

Deskriptiva analyser för några allergiska tillstånd

Underlagsrapport

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.

Innehåll

Sammanfattning	4
Deskriptiv statistik	6
Allergisk rinit/konjunktivit.....	6
Läkemedelsuttag antihistamin, kortikosteroider och övriga antiallergika	9
Allergen immunterapi (AIT)	14
Astma	17
Läkemedelsuttag av läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar	20
Akut astma	23
Matallergi	26
Atopiskt eksem	29
Läkemedelsuttag – atopiskt eksem.....	33
Läkemedelsuttag biologiska läkemedel och JAK-hämmare - atopiskt eksem.....	36
Kontaktallergi.....	39
Epikutantest.....	41
Anafylaxi	43
Adrenalinspruta	45
Metod.....	49
Patientregistret.....	49
Läkemedelsregistret	49
Områdestyp	49
Åldersstandardisering	50

Sammanfattning

De deskriptiva analyserna baseras på Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregistret. Patientregistret innehåller inte data från primärvården, därför fångas inte den allergivård som ges på den vårdnivån för dessa resultat vad gäller förekomst i vård.

Resultaten vad gäller förekomst i slutenvård eller specialiserad öppenvård samt förskrivning av läkemedel visar på skillnader, bland annat mellan regioner, socioekonomiska områden, kön och åldersgrupper. Resultaten visar bland annat att

- ca 24 500 personer vårdades med huvuddiagnos i allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit inom specialiserad öppenvård och slutenvård under 2024. För personer med huvuddiagnos astma är antalet ca 78 000 personer, för huvuddiagnos akut astma ca 790 personer, för Matallergi ca 16 500 personer, för atopiskt eksem ca 21 000 personer och ca 1900 personer som fått registrerad kontaktallergi.
- Mellan 2015 och 2024 ser vi ett ökat antal vårdade i slutenvård/besök i specialiserade öppenvården med huvuddiagnos matallergi och akut astma, medan en liten minskning för diagnoserna astma, atopiskt eksem och kontaktallergi observeras. Rinit/akut konjunktivit varierar över åren. För samtliga diagnoser är det en minskning i och med pandemin.
- För samtliga diagnoser förutom kontaktallergi var det vanligare bland barn jämfört med vuxna att få vård/registrerad diagnos i slutenvård/specialiserad öppenvård under 2024.
- Det är högre förekomst bland män/pojkar jämfört med kvinnor/flickor för diagnoserna allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit, astma och matallergi. Dock är det främst bland barnen som pojkarna är fler än flickor och motsatt observeras bland vuxna, där kvinnor har högre förekomst än män.
- Allergen immunterapi (AIT) har ökat mellan 2015–2024. Andelen personer som får AIT varierar mellan regioner och områdestyper. Personer från områden med bra socioekonomiska förutsättningar har i högre grad AIT-behandling.
- För diagnoserna allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit, astma, matallergi, atopiskt eksem och anafylaxi har personerna från områden med bra socioekonomiska förutsättningar högre förekomst i slutenvård/specialiserad öppenvård än personer i övriga områdestyper. Däremot är det större andel personer från områden med sämre socioekonomiska förutsättningar som vårdas för akut astma i sluten/öppen specialiserad vård.
- För läkemedel som förskrivs för bland annat atopiskt eksem, astma, och allergisk rinit/akut konjunktivit, förskrivs majoriteten inom primärvården

jämfört med slutenvård/specialiserade öppenvård. Dock är indikationen inte alltid känd så resultat bör tolkas med försiktighet.

- Antal personer med läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider, övriga antiallergika, och adrenalin varierar mellan regioner och områdestyper. Exempelvis har personer i områden med bra socioekonomiska förutsättningar i högre grad uttag av dessa läkemedel. Läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar hämtas i lägre grad ut av personer från områden med sämre socioekonomiska förutsättningar.

Regionala skillnader i förekomst kan bero på att vården för diagnoserna i olika utsträckning bedrivs i primärvård respektive slutenvård/specialiserad öppenvård. Patientregistret innehåller inte data från primärvården, därför fångas inte den vård som ges på den vårdnivån. Variationer mellan regionerna bör därför tolkas med försiktighet

Det finns även begränsningar av vad läkemedelsuttagen säger om förekomsten av patienter med allergi eller astma. Detta eftersom läkemedelsregistret inte innehåller indikation och kan därmed innehålla personer som fått läkemedlet på grund av andra diagnoser i uttagen.

Även bör det beaktas att läkemedel som förskrivs inom förmånen blev kostnadsfri för barn 0–17 år 2016. Vidare visar inte resultaten hur många som använder receptfria allergiläkemedel eftersom receptfria läkemedel inte ingår i läkemedelsregistret.

Deskriptiv statistik

I avsnitten nedan presenteras Socialstyrelsen deskriptiva analyser baserade på patientregistret och läkemedelsregistret inom allergiområde.

Allergisk rinit/konjunktivit

Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett besök inom specialiserad öppenvård med allergisk rinit (ICD-kod J30.1, J30.2, J30.3, J30.4) eller akut atopisk konjunktivit (ICD-kod H10.1) som huvuddiagnos.

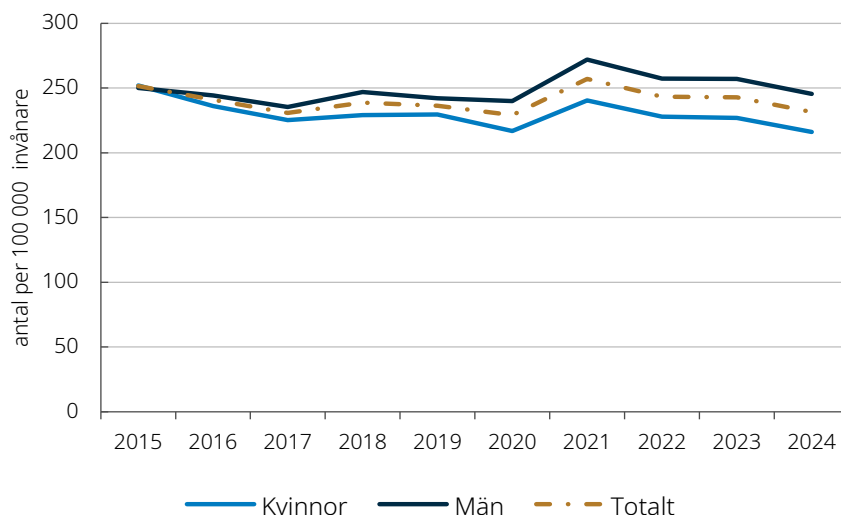
Figur 1 visar att förekomsten av personer som vårdats med allergisk rinit och/eller akut konjunktivit i slutenvård/specialiserad öppenvård inte haft stora förändringar under åren 2015–2024. Antalet per 100 000 invånare varierar något från år till år. Fler män/pojkar vårdades med dessa diagnoser jämfört med kvinnor/flickor.

Delas resultatet upp på ålder och kön visar resultatet att pojkar 0–17 år har en högre förekomst i slutenvård/specialiserad öppenvård än flickor 0–17 år medan kvinnor 18+ år har en högre förekomst i slutenvård/ specialiserad öppenvård än män 18 +år.

Både under 2024 och 2015 vårdades cirka 24 500 personer inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård med huvuddiagnos i allergisk rinit och/eller akut atopisk konjunktivit (Figur 1).

Figur 1. Allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Allergisk rinit/akut atopiskt konjunktivit*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



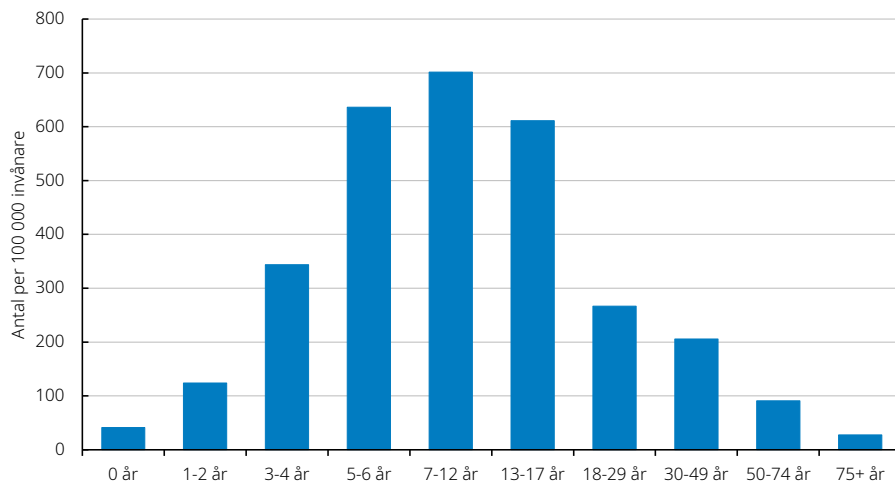
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos J30.1, J30.2, J30.3, J30.4, H10.1

Källa: Patientregistret

Figur 2 visar att förekomsten av slutenvård/specialiserad öppenvård vid Allergisk rinit och/eller akut atopisk konjunktivit var vanligast bland barn 7–12 år och under 2024 vårdades 700 barn per 100 000 invånare i åldern 7–12 år.

Figur 2. Allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Allergisk rinit/akut atopiskt konjunktivit*. Avser år 2024.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos J30.1, J30.2, J30.3, J30.4, H10.1

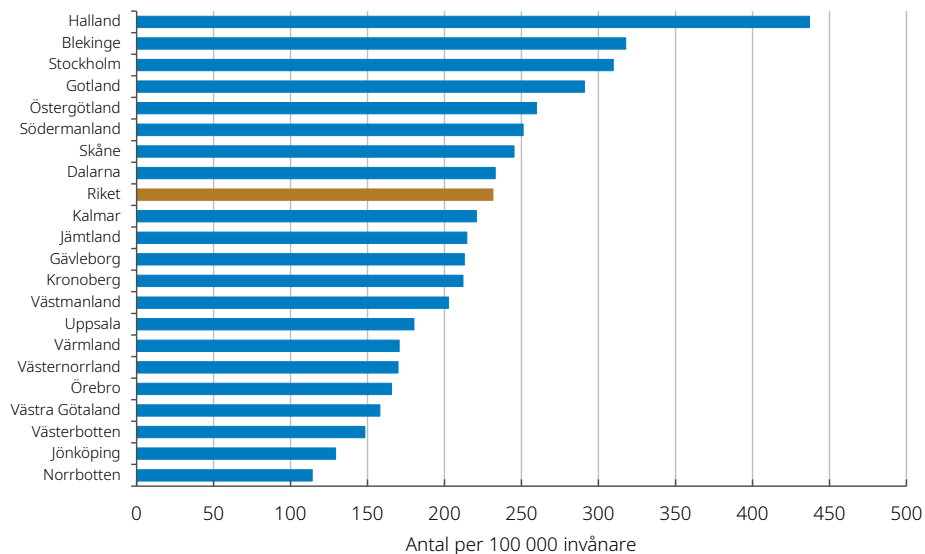
Källa: Patientregistret

Figur 3 visar att förekomsten av slutenvård/specialiserad öppenvård för Allergisk rinit/konjunktivit varierar mellan regionerna från 113 till 436 per 100 000 invånare

Patientregistret innehåller inte data från primärvården, därför fångas inte den vård som ges på den vårdnivån. Variationer mellan regionerna bör därför tolkas med försiktighet.

Figur 3. Allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit*. Avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



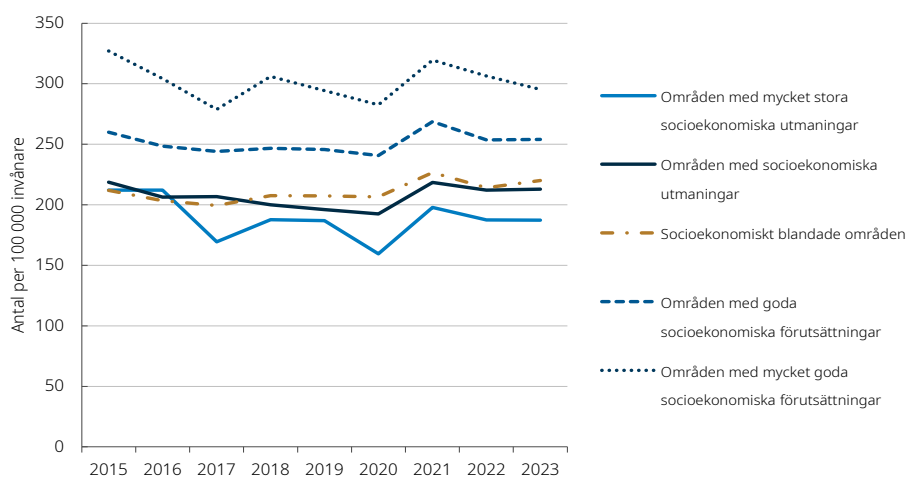
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos J30.1, J30.2, J30.3, J30.4, H10.1

Källa: Patientregistret

Figur 4 visar stora skillnader mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar under 2015 - 2023. Personer i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar har högre förekomst av allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit i slutenvård/specialiserad öppenvård än personer i övriga områdestyper. Personer i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar hade en låg förekomst i jämförelse med de övriga områdestyperna.

Figur 4. Allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Allergisk rinit/konjunktivit*, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos J30.1, J30.2, J30.3, J30.4, H10.1

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden, SCB

Läkemedelsuttag antihistamin, kortikosteroider och övriga antiallergika

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret av läkemedel som ges vid behandling av allergisk rinit och/eller akut atopisk konjunktivit. Flera av dessa läkemedel kan även användas vid andra tillstånd. Statistiken omfattar personer som uppfyller minst ett av nedanstående kriterier:

- Minst ett uttag av utvalda antihistamin (ATC-kod R06AX, R06AE07) och ingen diagnos av Urtikaria (L50) i Patientregistret de senaste 5 åren sedan läkemedelsuttaget.
- Minst ett uttag av Läkemedel vid nässjukdomar-kortikosteroider (ATC-kod R01AD) och ingen diagnos av Näspolyp (ICD-kod J33), Akut sinuit (ICD-kod J01), Kronisk sinuit (ICD-kod J33), eller Vasomotorisk rinit (ICD-kod J30.0) i Patientregistret de senaste 5 åren sedan läkemedelsuttag.
- Ett uttag av Läkemedel vid ögonsjukdomar-övriga Antiallergika (ATC-kod S01GX)

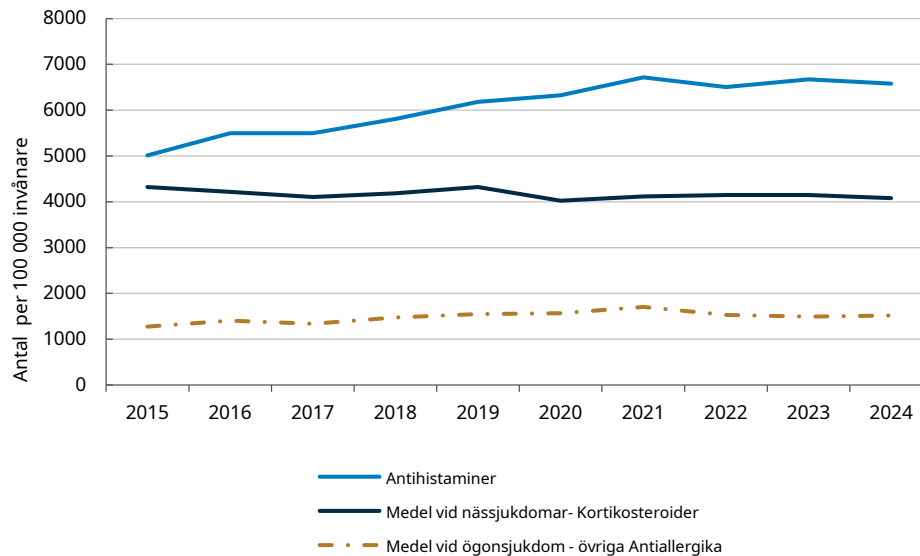
Observera att eftersom indikation i läkemedelsregistret saknas, går det inte att säkerställa att resultaten från läkemedelsregistret endast inkluderar personer med allergisk rinit och/eller akut atopisk konjunktivit. Personer med andra diagnoser som tagit ut något av dessa läkemedel kan endast exkluderas från analysen om personen har diagnos i slutenvård och/eller specialiserade öppenvård. Därför är inte statistiken som presenteras nedan representativ för en population med allergisk rinit och/eller akut atopisk konjunktivit.

