Socialstyrelsen ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att upprätthålla.

Mer specifikt så skapar Socialstyrelsens projektmedarbetare en lista med tillstånd och insatser.

Med **tillstånd** menas till exempel, hos en individ:

- en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana
- risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar
- avsaknad av en riskfaktor eller sjukdom
- en social situation, till exempel avsaknad av arbete eller bostad.

Till varje tillstånd kopplas en **insats** som är möjlig att utföra. Det kan vara allt från en behandling eller stödinsats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande insatser. Exempel på insatser är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies) eller dagverksamhet (vid demenssjukdom).

Nationella riktlinjer fokuserar på de frågor inom ett område där det finns behov av vägledning så finns det många tillstånd och insatser inom ett specifikt område som avgränsas till att inte tas med i listan.

## Hur vi avgränsat riktlinjerna om allergi

Hela arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för allergi har följt Socialstyrelsens huvudprocess *Ta fram kunskapsstöd*.

I den initiala kartläggningen ingick alla former av allergi, både barn och vuxna och hela vårdkedjan från diagnostik och behandling till uppföljning och egenvård. Socialstyrelsen har samverkat med nationella programområden, föreningar och organisationer med kunskaper och insikter om allergi och allergivården. I det parallella uppdraget med att ta fram

förslag till nationell handlingsplan och strategi för allergiområdet genomfördes många olika aktiviteter för att få in synpunkter om området. Bland annat fick relevanta aktörer möjlighet att komma med synpunkter genom att besvara två enkäter. Synpunkter diskuterades också på fysiska och digitala samverkansmöten. Resultatet av dessa dialoger har också varit en del av kartläggningen för nationella riktlinjer.

Sammanfattningsvis formades en sig en uppfattning av hela patientgruppen. Det inkluderar även de individer som enbart besöker apotek och använder receptfria läkemedel och därför ej kommer i kontakt med hälso- och sjukvården i form av primärvård eller specialistvård.

En grupp av sju välmeriterade experter jävsprövades och kontrakterades, dessa är listade under *Sakkunniga* i huvudrapporten. Tillsammans med dessa experter valde vi ut de mest relevanta och viktigaste frågorna. Rekommendationerna är inget heltäckande prioriteringsstöd, utan fokuserar på några av de främsta utmaningarna inom allergivårdområdet.

De aktuella rekommendationerna efter avgränsningen omfattar de vanligaste formerna av allergi hos barn och vuxna: pollenallergi, matallergi, atopiskt eksem och läkemedelsallergi. Hela vårdkedjan från diagnostik och behandling till uppföljning och egenvård ingår även i de aktuella rekommendationerna.

De nationella riktlinjerna inom allergi inkluderar inte celiaki eftersom det är en kronisk autoimmun sjukdom. Celiaki kallas ofta glutenintolerans och ibland även glutenallergi, men dessa är felaktiga benämningar som ger en missvisande bild av sjukdomen. Celiaki ska inte blandas ihop med spannmålsallergi. Spannmålsallergi förekommer oftare hos barn och försvinner oftast när barnet blir äldre. Därför är spannmålsallergi ovanligt hos vuxna.

# Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna bedömer Socialstyrelsen svårighetsgraden med hjälp av experter. Bedömningsarbetet utgår från en matris där vi väger samman varje tillståndets påverkan på livskvalitet och livslängd. Matrisen tar hänsyn till

- fysiska eller psykiska symtom och funktionsnedsättningar, och funktionsnedsättningarnas praktiska och sociala konsekvenser
- hur ofta tillståndet gör sig påmint
- tillståndets varaktighet
- risken för framtida påverkan på livskvaliteten vid utebliven insats
- risken för förtida död.

Den sammanvägda svårighetsgraden av de olika dimensionerna bedöms sedan enligt en sjugradig skala:

- mycket stor svårighetsgrad
- stor till mycket stor svårighetsgrad
- stor svårighetsgrad
- måttlig till stor svårighetsgrad
- måttlig svårighetsgrad
- liten till måttlig svårighetsgrad
- liten svårighetsgrad.

I graderingen eftersträvas ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom området. *Mycket stor svårighetsgrad* står med andra ord för betydande eller långvariga inskränkningar av hälsan eller stor risk för förtida död, alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

I matrisen finns också ett avsnitt som handlar om att bedöma risken för framtida ohälsa eller att misstänkt ohälsa föreligger. Detta är relevant att bedöma när man med den tänkta åtgärden vill förhindra att ett visst tillstånd uppstår. Matrisen ska ge förebyggande åtgärder tillräcklig tyngd, eftersom det oftast är bättre att förebygga ohälsa än att behandla när tillståndet redan har uppstått. Det gynnar både individens hälsa och ett hållbart användande av samhällets resurser.

## Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om allergi

Vård vid allergi kan omfatta tillstånd där alla dimensioner i en svårighetsgradsbedömning behöver belysas. Svårighetsgraden varierar även mellan de olika tillstånden, från liten till mycket stor. Flera av tillstånden i de nationella riktlinjerna för allergi är breda och heterogena. Det kan innebära att både symtombild och svårighetsgrad kan variera betydligt mellan personer.

De sju kontrakterade experterna har bedömt svårighetsgraden med stöd av Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet.

För de tillstånd där svårighetsgradsbedömningen resulterat i ett spann, har den största svårighetsgraden vägt tyngst i det fortsatta arbetet med rangordningen av rekommendationerna. Det gäller två av rekommendationerna, strukturerat stöd *strukturerat stöd till egenvård* (Id 1) samt *strukturerad och regelbunden uppföljning* (Id 2).

För några av tillstånden handlar rekommendationerna om att vilja undvika att drabbas av ett annat tillstånd. Ett exempel är rekommendationen om barn med allergisk rinokonjunktivit utan astma. De sju kontrakterade experterna (projektledningsgruppen) har i detta exempel bedömt svårighetsgraden för hur svårt tillståndet är om astma skulle uppstå. Därmed fick tillståndet samma svårighetsgrad som tillståndet barn och vuxna med allergisk rinokonjunktivit oavsett astma.

Vid tillståndet om misstänkt feldiagnostiserad penicillinallergi med insatsen oral provokation gjordes en så kallad primärpreventiv svårighetsgradsbedömning, eftersom åtgärden vid misstänkt feldiagnostiserad penicillinallergi i första hand syftar till att förebygga framtida problem, snarare än att behandla ett redan konstaterat tillstånd. Bedömningen handlar alltså om att värdera risker och konsekvenser av att en person felaktigt antas vara allergisk mot penicillin. Experterna behövde bedöma hur sannolikt det är att personen i framtiden påverkas negativt av en felaktig allergidiagnos. Eftersom feldiagnostisering är relativt vanlig och antibiotikabehandling ofta behövs någon gång i livet, ansågs sannolikheten för framtida påverkan vara betydande.

# Hur vi tar fram kunskapsunderlag

Socialstyrelsens utredare och informationsspecialister genomför en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand sökes efter enskilda studier (randomiserade kontrollerade studier och prospektiva observationsstudier med kontrollgrupp). I vissa fall anlitar Socialstyrelsen vetenskapligt välmeriterade experter inom varje riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier för de aktuella insatserna.

De effekter av en insats som utvärderas ska i första hand vara individnära. Exempel är effekter på överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga, men vad som är relevant att utvärdera kan variera mellan olika områden.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Det rådande kunskapsläget sammanställs och redovisar

- vilka effekter insatserna har på tillståndet
- hur stark evidensen är för effekten, det vill säga tillförlitligheten till resultaten som redovisas i de vetenskapliga studierna.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier används GRADE (från engelskans "The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation") [1] som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyragradig skala: hög, måttlig, låg och mycket låg tillförlitlighet till det vetenskapliga underlaget.

Nedan beskrivs översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell insats vid ett specifikt tillstånd.

## Tabell 1. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

| Evidensstyrka                      | Förklaring                                                                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)        | Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.      |
| Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)    | Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten.  |
| Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)        | Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.  |
| Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○) | Innebär att det inte går att bedöma om den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. |

Evidensgraderingen utgår från en bedömning av

- studiedesign
- studiekvalitet
- överförbarhet
- studieresultatens precision
- risk för publikationsbias, det vill säga risk för snedvridning i sammanställningen av studieresultaten på grund av att opublicerade studier inte ingår.

Bedömningen utgår från ⊕⊕⊕⊕. Graderingen sänks om bedömningen visar att det finns brister i någon av punkterna ovan. För observationsstudier kan graderingen höjas om det till exempel finns stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer (confounders) eller ett tydligt dosrespons samband.

## Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna om allergi

I arbetet med riktlinjer inom allergiområdet har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) för att ta fram de vetenskapliga underlagen.

Socialstyrelsen har tagit fram det vetenskapliga underlaget för 2 av 10 rekommendationer i riktlinjerna och resterande 8 vetenskapliga underlag har SBU tagit fram.

Experterna i Socialstyrelsens projektledningsgrupp har också bistått med sin kunskap i arbetet med att ta fram de vetenskapliga underlagen, såsom utformning av PICO (population, intervention, comparison, outcome) för att underlätta sökningen av relevant litteratur. Experterna har även granskat de färdiga kunskapsunderlagen. Experterna i projektledningsgruppen granskade inte frågeställningar där de själva publicerat flera vetenskapliga artiklar eller där det fanns risk för intressekonflikter.