Eftersom receptfria läkemedel inte ingår i denna statistik går det inte att få en fullständig bild av hur många som använder dessa läkemedel eftersom receptfria läkemedel inte ingår i läkemedelsregistret.

Resultatet för år 2024 visar samtidigt att en majoritet, 75% får sin läkemedelsförskrivning inom primärvård, medan 25 procent får sin läkemedelsförskrivning från slutenvården/specialiserad öppenvård.

Figur 5. Läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och övriga Antiallergika, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett uttag av läkemedel antihistamin, kortikosteroider och övriga antiallergika* över tid, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



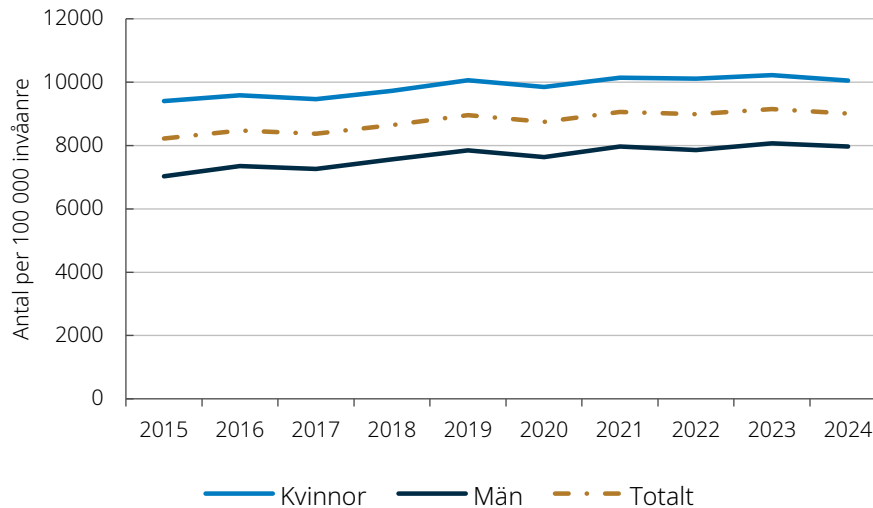
*se beskrivning i avsnittets början.
Källa: Läkemedelsregistret

I följande diagram presenteras resultaten för de sammanslagna läkemedelsuttagen av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga Antiallergika enligt tidigare definitioner.

Figur 6. visar de totala läkemedelsuttagen fördelat på kön. Resultatet visar en liten ökning i läkemedelsuttag för antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga Antiallergika, 8223 personer per 100 000 invånare år 2015 och 9014 personer per 100 000 invånare år 2024. Denna ökning är mest driven av ökningen i uttag för antihistaminer (figur 5.). Fler kvinnor/flickor än män/pojkar har ett läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika.

Figur 6. Läkemedelsuttag antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga Antiallergika, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett uttag av läkemedel för allergisk rinit/akut atopisk konjunktivit över tid, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



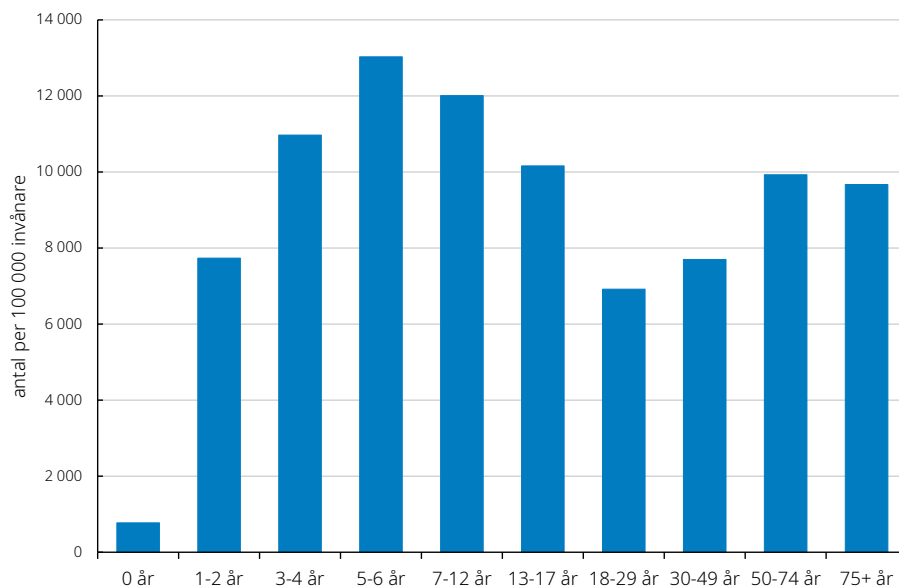
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret

Antalet personer per 100 000 invånare som tog ut läkemedel mot antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika var högre bland barn och unga i åldern 3–12 år jämfört med övriga åldersgrupper år 2024 (Figur 7). Vanligast var läkemedel antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika bland barn i åldern 5–6 år. Bland vuxna är det vanligast bland 50 år och äldre.

Figur 7. Läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga Antiallergika, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika* per åldersgrupp. Avser år 2024.



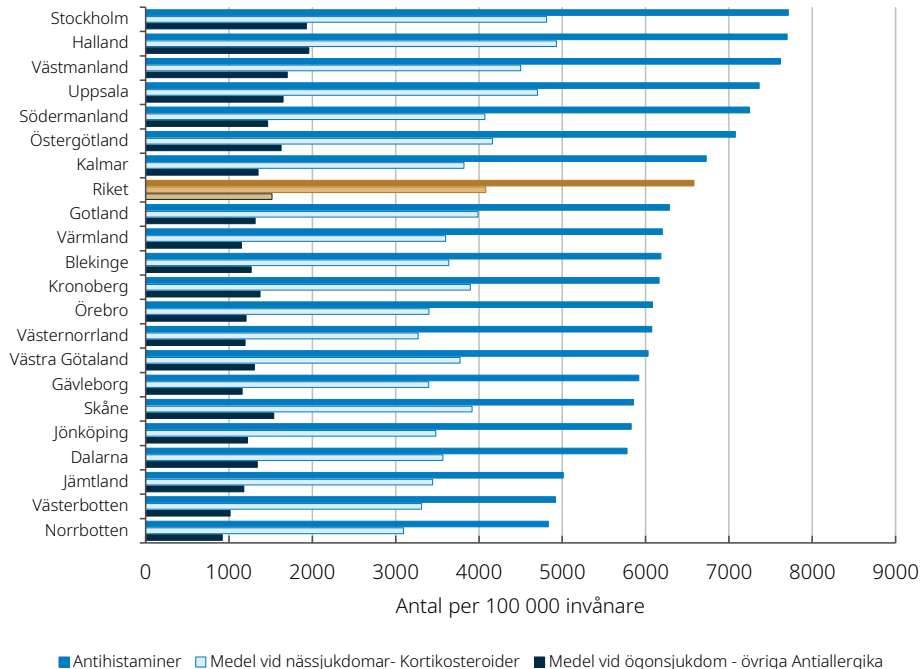
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret

Figur 8 visar att antalet personer per 100 000 invånare med förskrivna läkemedel av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika varierar mellan regionerna.

Figur 8. Läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och övriga antiallergika, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika per region*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



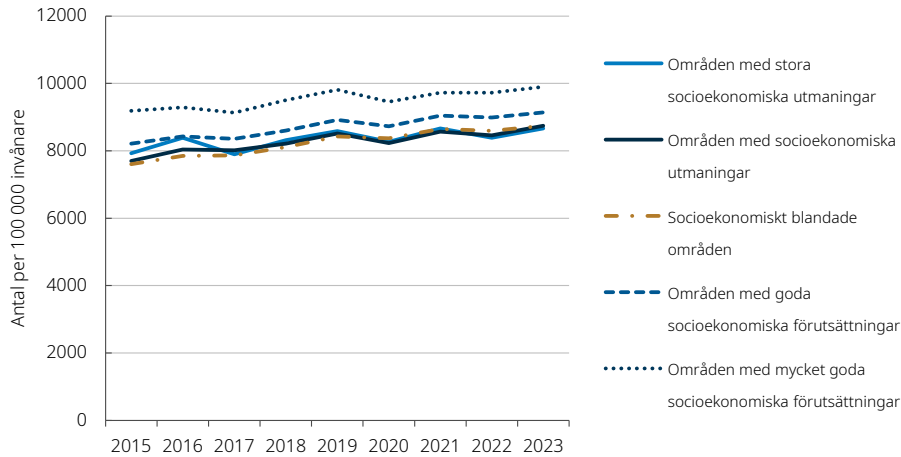
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret

Figur 9 nedan visar skillnader mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Vanligast är läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Andelen 2024 var 10 000 personer per 100 000 invånare med uttag av läkemedel av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika. Näst vanligast är det i områden med goda socioekonomiska förutsättningar medan andelen med läkemedelsuttag inte skiljde sig mellan övriga områdestyper.

Figur 9. Läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag av antihistamin, kortikosteroider och/eller övriga antiallergika per områdestyp, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden, SCB

Allergen immunterapi (AIT)

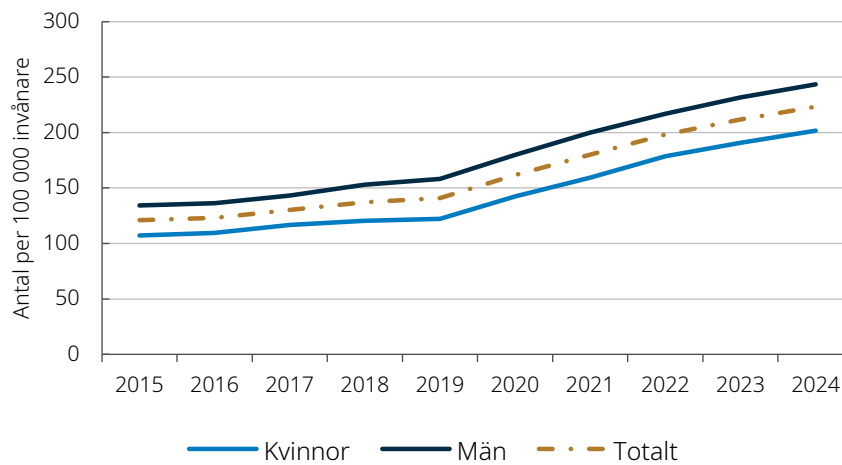
Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på Läkemedelsregistret och Patientregistret av förekomsten av Allergen immunterapi - AIT. Statistiken omfattar personer som uppfyller minst ett av nedanstående kriterier:

- Ett besök i slutenvården/specialiserad öppenvård med diagnos Hyposensibilisering mot allergener (ICD-kod Z51.6)
- Ett besök i slutenvården/specialiserad öppenvård med registrerad vårdåtgärd hyposensibilisering med depåextrakt (KVÅ-kod DT00.1).
- Minst ett läkemedelsuttag av Allergenextrakt (ATC-kod V01AA).

Figur 10. visar att det skett en ökning av AIT mellan 2015 och 2024. Under 2024 var andelen 220 personer per 100 000 invånare som fått AIT, vilket motsvarar ca 20 000 personer. Fler män/pojkar har fått AIT jämfört med kvinnor/flickor.

Figur 10. Allergen immunterapi, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag och/eller Läkarpbesök med AIT-behandling över tid, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.

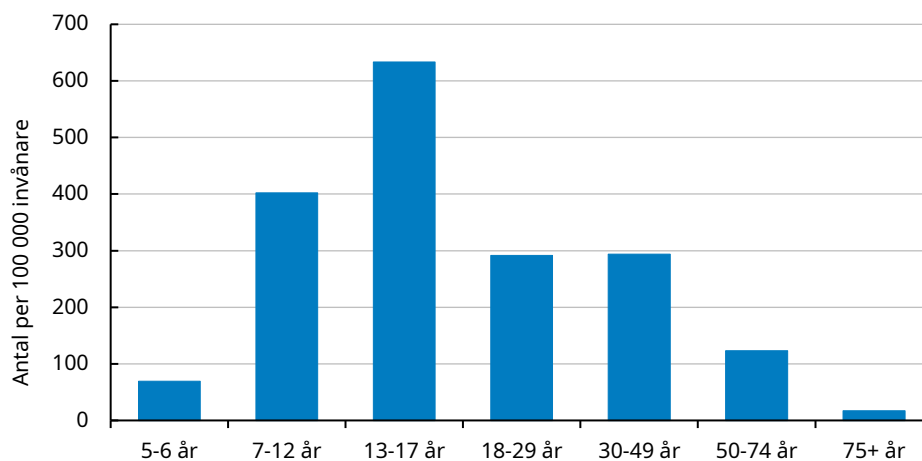


Källa: Läkemedelsregistret, patientregistret

Vanligast är AIT i åldern 13–17 år och näst vanligast bland barn 7–12 år. Bland personer över 18 år är det inte någon skillnad mellan åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år. Från 50 år är AIT mindre vanligt, och minst AIT-behandlade finns i åldersgruppen 75 år och äldre (Figur 11).

Figur 11. Allergen immunterapi, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag och/eller Läkarpbesök med AIT-behandling per åldersgrupp, avser år 2024.

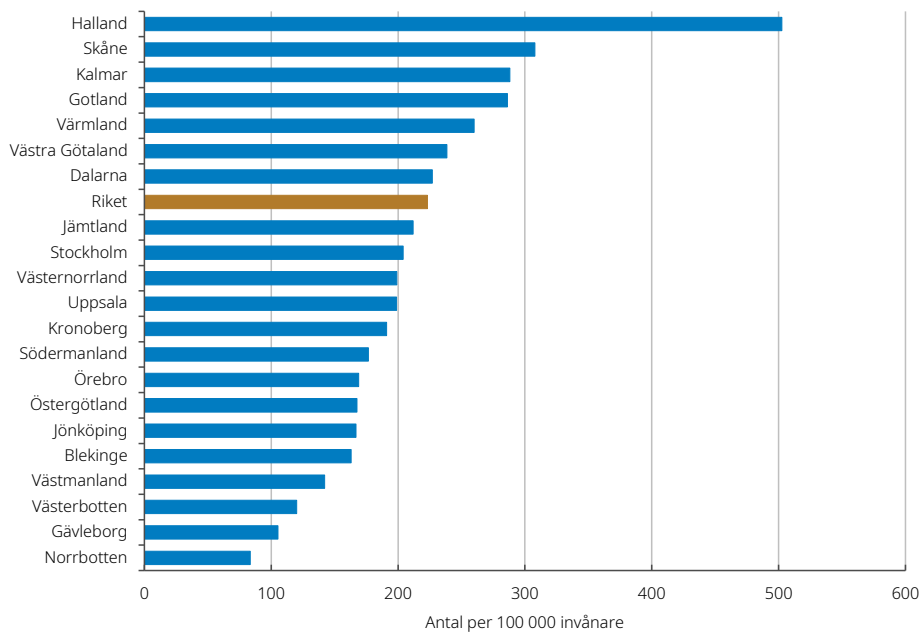


Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Figur 12 visar att andelen (antal personer per 100 000 invånare) med AIT-behandling varierar mellan regionerna från 80 till 500 personer per 100 000 invånare.

Figur 12. Allergen immunterapi, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag och/eller Läkarpbesök med AIT-behandling per region, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.

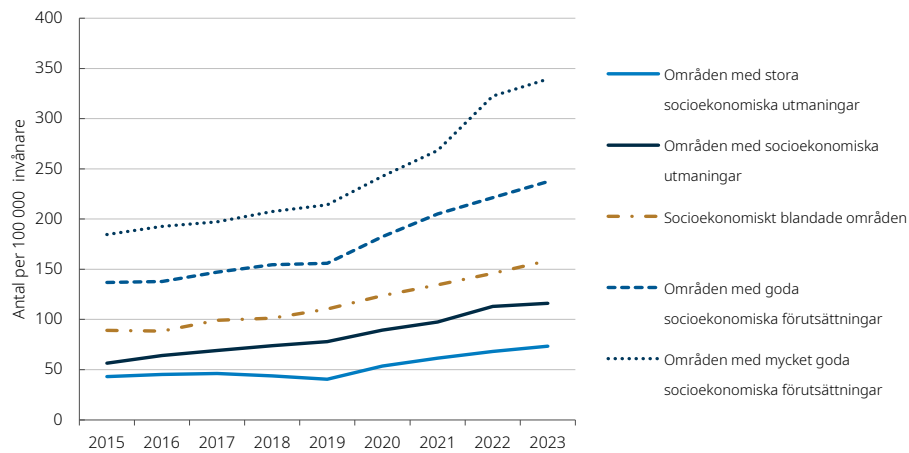


Källa: Läkemedelsregistret, patientregistret

Figur 12 visar att antal personer som AIT-behandlats skiljer sig mellan områden med olika socioekonomiska utmaningar. En högre andel personer har fått AIT behandling som lever i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar än andelen personer i övriga områdestyper.

Figur 12. Allergen immunterapi, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag och/eller Läkarpbesök med AIT-behandling, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret och Regionala statistikområden, SCB

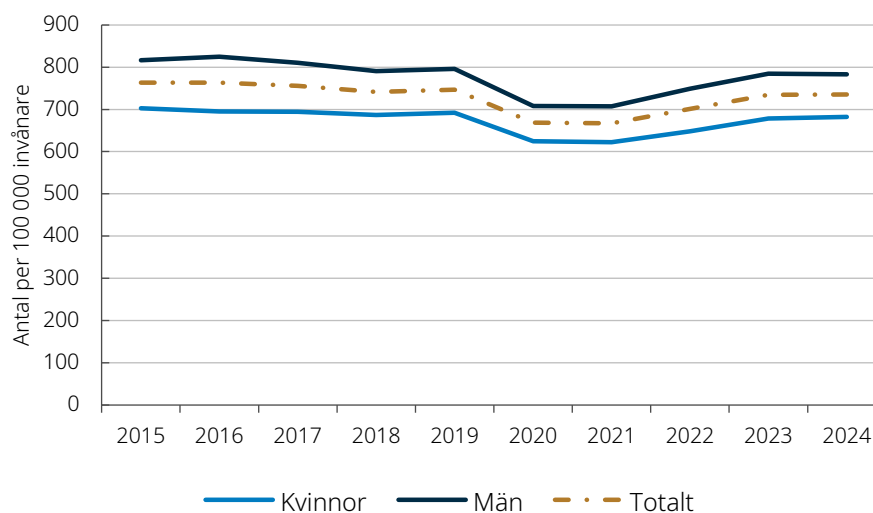
Astma

Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett besök inom specialiserad öppenvård med astma (ICD-kod J45, J46) som huvuddiagnos.

Figur 13 visar att andelen personer som vårdats med astma i slutenvård/specialiserad öppenvård inte haft stora förändringar under åren 2015–2024, dock en nedgång under pandemins två första år.

Figur 13. Astma, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Astma* över tid, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



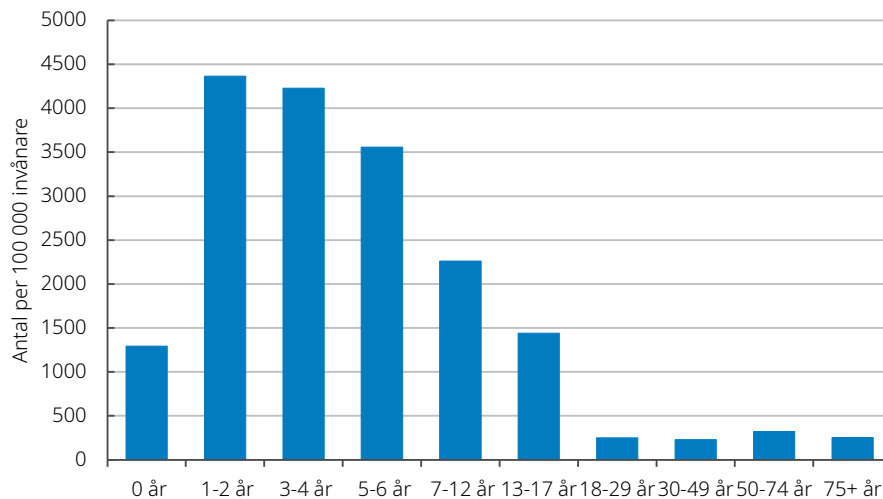
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser J45, J46

Källa: Patientregistret

Förekomst av astma i slutenvård/specialiserad öppenvård var vanligare bland barn och unga än bland vuxna 18 år och äldre. Allra vanligast var slutenvård/ specialiserad öppenvård vid astma bland barnen från 1 års ålder och under 2024 vårdades 4 365 barn per 100 000 invånare i åldern 1–2 år. Resultat visar sedan en minskad förekomst bland äldre barn och ännu lägre förekomst bland vuxna (figur 14).

Figur 14. Astma, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Astma* per åldersgrupp, avser år 2024.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser J45, J46

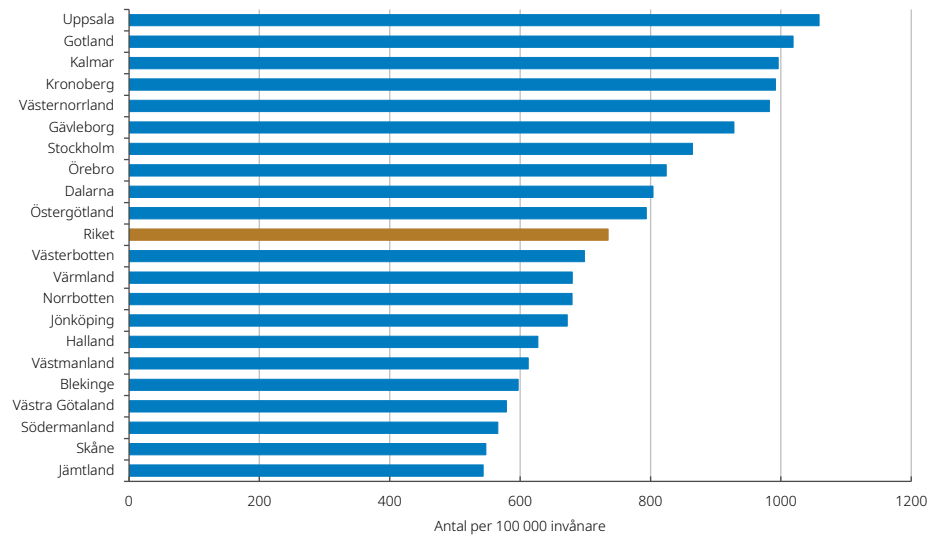
Källa: Patientregistret

Figur 15 visar att förekomsten i slutenvård/specialiserad öppenvård vid astma varierar mellan regionerna från 543 till 1060 per 100 000 invånare.

Patientregistret innehåller inte data från primärvården, därför fångas inte den vård som ges på den vårdnivån. Regionala variationer i andel besök i specialistvård mellan regionerna bör därför tolkas med försiktighet.

Figur 15. Astma, per region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för astma* per region, avser år 2024, Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



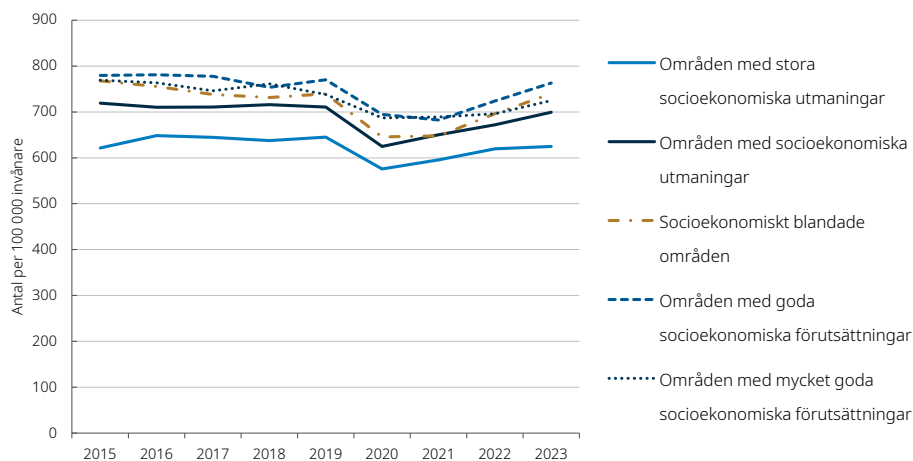
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser J45, J46

Källa: Patientregistret

Figur 16 visar att det är en lägre andel med astma i slutenvård/specialiserad öppenvård i områden med stora socioekonomiska utmaningar jämfört med andelen personer i övriga områdestyper.

Figur 16. Astma, områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Astma*, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser J45, J46

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden

Läkemedelsuttag av läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på Läkemedelsregistret och Patientregistret av läkemedel som ges vid behandling av Astma. Statistiken omfattar personer som uppfyller minst ett av följande kriterier

- Ett uttag av något av följande läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar (ATC-kod R03AC02, R03AC03, R03AC12, R03AC13, R03BB01, R03BB04, R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BA07, R03BA08, R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11, R03AK14, R03AL09, R03AL12, R03DC03) och ingen KOL-diagnos (ICD-kod J43, J44).

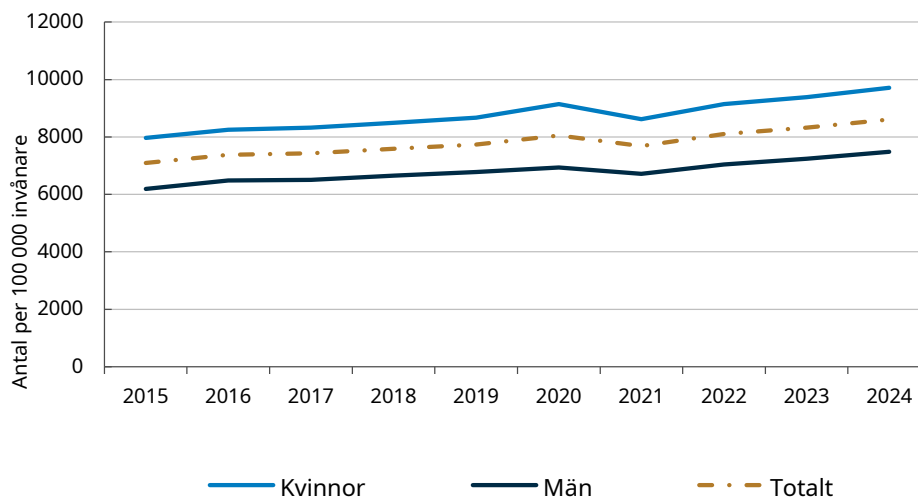
Läkemedel mot obstruktiv lungsjukdom ges vid behandling av Astma och flera av dessa läkemedel ges även vid behandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Personer som förekommer i patientregistret med ICD-diagnos J44- KOL och/eller J43-Lungenfysem de senaste 10 åren från uttagsdatum har inte tagits med.

Observera att eftersom det saknas primärvårdsdata och indikation i läkemedelsregistret, går det inte att säkerställa att resultaten endast inkluderar astmapatienter. Det är endast de personer som har fått diagnos KOL i slutenvård eller specialiserad öppenvård som kan exkluderas från analysen. Därmed kan vår population innehålla patienter med KOL trots exkluderingar.

Vidare presenteras uttag där exkluderingen av KOL i slutenvård eller specialiserad öppenvård har gjorts. Figur 17. visar en ökning i andelen läkemedelsuttag vid obstruktiva lungsjukdomar, mellan 2015 då 7000 personer per 100 000 invånare och 2024 då 8600 personer per 100 000 invånare. Fler kvinnor/flickor än pojkar/män har ett läkemedelsuttag.

Figur 17. Uttag av läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett Läkemedelsuttag vid obstruktiva lungsjukdomar*, Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning



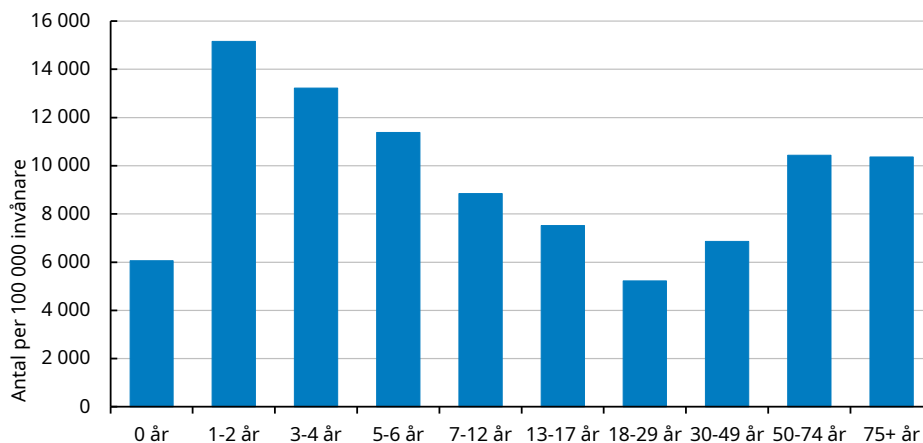
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Andelen som tog ut läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar var högre bland barn och i åldern 1–2 år jämfört med övriga åldersgrupper, följt av barn 3–4 år. Bland personer 18 år och äldre var läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar vanligare i åldern 50 år och äldre (Figur 18). I denna åldersgrupp är det troligt att det förekommer personer med KOL-diagnos.

Figur 18. Uttag av läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar, fördelat på åldersgrupper

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag av läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar*, avser år 2024.