SBU har arbetat tillsammans med egna rekryterade vetenskapliga experter inom allergiområdet som bistått dem i att ta fram underlagen. SBU:s rekryterade experter har liksom Socialstyrelsens experter bistått SBU:s projektledare med sin expertkunskap. De har inte fått granska eller vara med i framtagandet av underlag där de kan anses jäviga, eller där en risk för intressekonflikt bedömdes kunna finnas.

## Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Ibland går det inte att uttala sig om effekter, bieffekter eller oönskade effekter av en insats. Det kan saknas vetenskapligt underlag från randomiserade kontrollerade studier eller prospektiva observationsstudier med kontrollgrupp, eller så är evidensstyrkan otillräcklig av andra orsaker. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning om insatsen kan Socialstyrelsen överväga att samla in beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen använder en modell för att samla in beprövad erfarenhet systematiskt. Modellen går ut på att – utifrån en så kallad konsensusprocess – bedöma om det råder enighet om effekten av en insats. En panel med yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde tar ställning till insatsens nytta och eventuella olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera påståenden. Det lämpar sig inte med konsensusprocess när det finns starka motstående intressen eller åsikter om en åtgärd inom professionen. Konsensus har uppnåtts när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dem är samstämmiga i sina svar. Panelen svarar anonymt via en webbaserad enkät.

## Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna om allergi

I arbetet med riktlinjerna inom allergi har Socialstyrelsen samlat in beprövad erfarenhet för totalt 2 av 10 frågeställningar inom arbetet med nationella riktlinjer om allergi.

Att samla in beprövad erfarenhet kan också vara lämpligt att genomföra om åtgärden är etiskt omöjlig att utvärdera vetenskapligt.

Socialstyrelsen har rekryterat en panel för beprövad erfarenhet bestående av 47 personer med yrkeserfarenhet av allergier. Paneldeltagarna har rekryterats genom specialist- och professionsföreningar och fackförbund inom hälso- och sjukvården. Konsensuspanelen har haft en spridning över landets sjukvårdsregioner och täckt upp relevanta yrkeskategorier från olika delar av vårdkedjan.

Paneldeltagarna har besvarat enkäten individuellt och har tagit ställning till ett påstående om en åtgärds effekt, eller om en åtgärd kan anses medföra större nytta än olägenhet. Deltagarna svarade om de instämmer eller inte instämmer, alternativt avstod de att svara om de inte anser sig ha erfarenhet av åtgärden. Det fanns även möjlighet att lämna kommentarer.

## Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om insatsens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet, och vilken evidens som finns för det.

Även de hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska utvärderingar med relevans för de aktuella frågorna inom riktlinjeområdet. Tillstånd och insatser i denna genomgång utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjerna innehåller flera möjliga insatser för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla insatserna. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. I tandvården kan man exempelvis se på antal karierade och saknade tandtytor (så kallade DMS).

När vi bedömer att en studie har god kvalitet och är relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2 a). När vi bedömer att studien har god kvalitet men vissa brister i relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evidens. När det saknas relevanta studier gör experterna egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten bedömer vi sedan enligt fyra kategorier, eller som inte bedömbär när det saknas ett underlag för att beräkna den (tabell 2 b).

### Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens bedöms enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

| Hälsoekonomisk evidens | Beskrivning                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| God                    | Studie av god kvalitet med säkra resultat.                        |
| Viss                   | Studie av godtagbar kvalitet.                                     |
| Kalkylerad             | Fördjupade kalkyler.                                              |
| Skattad                | Egen bedömning, framtagen i dialog med Socialstyrelsens experter. |

### Tabell 2b. Klassificering av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår

| Kostnad | Beskrivning                                                |
|---------|------------------------------------------------------------|
| Låg     | Under 100 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.   |
| Måttlig | 100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår. |

| Kostnad    | Beskrivning                                                  |
|------------|--------------------------------------------------------------|
| Hög        | 500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår. |
| Mycket hög | Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.    |
| Ej bedömd  | Insatsens effekt har inte bedömts.                           |

## Hur vi tagit fram hälsoekonomiskt underlag i riktlinjerna om allergi

De hälsoekonomiska underlagen om de rekommenderade insatsernas kostnadseffektivitet bygger på Tandvårds- & läkemedelsförmånsverkets (TLV) underlag och finns i bilagan *Hälsoekonomiskt underlag*.

För flera av rekommendationerna har fördjupade konsekvensanalyser gjorts av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. I analyserna redovisas räkneexempel och beskrivningar av konsekvenserna som insatserna kan få för hälso-och sjukvården. De baseras på data från TLV:s läkemedelsrekommendationer samt flera andra datakällor som statiska centralbyrån och Socialstyrelsens olika databaser. Dessa konsekvensanalyser finns i bilagan *Fördjupade konsekvensanalyser*.

# Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet

För att hjälpa beslutsfattare och chefer att prioritera resurser, ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet – vi rangordnar de utvalda insatserna inom varje riktlinjeområde och formulerar rekommendationer om dem. Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 3).