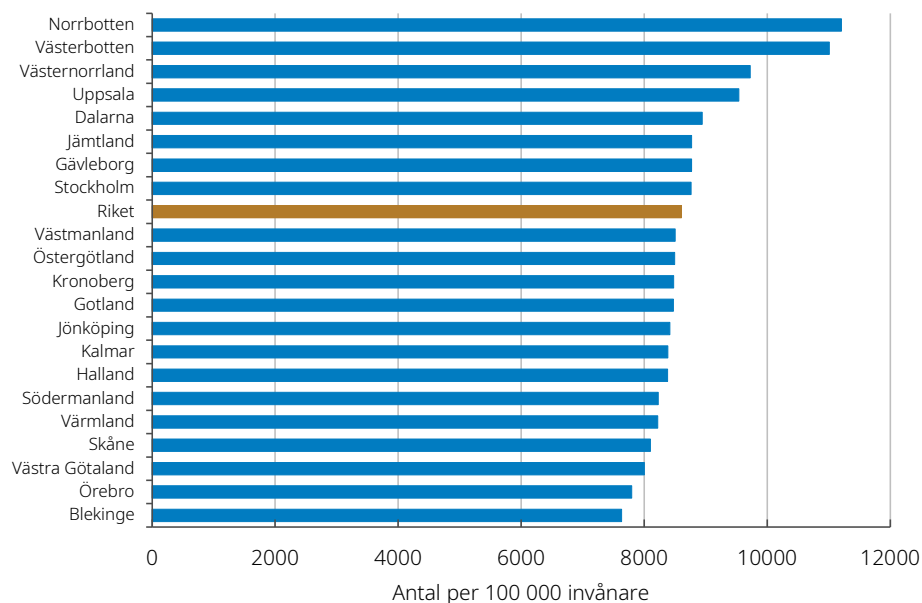
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Figur 19 visar att andelen personer med förskrivna läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar varierar mellan regionerna från 7600 till 10 200 per 100 000 invånare.

Figur 19. Läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar, fördelat på regioner

Andel, definierad som antal personer 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag vid obstruktiva lungsjukdomar*, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



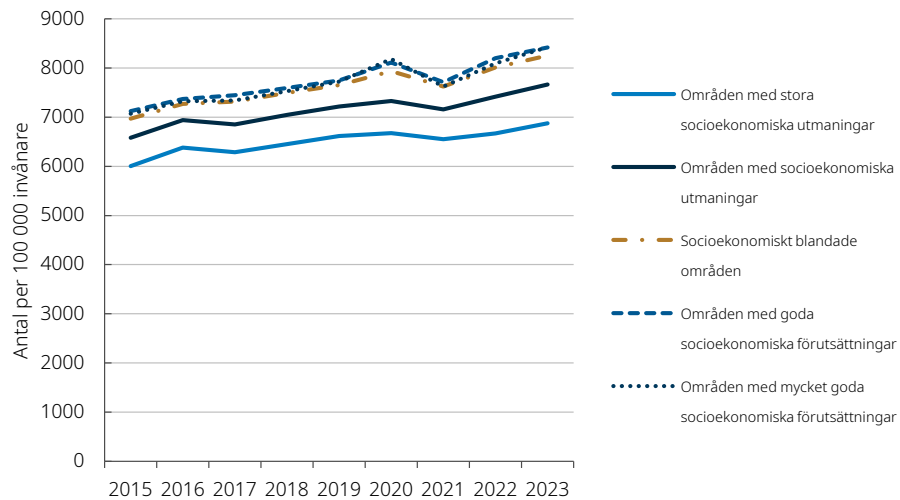
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Jämfört med övriga områdestyper är andelen personer i områden med socioekonomiska utmaningar och personer i områden med stora socioekonomiska utmaningar som tar ut läkemedel mot astma lägre jämfört med andra områdestyper (Figur 20).

Figur 20. Läkemedel vid obstruktiva lungsjukdomar, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett läkemedelsuttag vid obstruktiva lungsjukdomar *, Åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret och Regionala statistikområden (SCB)

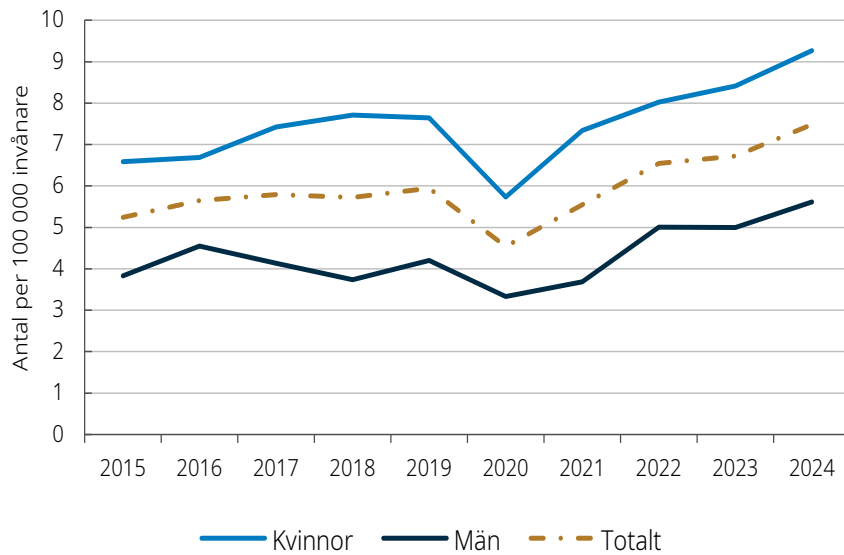
Akut astma

Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett specialistbesök inom specialiserad öppenvård med akut astma (ICD-kod J46.9) som huvuddiagnos.

Figur 21 visar att andelen personer som vårdats med akut astma i slutenvård/specialiserad öppenvård akut astma har ökat något under 2015–2024, dock en nedgång under pandemin.

Figur 21. Akut astma, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för akut astma*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



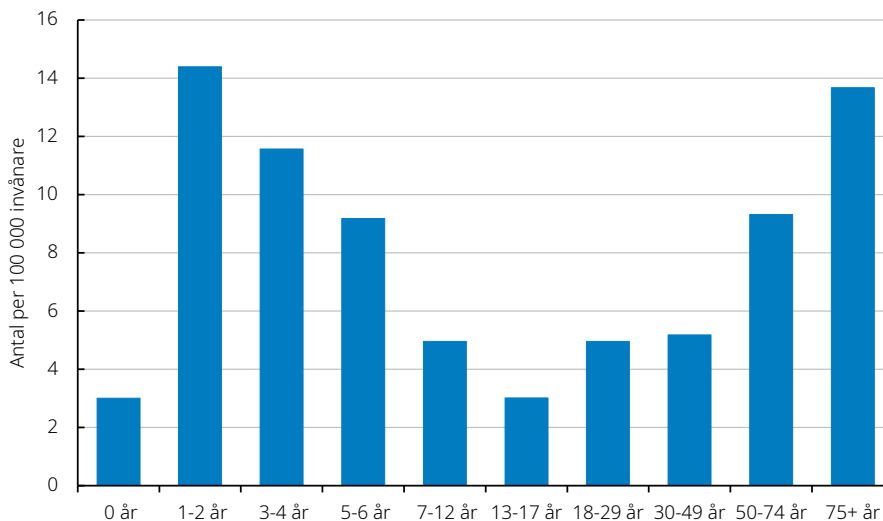
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos J46

Källa: Patientregistret

Förekomst i slutenvård/specialiserad öppenvård vid akut astma var högst bland barn och unga i åldern 1–2 år, följt av personer i åldersgruppen 75 år och äldre. Lägst förekomst med akut astma var bland barn 13–17 år och barn yngre än 1 år (Figur 22.).

Figur 22. Akut astma, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för akut astma* per åldersgrupp, avser år 2024.



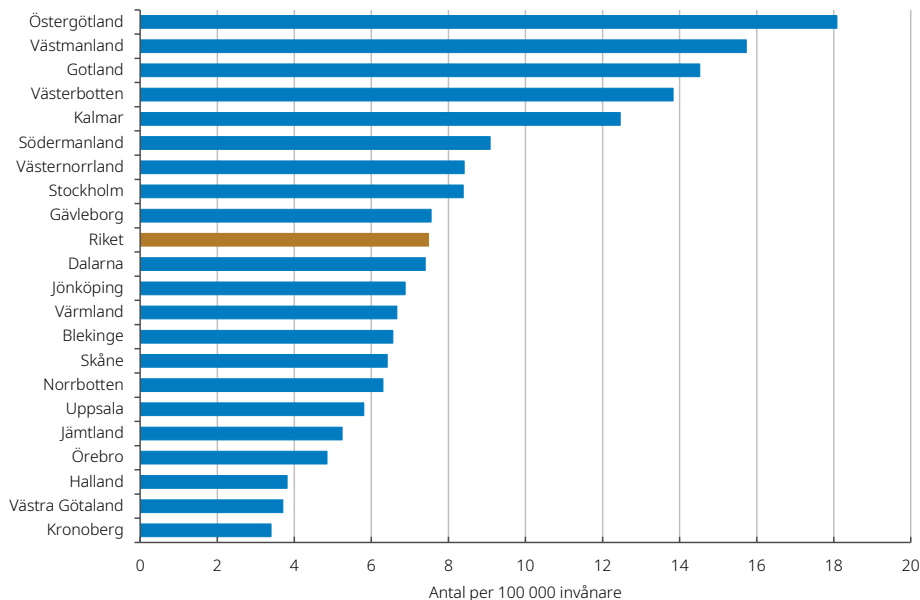
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos: ICD-kod J46

Källa: Patientregistret

Figur 23 visar att andelen med diagnosen akut astma i slutenvård/specialiserad öppenvård varierar mellan regionerna från 3,4 till 18 personer per 100 000 invånare.

Figur 23. Akut astma, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för akut astma* per region, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos j46

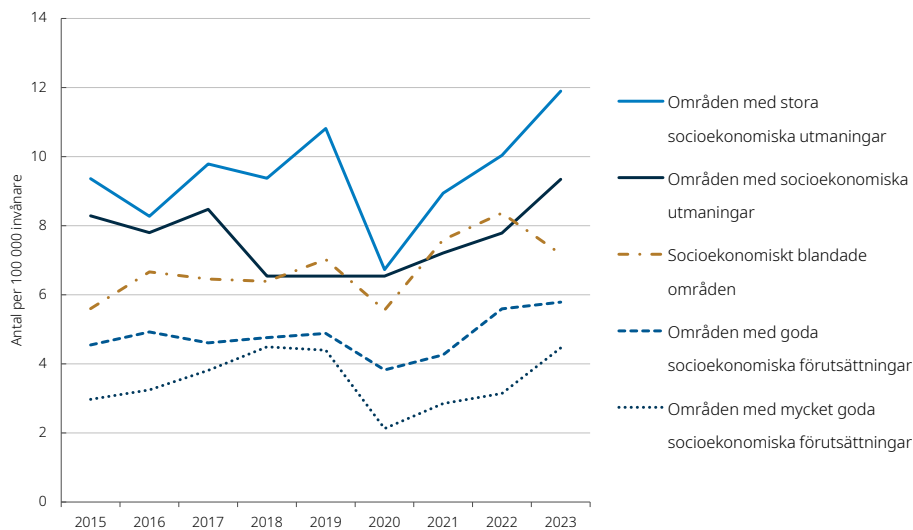
Källa: Patientregistret

Figur 24 visar att andelen personer som vårdats med akut astma i slutenvård/specialist öppenvård skiljer sig mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Förekomsten av akut astma inom områdestyperna varierar också över åren. Andelen personer i mycket stora socioekonomiska utmaningar var högre i jämförelse med de övriga områdestyperna.

Resultatet visar ett omvänt samband jämfört med resultatet i figur 16 för astma. Andelen personer som vårdats för astma i slutenvård/specialist öppenvård var högre i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Orsakerna är sannolikt multifaktoriella. Det kan bero på att personer i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar inte söker vård i samma uträkning. Bristande hälsolitteracitet kan påverka förståelsen för givna behandlingsinstruktioner. Ett ytterligare alternativ kan vara otillräcklig vård och behandling.

Figur 24. Akut astma, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för akut astma*, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnos j46
Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (SCB)

Matallergi

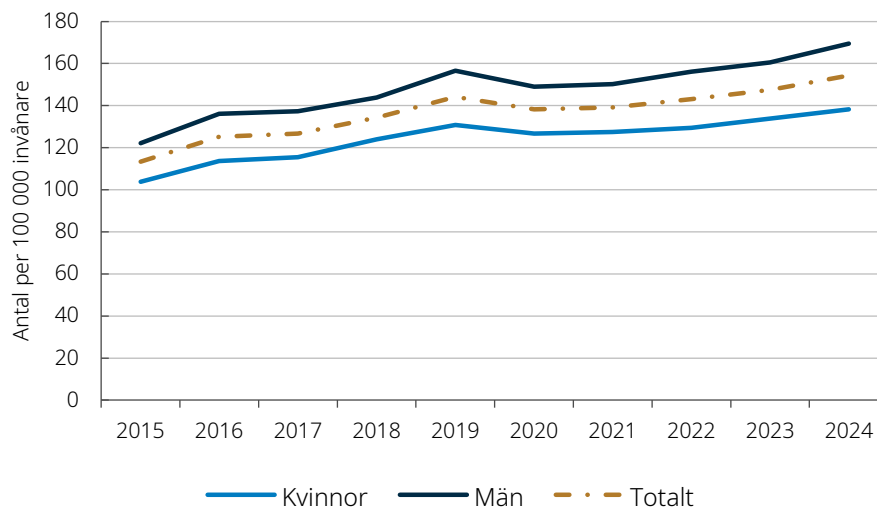
Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett besök inom specialiserad öppenvård med matallergi (ICD-kod Z91.0A-Z91.0G.) som huvuddiagnos.

Figur 25 visar att förekomsten av personer som vårdats med matallergi i slutenvård/specialiserad öppenvård har ökat under åren 2015–2024. Fler andelar män/pojkar vårdades med dessa diagnoser jämfört med kvinnor/flickor.

Under 2024 vårdades cirka 150/100 000 invånare vilket motsvarar 16 300 personer inom specialiserad öppenvård och/eller slutenvård med huvuddiagnos matallergi.

Figur 25. Matallergi, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för matallergi*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



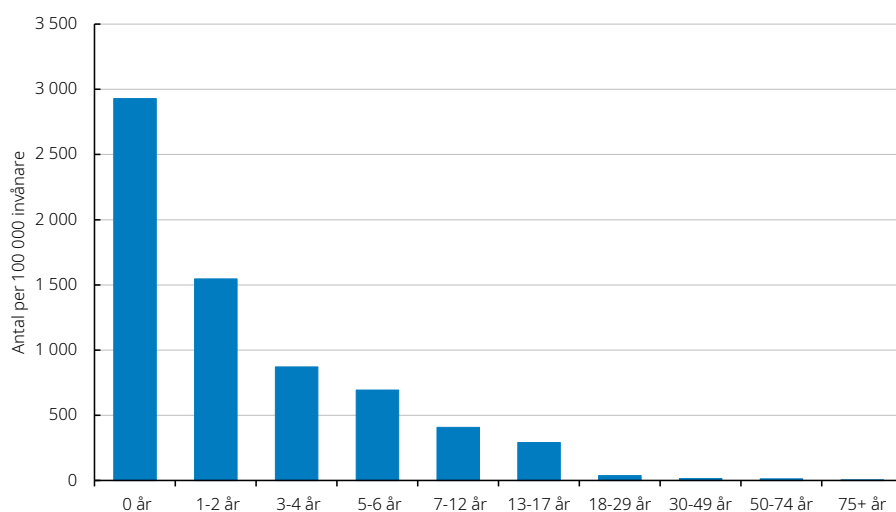
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod Z91.0A-Z91.0G. F

Källa: Patientregistret

Förekomsten av slutenvård/specialiserad öppenvård vid matallergi var mycket lägre bland vuxna (18 år och äldre) jämfört med förekomsten bland barn och unga. Vanligast var vård med matallergi bland barn under 1 år och under 2024 fick 2900 personer per 100 000 invånare vård vid matallergi. Bland personer 18 år och äldre var förekomsten av vård vid matallergi vanligast i åldrarna 18–29 år. Vård vid matallergi var ovanligare i åldersgrupperna 30–39 år, 40–49 år, 50–74 år och 75 år och äldre (figur 26).

Figur 26. Matallergi, fördelat på åldersgrupper

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för matallergi* per åldersgrupp, avser år 2024



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod Z91.0A-Z91.0G. F

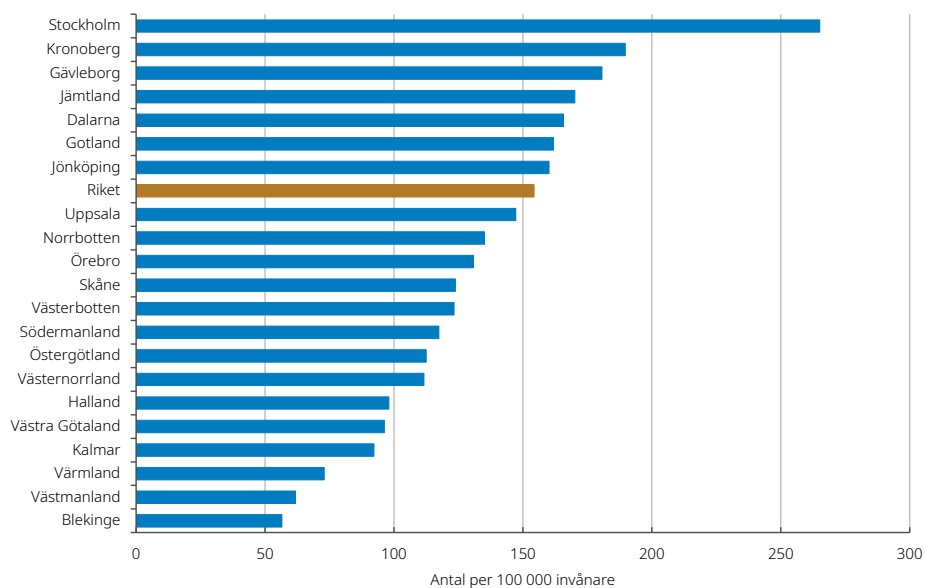
Källa: Patientregistret

Figur 27. visar att andelen som vårdas i slutenvård/specialiserad öppenvård för matallergi varierar mellan regionerna från 57 till 260 per 100 000 invånare under 2024.

Patientregistret innehåller inte data från primärvården, därför fångas inte den vård som ges på den vårdnivån. Tolkningar om de regionala skillnaderna bör göras med försiktighet.

Figur 27. Matallergi, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för matallergi*, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



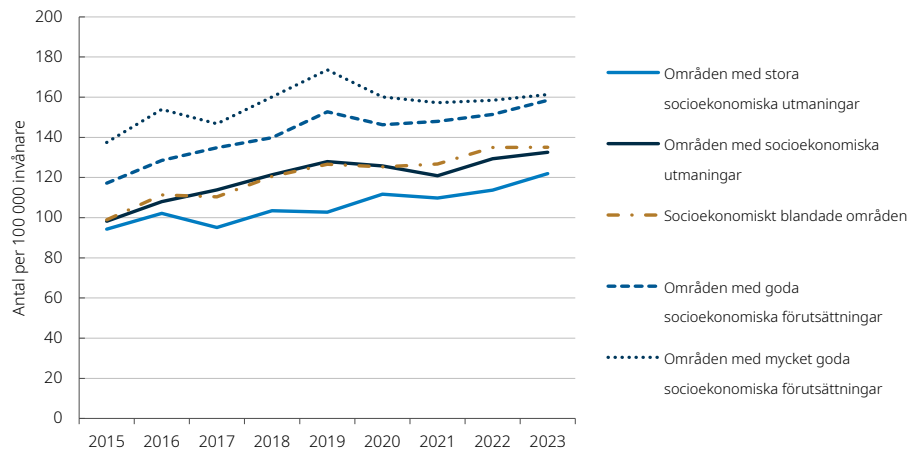
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod Z91.0A-Z91.0G. F

Källa: Patientregistret

Figur 28 visar att andelen personer som vårdats med matallergi i slutenvård/specialist öppenvård skiljer sig mellan områden med olika socioekonomi. Andelen personer med matallergi var lägre i områden med stora socioekonomiska utmaningar i jämförelse med de övriga områdestyperna.

Figur 28. Matallergi, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för matallergi* per områdestyp, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod Z91.0A-Z91.0G. F

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (SCB)

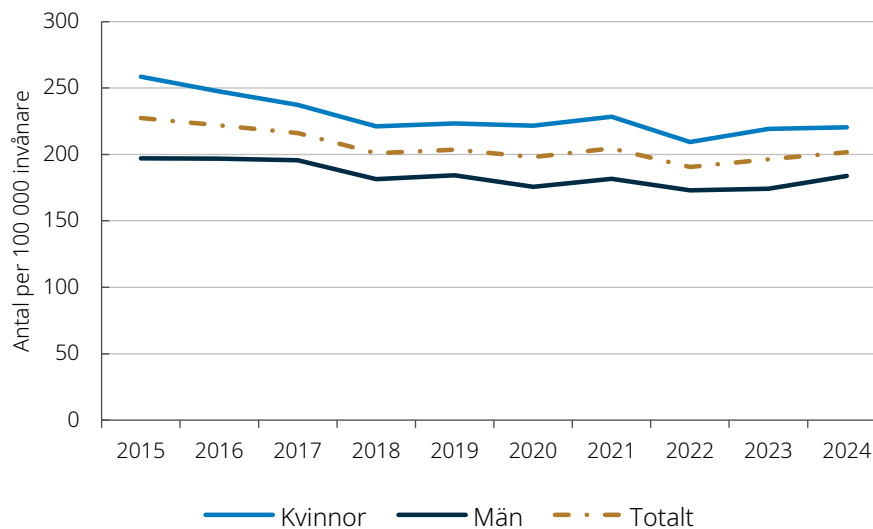
Atopiskt eksem

Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett besök inom specialiserad öppenvård med Atopiskt eksem (ICD-kod L20) och atopiska vinterfötter (ICD-kod L30.8C) som huvuddiagnos.

Figur 29 visar att förekomsten av personer som vårdats med Atopiskt eksem i slutenvård/specialiserad öppenvård har minskat något under åren 2015–2024. Fler andel kvinnor/flickor vårdades med dessa diagnoser jämfört med andelen män/pojkar. Vi vet inte vad denna minskning kan bero på, men observerar att vi inte har tillgång till primärvårdsdata.

Figur 29. Atopiskt eksem, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Atopiskt eksem*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



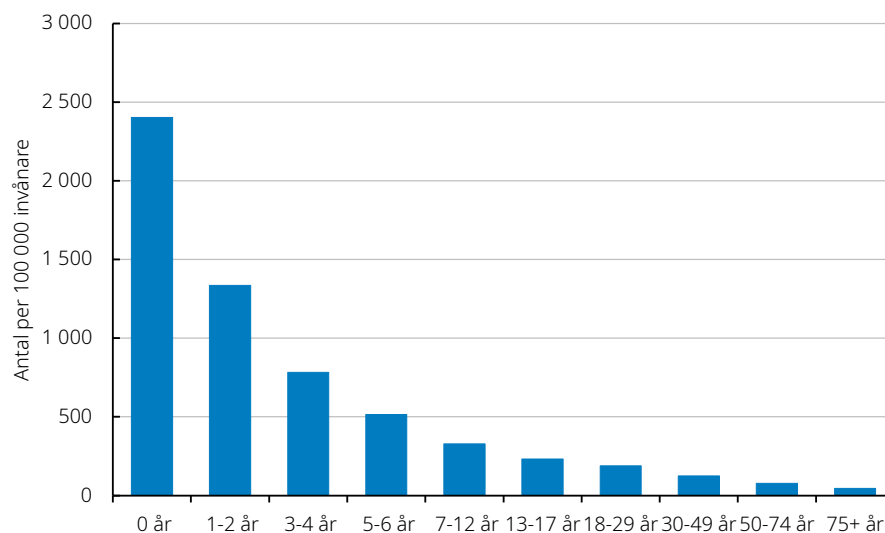
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod L20, L30.8C

Källa: Patientregistret

Förekomsten av slutenvård/specialiserad öppenvård vid Atopiskt eksem var vanligast bland barn under 1 år och under 2024 fick 2400 personer per 100 000 barn under 1 år vård vid Atopiskt eksem. Förekomsten av vård vid atopiskt eksem var lägre bland äldre barn och lägst i åldrarna 13–17 år jämfört med de yngsta barnen. Bland personer 18 år och äldre var förekomsten av vård vid atopiskt eksem vanligast i åldrarna 18–29 år. Vård vid atopiskt eksem var ovanligare i åldersgrupperna 30–39 år, 40–49 år, 50–64 år och 65 år och äldre (figur 30).

Figur 30. Atopiskt eksem, fördelat på åldersgrupper

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Atopiskt eksem* per åldersgrupp, avser år 2024.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod L20, L30.8C

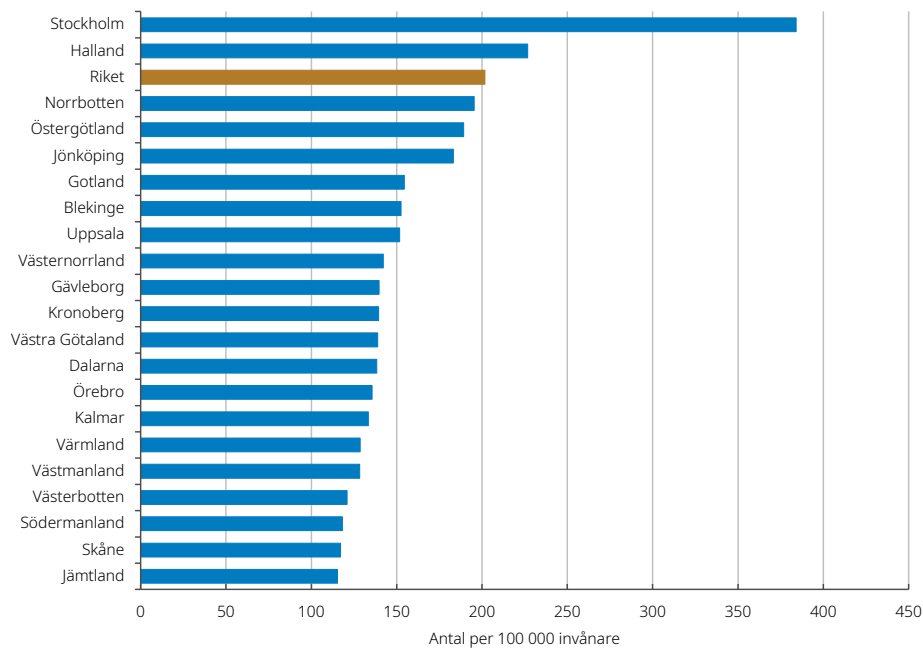
Källa: Patientregistret

Figur 31. visar att andelen med atopiskt eksem i slutenvård/specialiserad öppenvård varierar mellan regionerna från 110 till 390 per 100 000 invånare under 2024.

Patientregistret innehåller inte data från primärvården, därför fångas inte den vård som ges på den vårdnivån. Variationer vad gäller specialistvård mellan regionerna bör därför tolkas med försiktighet.

Figur 31. Atopiskt eksem, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Atopiskt eksem* per region, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



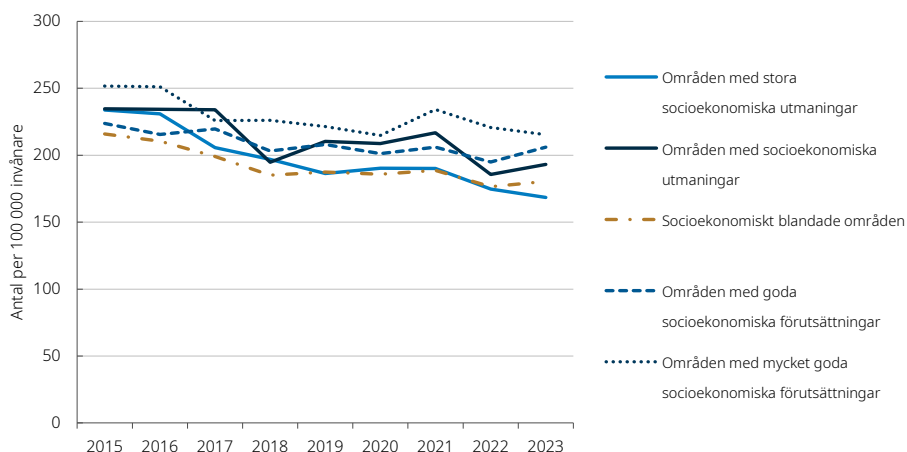
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod L20, L30.8C

Källa: Patientregistret

Skillnaden mellan områdestyp varierar mellan åren 2015–2023. Under 2023 är andelen som vårdas för Atopiskt eksem vanligast i områden med mycket bra socioekonomiska förutsättningar medan andelen från områden med stora ekonomiska utmaningar var lägst (Figur 32).

Figur 32. Atopiskt eksem, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för Atopiskt eksem* per områdestyp, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod L20, L30.8C

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (SCB)

Läkemedelsuttag – atopiskt eksem

Nedan presenteras deskriptiva analyser baserade på Patientregistret och Läkemedelsregistret av läkemedel som ges vid behandling av Atopiskt eksem. Flera av dessa läkemedel kan även användas vid andra hudtillstånd. Statistiken omfattar personer som uppfyller minst ett av nedanstående kriterier:

- Minst två uttag av utvalda läkemedel vid dermatit (D11AH01, D11AH02, D11AH07, D11AH08) inom 12 månader.
- Minst två uttag av dupilumab (D11AH05) förskrivna av dermatolog inom 12 månader.
- Minst två uttag av JAK-hämmare (L04AF02, L04AF03) förskrivna av dermatolog inom 12 månader samt diagnos för atopiskt eksem (L20 och/eller L30.8c) i Patientregistret.
- Minst två uttag av kortikosteroider grupp I-IV (D07) inom 12 månader varav minst en från grupp I-III.

För personer som inte har någon diagnos för atopiskt eksem (L20 och/eller L30.8c) i Patientregistret, exkluderas med följande kriterier:

- ICD-10 diagnoser L21, L22, L23, L24, L25, L26, L27, L28, L29, L30 (förutom L30.8c), L40, L53, L55, L56, L80, L90, L93 i Patientregistret inom 5 år innan läkemedelsuttaget.
- Ett uttag av läkemedel med följande ATC-koder D05, D02AF, D07XC inom 12 månader.

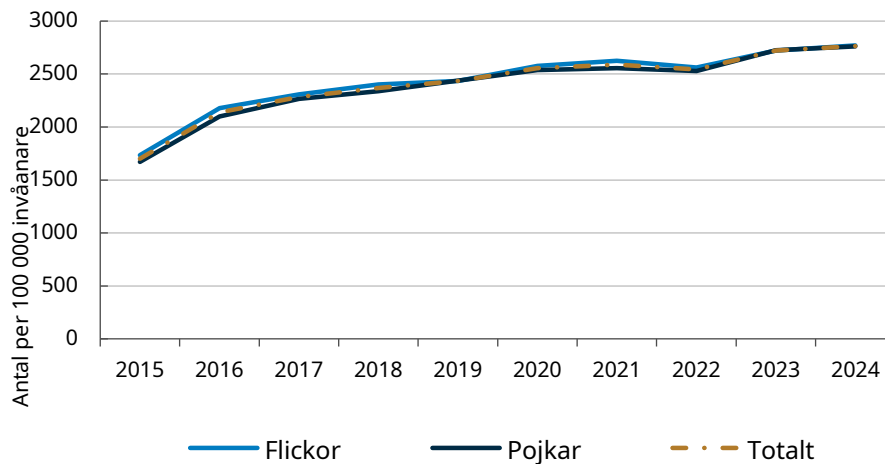
I detta avsnitt presenteras resultatet för barn 0–17 år. Observera att eftersom det saknas primärvårdsdata vad gäller diagnoser och indikation i läkemedelsregistret, går det inte att säkerställa att resultaten endast inkluderar personer med atopiskt eksem. Personer med övriga diagnoser som har annan indikation på läkemedlet kan endast exkluderas från analysen om personen har en annan diagnos i slutenvård och/eller specialiserade öppenvård. Därför är inte statistiken som presenteras nedan helt representativ för en population med atopiskt eksem.