I arbetsprocessen användes en modifierad Delphimetod [2]. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickas ut till prioriteringsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare ger sedan individuella förslag på prioritetssiffra 1–10, utifrån en helhetsbedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt samt kostnadseffektivitet, där en sådan bedömning gjorts.

I enkäten uppmanas deltagarna att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs anonymt, och skickas därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät. Därefter får prioriteringsmedlemmarna möjlighet att revidera sina tidigare förslag på prioritering utifrån övriga medlemmars kommentarer och förslag till rangordning. Vid efterföljande möten utgår prioriteringsgruppen från resultatet av webbenkäten, diskuterar och enas om ett förslag på prioritering som hela gruppen står bakom.

Avslutningsvis sker en harmonisering, det vill säga att prioriteringsgruppen efter att samtliga kunskapsunderlag fått en rekommendation, ser över att varje rekommendation är rimlig med hänsyn till övriga rekommendationer.

**Tabell 3. 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. |
| <b>FoU</b>            | Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.                     |
| <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.        |

## Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst

Insatserna får en prioritetssiffra från 1 till 10 efter angelägenhetsgrad.

Prioriteringen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad
- insatsens effekt
- kostnadseffektiviteten.

Prioriteringsarbetet utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) och kunskapsunderlagen. I arbetet finns representation från

- olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer och fysioterapeuter)
- aktuella vårdnivåer (till exempel primär- och närsjukvård, länssjukvård och regionsjukvård)
- olika delar av landet.

Ramarna för prioriteringsarbetet är desamma i alla riktlinjer:

- Insatser med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan få en prioritetssiffra mellan 1 och 10.
- Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högre än mindre effektiva insatser vid mindre allvarliga tillstånd.
- Insatser med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden prioriteras högre än insatser med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Insatser som kan betecknas som andrahandsval prioriteras lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre prioriteten blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

## FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

FoU står för forskning och utveckling och innebär att en insats endast bör utföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- insatsen är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- insatsen har införts i hälso- och sjukvården, trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten

- samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område ser vi särskilt över det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna, för att se om ny kunskap har tillkommit.

## Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas

Icke-göra betyder att hälso- och sjukvården bör sluta utföra en insats. Minst ett av följande kriterier ska då vara uppfyllda:

- Insatsen innebär en risk som inte kan motiveras utifrån den förväntade nyttan. De oönskade effekterna väger tyngre än de önskade effekterna.
- Insatsen saknar relevant effekt.
- Insatsen är utredande men saknar värde för fortsatt vård och omsorg.
- Kostnadseffektivitetskvoten överstiger det accepterade tröskelvärdet.<sup>1</sup>

För arbetet med prioriteringar av rekommendationerna tillsätter Socialstyrelsen en prioriteringsgrupp. Socialstyrelsens ambition är att prioriteringsgruppen ska ha en bred representation av professioner utifrån riktlinjernas innehåll, och att i möjligaste mån säkerställa:

- sakkompetens med klinisk erfarenhet inom olika områden och vårdnivåer
- representation från olika verksamheter
- adekvat representation av de professioner som ingår i vårdprocessen
- representation av patient- eller brukarorganisationer
- geografisk spridning
- jämn könsfördelning.

## Hur vi prioriterat i riktlinjerna om allergi

Socialstyrelsen har rekryterat representanter till prioriteringsgruppen via sjukvårdsregionerna, nomineringar via Nationella programområden (NPO) och Astma och allergiförbundet.

Prioriteringsgruppen har bestått av sammanlagt 27 personer som representerar olika delar av vårdkedjan och olika delar av landet, och som

---

<sup>1</sup> Tröskelvärdet beror på tillståndets svårighetsgrad. Ett allvarligare tillstånd innebär en högre betalningsvilja.

har en bred kompetens och praktisk erfarenhet av kliniskt arbete inom allergi. Samtliga deltagare har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att det inte funnits något hinder för att delta i prioriteringsgruppen. Vilka personer som ingick i prioriteringsgruppen framgår i huvudrapporten under rubriken *Deltagare i riktlinjearbetet*.

De 10 rekommendationerna som ingår i de nationella riktlinjerna inom allergi har fått prioriteringssiffror från 1 till 6. När tillståndets svårighetsgrad är mycket stor är principen att ge högst prioritet 1, vid stor svårighetsgrad högst prioritet 3, och vid måttlig svårighetsgrad högst prioritet 5. Prioriteringsgruppen har följt dessa nivåer för samtliga rekommendationer.

## Referenser

1. GRADE. [cited 2026 2026-02-18]; Available from: <https://www.gradeworkinggroup.org/>.
2. *Konsensusmetoder inom hälso- och sjukvård: en kunskapsöversikt*. 2019: Sveriges Kommuner och Regioner.