Resultatet för barn 2024 visar att det är något vanligare att läkemedel vid atopiskt eksem förskrivs i primärvård (54%) jämfört med i slutenvård/Specialiserad öppenvård (46%).

Figur 33. visar en ökning mellan 2015 då cirka 1700 barn per 100 000 invånare och 2024 då 2700 barn per 100 000 invånare tog ut läkemedel vid atopiskt eksem. 2016 blev det gratis för barn att hämta ut läkemedel förskrivna på recept, vilket kan ha påverkat den ökning av utskrivna läkemedel som konstateras.

Figur 33. Läkemedel atopiskt eksem, totalt och fördelat på kön

Andel definierad som antal personer i ålder 0–17 år per 100 000 invånare med minst ett uttag av läkemedel vid atopiskt eksem*, Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



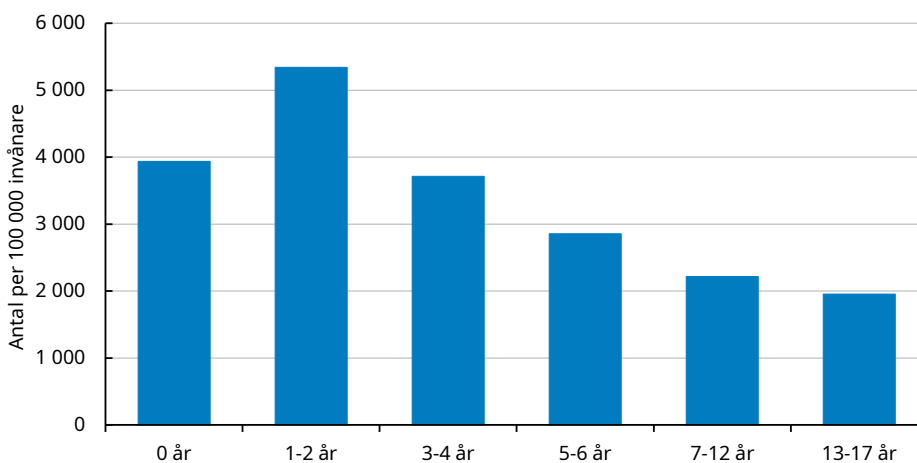
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret

Andelen personer i ålder 0–17 år som tog ut läkemedel vid atopiskt eksem var högre bland barn i åldern 1–2 år jämfört med övriga åldersgrupper och under 2024 tog 5300 per 100 000 i åldern 1–2 år ut läkemedel vid atopiskt eksem. Näst vanligast var läkemedel vid atopiskt eksem i åldern 0 år. (Figur 34.)

Figur 34. Läkemedel vid atopiskt eksem, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer i ålder 0–17 år per 100 000 invånare med minst ett uttag av läkemedel vid atopiskt eksem * per åldersgrupp, avser år 2024.



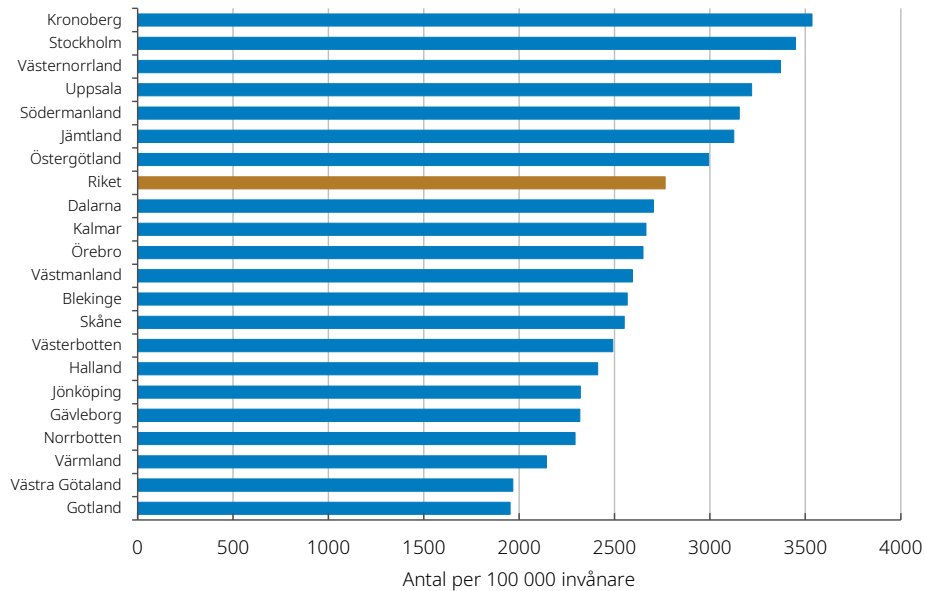
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret

Figur 35 visar att andelen personer i åldern 0–17 år med förskrivna läkemedel vid atopiskt eksem varierar mellan regionerna.

Figur 35. Läkemedel atopiskt eksem, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer i ålder 0–17 år per 100 000 invånare med minst ett uttag av läkemedel vid atopiskt eksem * per region, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning 0–17 år.



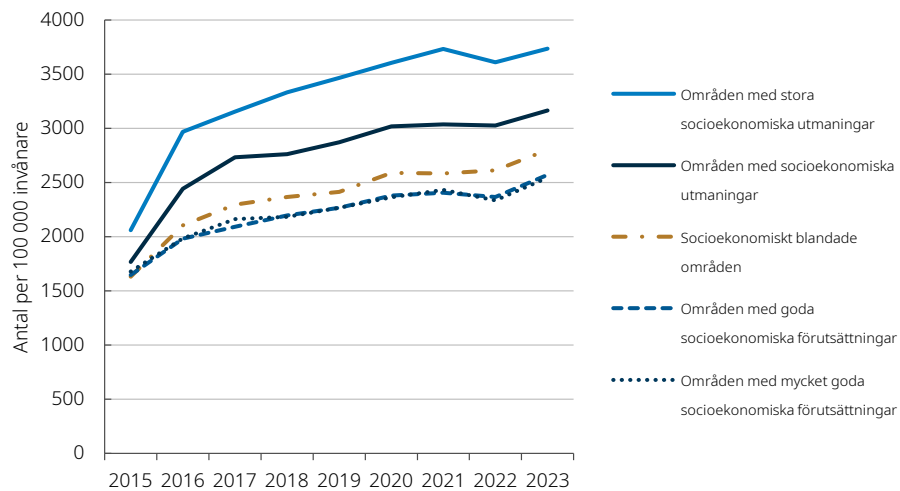
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret

Vanligast är läkemedel vid atopiskt eksem i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, där 3700 barn per 100 000 invånare under 2024 tog ut läkemedel vid atopiskt eksem. Näst vanligast är det i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Det är ingen skillnad mellan socioekonomiskt blandade och områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar (figur 36).

Figur 36. Läkemedel atopiskt eksem, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer i ålder 0–17 år per 100 000 invånare med minst ett uttag av läkemedel vid eksem* per områdestyp, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret och Regionala statistikområden (SCB)

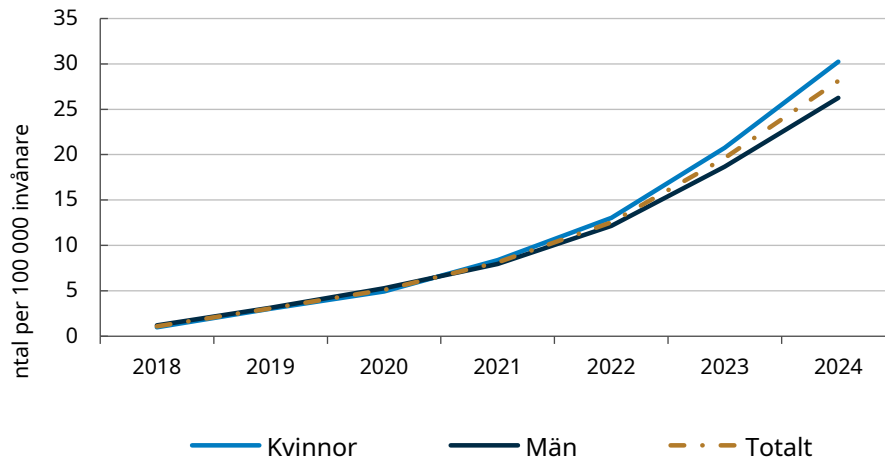
Läkemedelsuttag biologiska läkemedel och JAK-hämmare - atopiskt eksem

Nedan redovisas uttag av biologiska läkemedel och JAK-hämmare från uttaget som beskrevs i avsnittet *Atopiskt eksem -Läkemedelsuttag*. Statistiken omfattar personer som har uttag av läkemedel med ATC-kod D11AH07, D11AH05, L04AF02 och/eller L04AF03. Se under avsnittet *Atopiskt eksem -Läkemedelsuttag* vilka kriterier som gällt för inkludering i statistiken.

Figur 37. visar en ökning mellan 2018 då 3 personer per 100 000 invånare och år 2024 då 28 personer per 100 000 invånare tog ut biologiska läkemedel/JAK-hämmare mot atopiskt eksem

Figur 37. Atopiskt eksem – biologiskt läkemedel/JAK-hämmare, totalt och fördelat på kön

Andel definierad som antal per 100 000 invånare med minst ett uttag av biologiskt läkemedel och eller JAK-hämmare för atopiskt eksem*, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



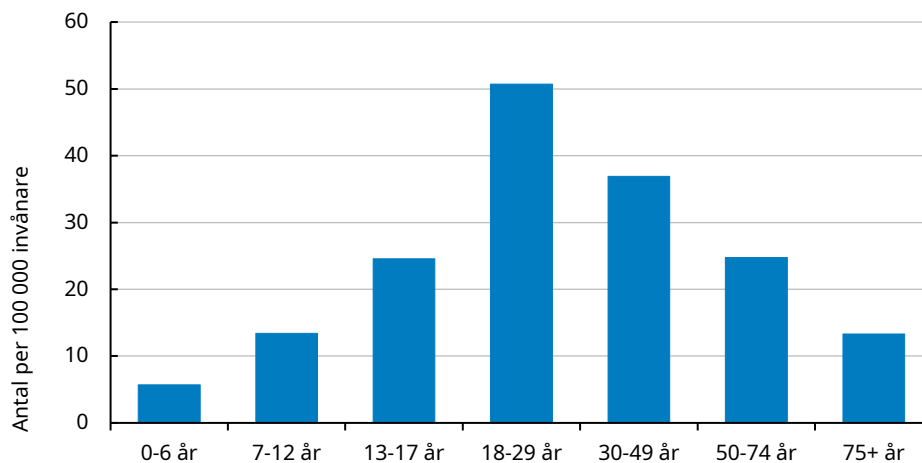
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Andelen som tog ut biologiskt läkemedel/JAK-hämmare mot Atopisk eksem var högre bland 18–29 åringar jämfört med övriga åldersgrupper. Användandet minskar med åldern efter 29 år. (Figur 38).

Figur 38. Atopiskt eksem –biologiskt läkemedel/JAK-hämmare, fördelat på åldersgrupper

Andel definierad som antal per 100 000 invånare med minst ett uttag av biologiskt läkemedel/JAK-hämmare för atopiskt eksem*, avser år 2024.



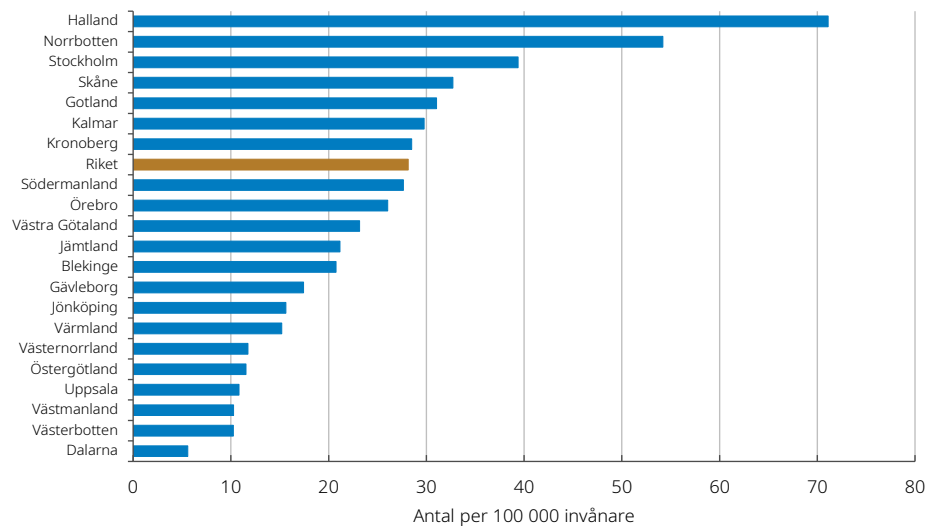
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Figur 39. visar att andelen personer som gör ett uttag av biologiskt läkemedel/JAK-hämmare mot Atopisk eksem varierar mycket mellan regionerna från 9 till 80 per 100 000 invånare under 2024.

Figur 39. Atopiskt eksem –biologiskt läkemedel/JAK-hämmare, fördelat på region

Andel, definierad som antal per 100 000 invånare med minst ett uttag av biologiskt läkemedel/JAK-hämmare för atopiskt eksem*, avser år 2024. åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



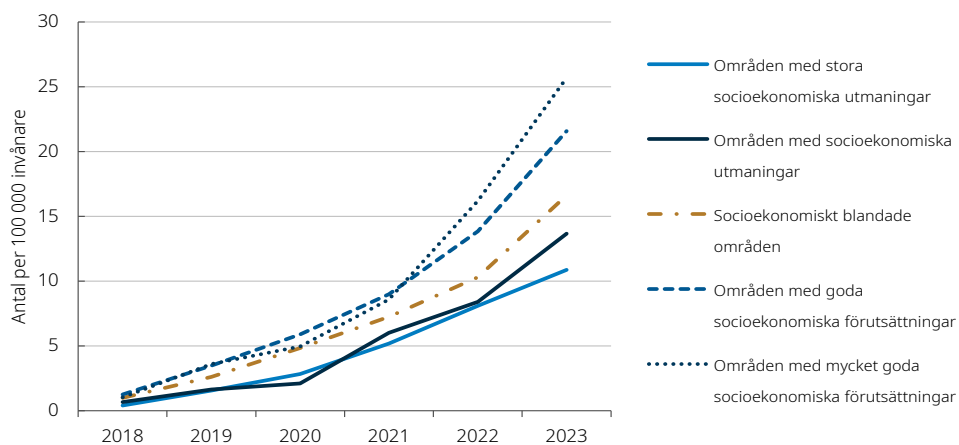
*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Läkemedelsregistret, Patientregistret

Figur 40 visar att andelen personer som gör ett uttag av biologiskt läkemedel/JAK-hämmare vid Atopisk eksem under 2023 är lägst i områden med stora ekonomiska utmaningar.

Figur 40. Atopiskt eksem –biologiskt läkemedel/JAK-hämmare, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal per 100 000 invånare med minst ett uttag av biologiskt läkemedel/JAK-hämmare för atopiskt eksem*, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*se beskrivning i avsnittets början.

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (SCB).

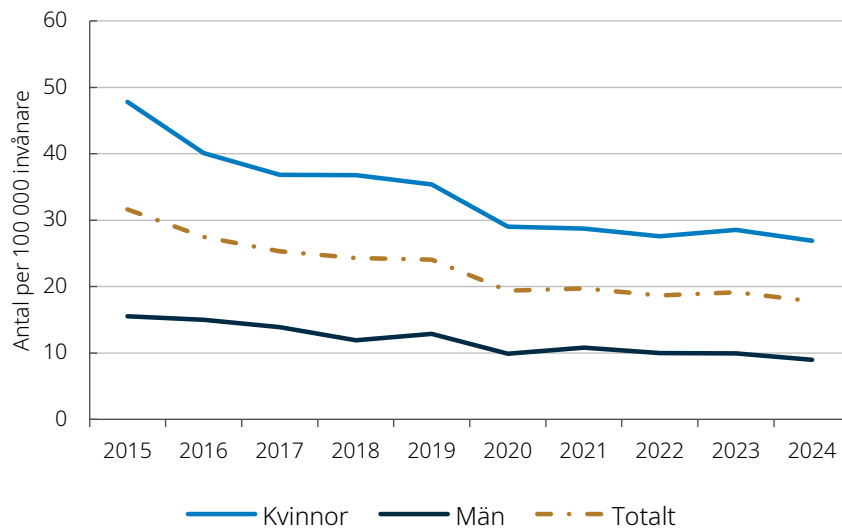
Kontaktallergi

Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett besök inom specialiserad öppenvård med kontaktallergi (ICD-kod L23) som huvuddiagnos eller bidiagnos.

Figur 41. visar en minskning mellan 2015 då 31 personer per 100 000 invånare och år 2024 då 19 personer per 100 000 invånare förekom i slutenvården/specialiserade öppenvården med kontaktallergi. Fler kvinnor/flickor än pojkar/män hade ett vårdbesök med diagnosen kontaktallergi.

Figur 41. Kontaktallergi, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för kontaktallergi*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



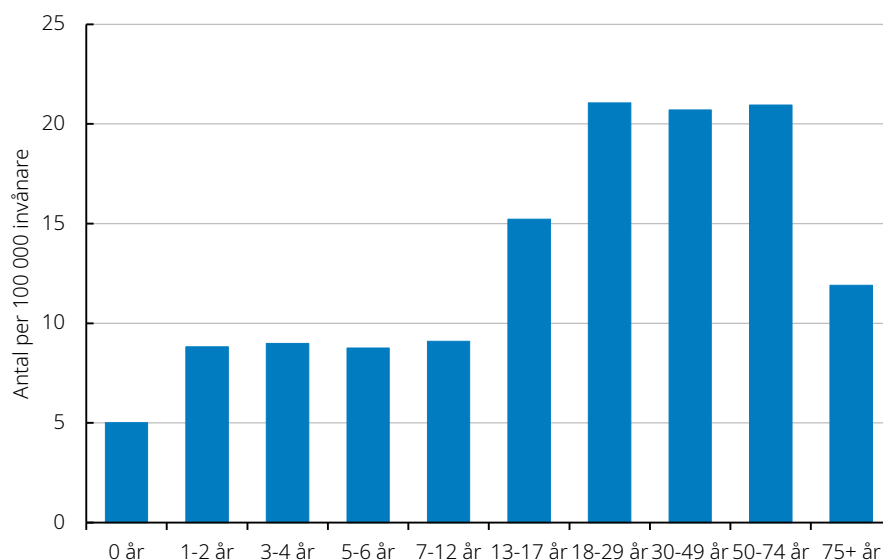
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvud/bi-diagnos: ICD-diagnos L23

Källa: Patientregistret

Förekomst med kontaktallergi i slutenvård/specialiserad öppenvård var vanligare bland vuxna 18 år och äldre än bland barn. Kontaktallergi är livslång och personer kan ha fått sin diagnos tidigare. Allra vanligast var slutenvård/ specialiserad öppenvård vid kontaktallergi bland vuxna från 18 år till 74 års ålder. Bland barn var det ingen stor skillnad i förekomst emellan åldersgrupperna från 1 år och uppåt. (figur 42).

Figur 42. Kontaktallergi, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för kontaktallergi*, avser år 2024.



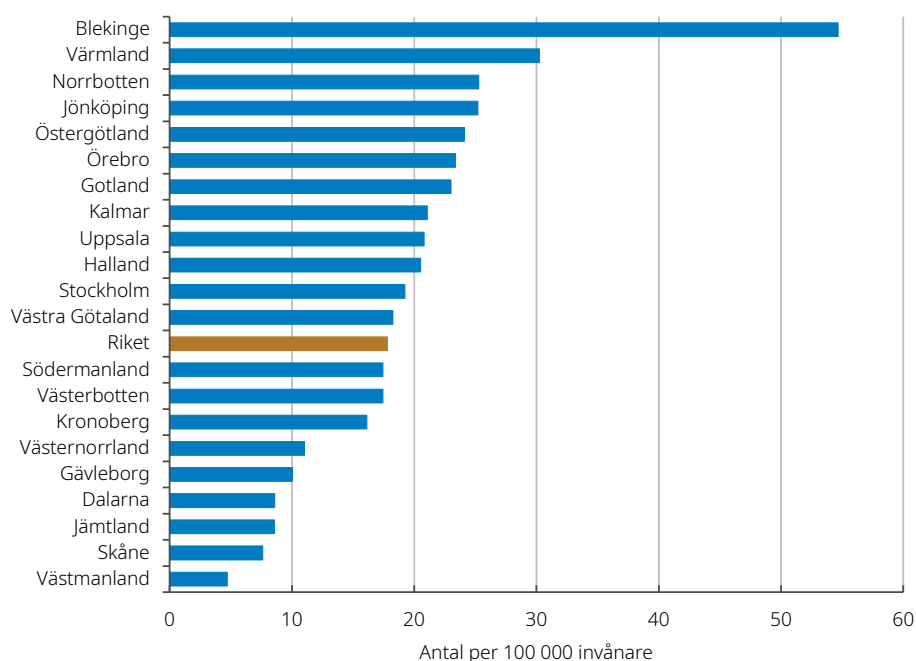
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvud/bi-diagnos: ICD-diagnos L23

Källa: Patientregistret

Figur 43. visar att andelen personer med diagnosen kontaktallergi i slutenvård/specialiserad öppenvård varierar mellan regionerna från 5 till 55 per 100 000 invånare under 2024.

Figur 43. Kontaktallergi, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för kontaktallergi*, avser år 2024, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



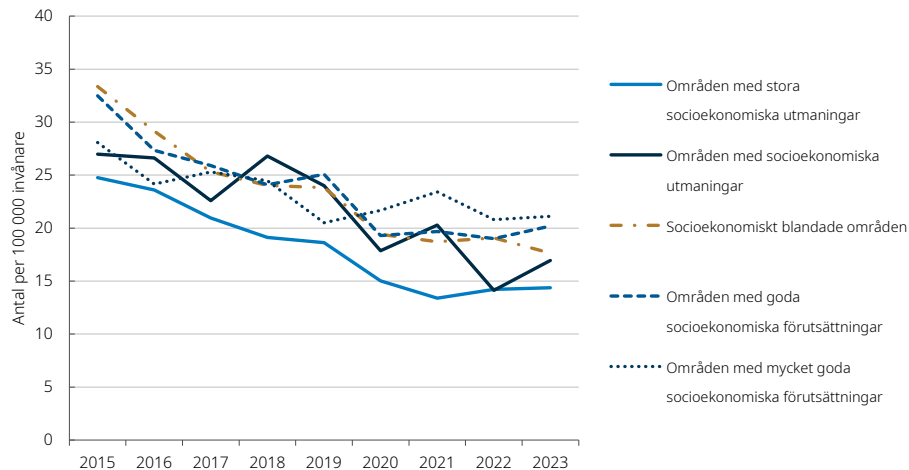
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvud/bi-diagnos: ICD-diagnos L23

Källa: Patientregistret

Under 2023 är andelen i slutenvård/specialiserad öppenvård med diagnosen kontaktallergi lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Figur 44. Kontaktallergi, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för kontaktallergi*, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvud/bi-diagnos: ICD-diagnos L23
Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (SCB)

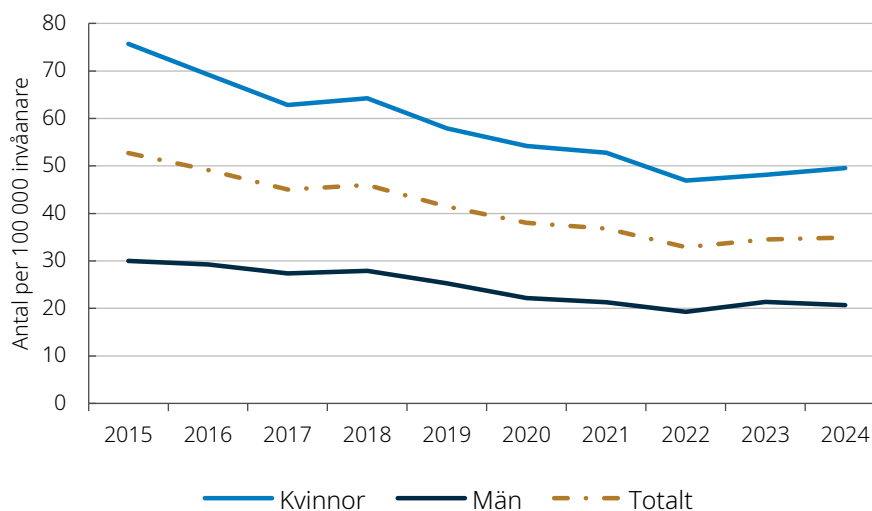
Epikutantest

Statistiken omfattar personer med minst ett registrerat epikutantest (KVÅ-kod AQ003, AQ004, AQ005) i specialiserad öppenvård. Eftersom registreringen av vårdåtgärder (KVÅ koder) är lågt i patientregistret behöver resultatet tolkas med försiktighet. Dock används epikutantest KVÅ-koder (AQ003, AQ004, AQ005) av hudläkare som får en högre ersättning om besöket är kopplat till testning.

Figur 45. visar en minskning i andel mellan 2015 då 52 personer per 100 000 invånare och år 2024 då 35 personer per 100 000 invånare förekom i specialiserade öppenvården med epikutantest. Fler kvinnor/flickor än pojkar/män har gjort epikutantest.

Figur 45. Epikutantest, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer 100 000 invånare med minst ett epikutantest* vid vårdbesök, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



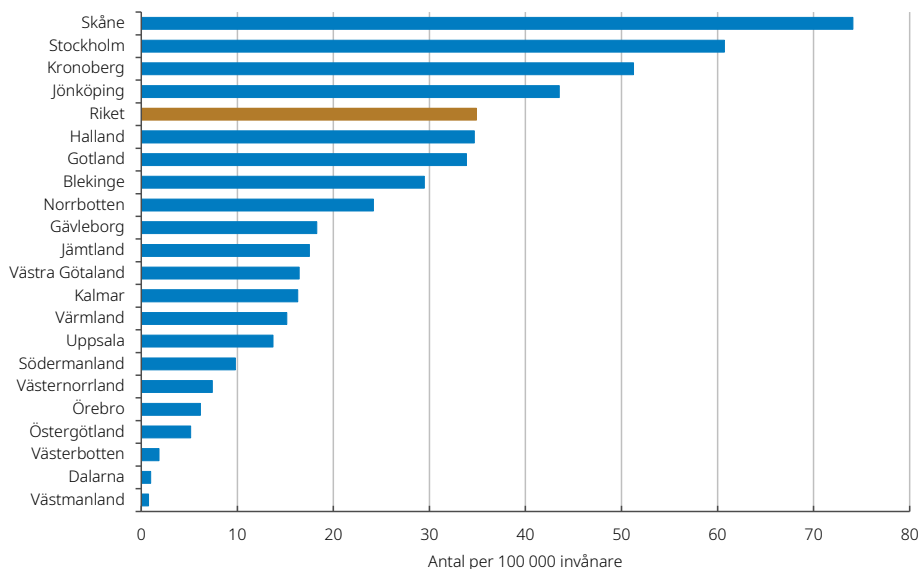
* Spec. öppenvård med kvå-kod AQ003, AQ004, AQ005

Källa: Patientregistret

Figur 46 visar stora skillnader mellan regioner vad gäller andelen epikutantest.

Figur 46. Epikutantest, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett epikutantest* vid vårdbesök, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



*Spec. öppenvård med kvå-kod AQ003, AQ004, AQ005

Källa: Patientregistret

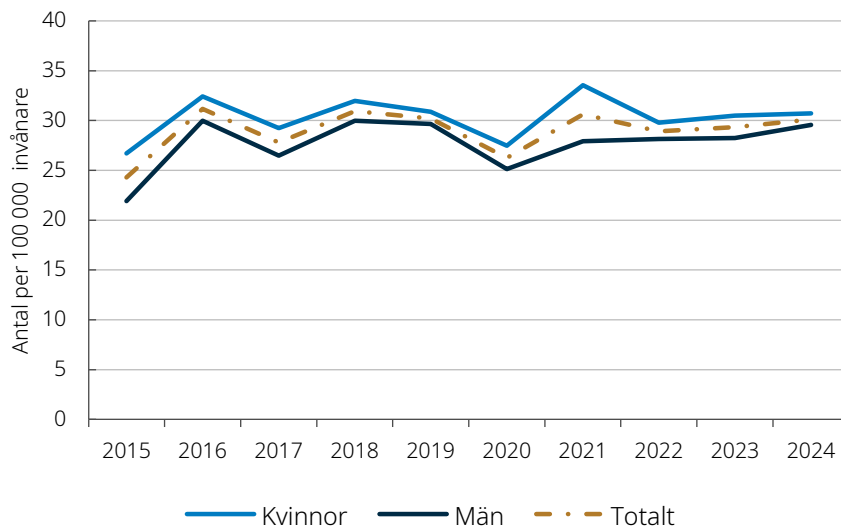
Anafylaxi

Statistiken omfattar personer som vårdats vid minst ett vårdtillfälle inom slutenvård och/eller vid minst ett specialistbesök inom specialiserad öppenvård med anafylaxi (ICD-kod T78.0, T78.2, T88.6) som huvuddiagnos.

Figur 47. visar att förekomsten av personer som vårdats i slutenvård/specialiserad öppenvård med anafylaxi har varit mer eller mindre stabil över åren 2015–2024 och varierat mellan ca 25–30 personer per 100 000 invånare.

Figur 47. Anafylaxi, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för anafylaxi*, Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



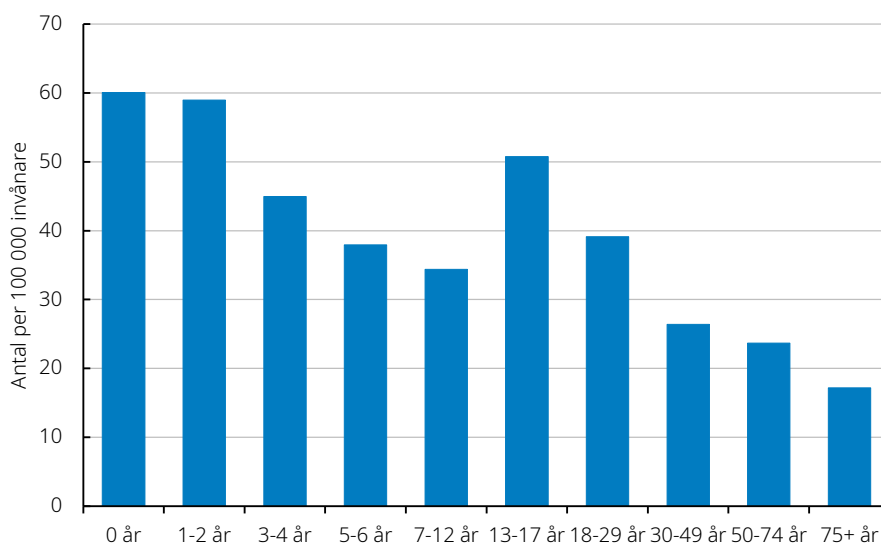
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod T78.0, T78.2, T88.6

Källa: Patientregistret

Förekomsten med huvuddiagnos anafylaxi i slutenvård/specialist öppenvård var vanligast bland barn 2 år och yngre. Förekomsten minskar sedan stegvis bland barn fram till tonåren. Anafylaxi är ovanligare bland vuxna från 30 år och minst vanligt bland personer 75 år och äldre (Figur 48).

Figur 48. Anafylaxi, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för anafylaxi*, avser år 2024



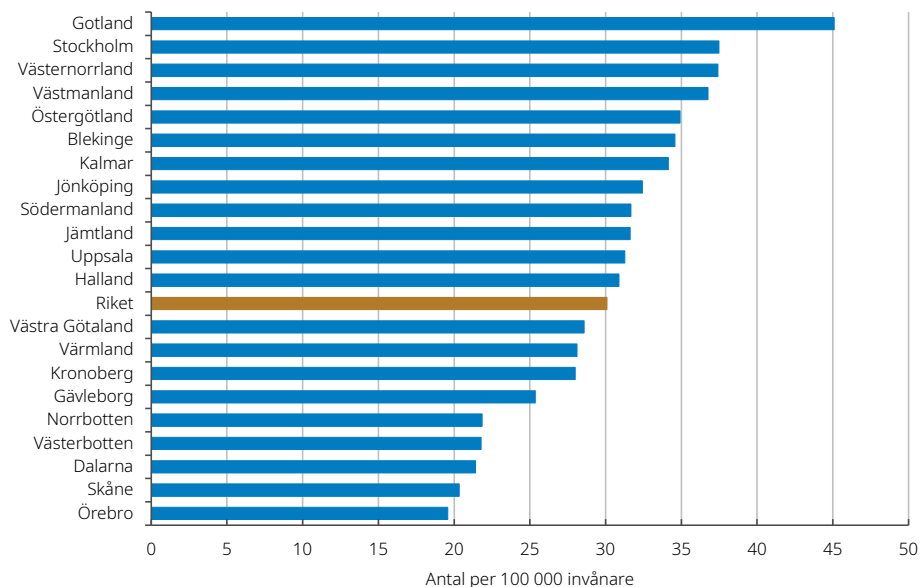
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod T78.0, T78.2, T88.6

Källa: Patientregistret

Figur 49. visar att andelen med anafylaxi i slutenvård/specialiserad öppenvård varierar mellan regionerna från 19 till 45 per 100 000 invånare under 2024.

Figur 49. Anafylaxi, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för anafylaxi*, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



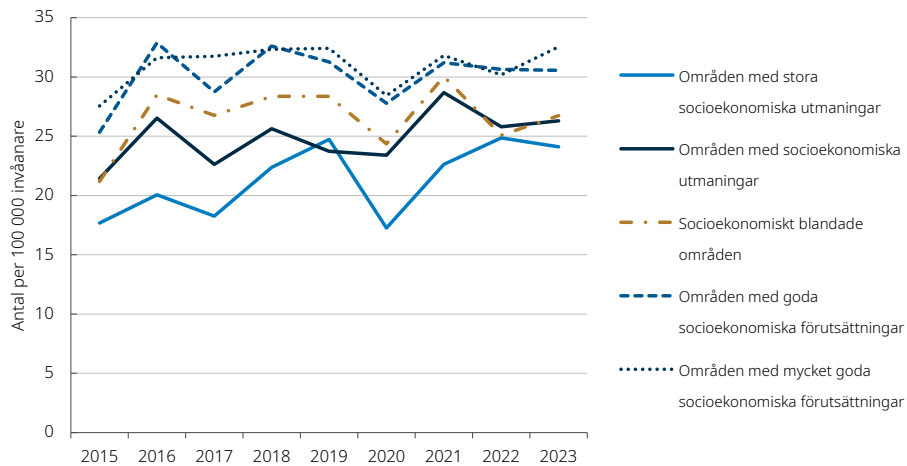
*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod T78.0, T78.2, T88.6

Källa: Patientregistret

Skillnaden mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar varierar något mellan åren 2015–2023. Andelen personer med diagnosen anafylaxi i slutenvård/specialist öppenvård är lägst i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar i jämförelse med de övriga områdestyperna (Figur 50).

Figur 50. Anafylaxi, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett vårdbesök för anafylaxi*, åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*Slutenvård/Spec. öppenvård med huvuddiagnoser: ICD-kod T78.0, T78.2, T88.6

Källa: Patientregistret, Regionala statistikområden (SCB)

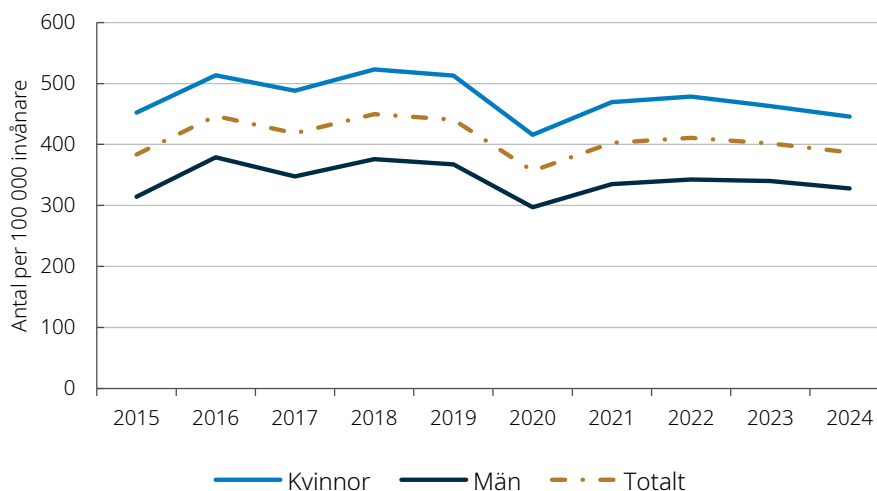
Adrenalinspruta

Adrenalinspruta/Adrenalinpenna innehåller en dos adrenalin för att snabbt behandla anafylaxi. Statistiken omfattar minst ett läkemedelsuttag av adrenalin (ATC-kod C01CA24).

Figur 51. visar andelen som tar ut adrenalin inte haft stora förändringar under åren 2015–2024. Dock visar resultatet en minskning under pandemin. Fler kvinnor/flickor har ett uttag av adrenalinspruta jämfört med män/pojkar.

Figur 51. Adrenalin spruta, totalt och fördelat på kön

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett uttag av adrenalin*, åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



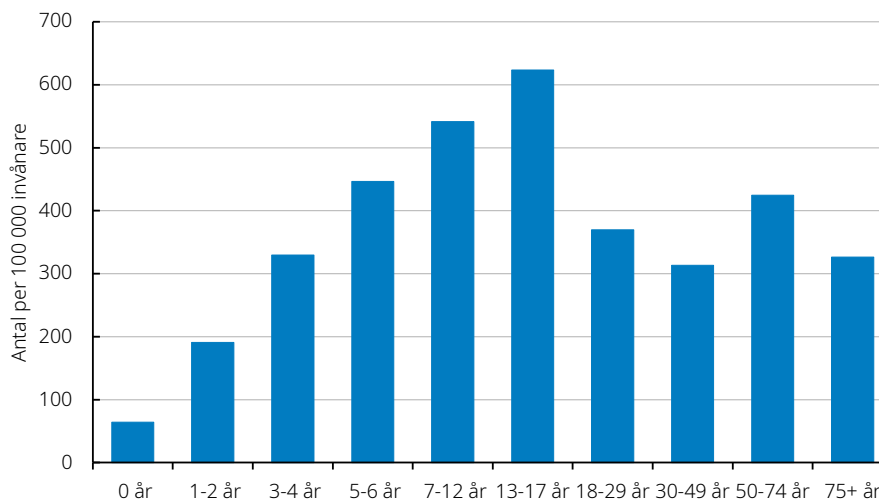
*ATC-kod C01CA24

Källa: Läkemedelsregistret

Andelen som tog ut adrenalin var högre bland barn i åldern 13–17 år jämfört med övriga åldersgrupper, och under 2024 var 620 per 100 000 invånare i ålder 13–17 år som tog ut adrenalin spruta. Lägst uttag av adrenalin har andelen barn under 1 år. (Figur 52).

Figur 52. Adrenalin spruta, fördelat på åldersgrupp

Andel, definierad som antal personer 100 000 invånare med minst ett uttag av adrenalin*, avser år 2024.



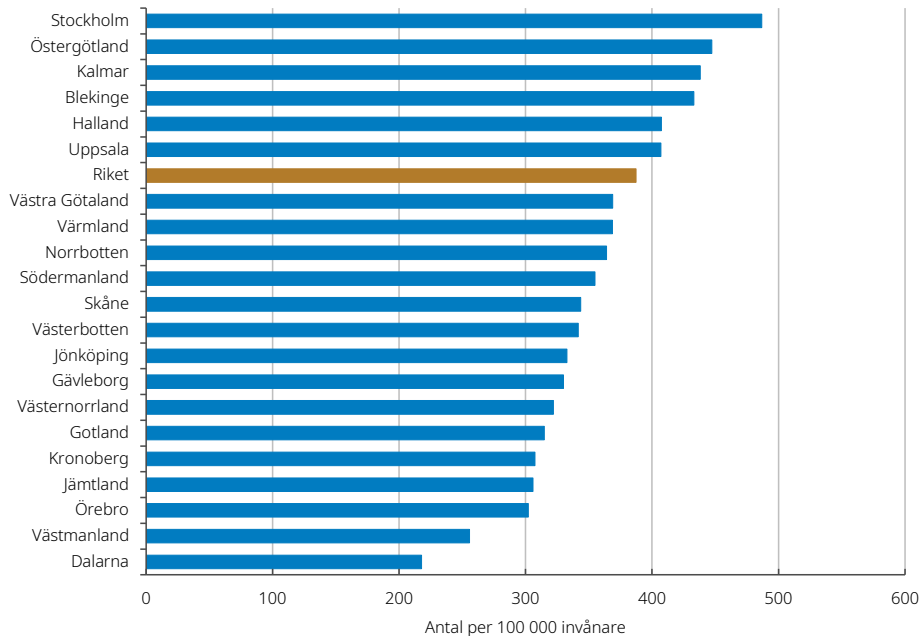
*ATC-kod C01CA24

Källa: Läkemedelsregistret

Figur 53. visar att andelen av uttag av adrenalin varierar mellan regionerna från 220 till 490 per 100 000 invånare under 2024.

Figur 53. Adrenalin spruta, fördelat på region

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett uttag av adrenalin*, avser år 2024. Åldersstandardiserat efter 2024 års befolkning.



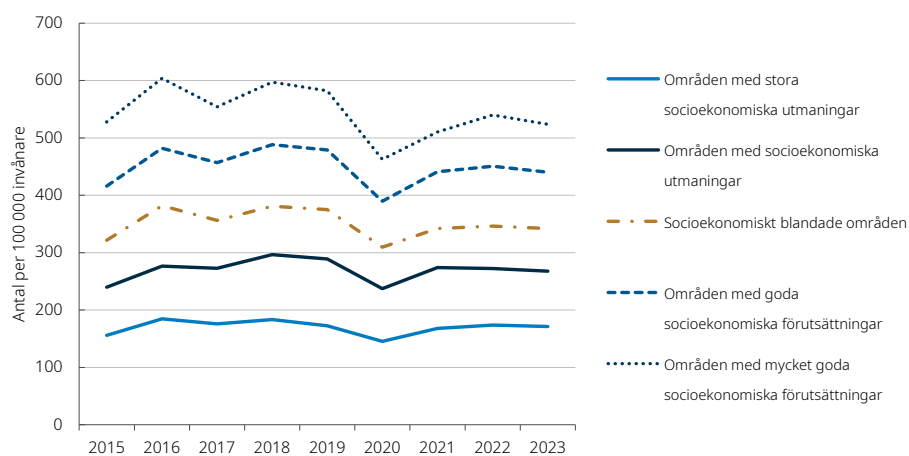
*ATC-kod C01CA24

Källa: Läkemedelsregistret

Figur 54 visa stora skillnader mellan områden med olika socioekonomiska förutsättningar under 2015 - 2023. Andelen personer i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar var högre jämfört med andelen personer i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar.

Figur 54. Adrenalin spruta, fördelat på områdestyp

Andel, definierad som antal personer per 100 000 invånare med minst ett uttag av adrenalin*, avser år 2023. Åldersstandardiserat efter 2023 års befolkning.



*ATC-kod C01CA24

Källa: Läkemedelsregistret, Regionala statistikområden (SCB)

Metod

Patientregistret

Patientregistret innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård sedan 1964 (heltäckande från 1987), uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den specialiserade öppenvården sedan 2001. Uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård registreras från och med 1 januari 2024

Patientregistret innehåller inte uppgifter om primärvård samt uppgifter om patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom somatisk öppenvård.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret med personnummer startade i juli år 2005 och innehåller läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek. Läkemedel som delas ut direkt till patienten i vården kommer inte med i registret. Varje expediering av ett receptbelagt läkemedel registreras som en post i registret. I registret finns drygt 100 miljoner poster per år. Registret innehåller information om bland annat patienten (kön, ålder, folkbokföringsort) och varan (t.ex. ATC-kod, läkemedelsnamn, styrka, förpackningsstorlek)

Områdestyp

Resultatet redovisas delvis utifrån områdestyp, baserat på Statistiska centralbyråns, SCB:s, regionala statistikområden,

Områdestyperna togs fram 2020 av Delmos och SCB och beskriver de socioekonomiska förutsättningarna i respektive RegSO. Uppdelningen bygger på ett index som innehåller följande faktorer:

- andel personer med låg ekonomisk standard
- andel personer med förgymnasial utbildning
- andel personer som har haft ekonomiskt bistånd längre än tio månader,
- har varit arbetslösa längre än sex månader eller båda delarna.

Det finns fem områdestyper:

- Områdestyp 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar.
- Områdestyp 2 – områden med socioekonomiska utmaningar.
- Områdestyp 3 – socioekonomiskt blandade områden.
- Områdestyp 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar.

- Områdestyp 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Åldersstandardisering

Åldersstandardisering används för att underlätta jämförelsen mellan kön, olika regioner och olika år, genom att eliminera de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättningen. I denna publikation har åldersstandardiserade andelar beräknats enligt följande formel (med antal per 100 000 invånare som har minst ett vårdbesök för astma som exempel):

$$\sum \frac{\sum \text{Antal personer som har minst ett vårdbesök för astma i åldersgrupp } k}{\sum \text{Medelbefolkningen i åldersgrupp } k} * 100\,000 * \text{vikt för åldersgrupp } k$$

Summeringen görs över alla aktuella åldersklasser (k).

Åldersstandardiseringen behöver alltså inte omfatta alla åldrar, utan kan göras för ett begränsat åldersintervall.