

Hälsoekonomisk analys

Kartläggning av kompetensförsörjning av allergologer - tillgångar och utmaningar

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

Kartläggningens resultat i korthet	5
Bakgrund.....	7
Syfte och frågor	7
Så har vi genomfört kartläggningen	7
Avgränsningar och osäkerheter kring beräkningar	9
Tillgång till allergologer.....	11
Övergripande utveckling.....	11
Vuxen- och barnallergologer.....	12
Minskning av vuxenallergologer i flera sjukvårdsregioner	12
Hur många allergologer förväntas gå i pension?.....	15
Utveckling av vårdutnyttjande hos allergipatienter över tid ...	17
Utveckling av vårdutnyttjande inom specialiserad öppenvård bland barn och vuxna	18
Utveckling av vårdutnyttjande inom slutenvård bland barn och vuxna..	19
Regionala skillnader i vårdutnyttjande	21
Det uppskattade behovet för allergologer.....	22
Väntetider för allergivård.....	22
Uppskattning av behovet för allergivård.....	23
Kartläggning av allergisjukdomars kostnader	26
Metod och avgränsningar.....	26
Vilka är de direkta kostnaderna för allergipatienter?	27
Totala kostnader för vård och behandling av allergisjukdomar	29
Vilka är de indirekta kostnaderna för allergipatienter?	30
Asthma står för 50 procent av sjuk- och rehabiliteringspenning.....	31
Avslutande diskussioner och slutsatser	33
Referenser.....	35
Bilaga1. Redovisning av det datamaterial som legat till grund för kartläggningen	36
Datamaterial från Socialstyrelsen.....	36
Retrospektiv DRG	36
Kostnad per patient	36
Datamaterial från Försäkringskassan	37
Statistik över sjuk-och rehabiliteringspenning	37

Mått som använts vid analys av Försäkringskassans sjuk- och rehabiliteringspenning	37
Bilaga 2. Åldersfördelning bland allergologer	39
Bilaga 3. Förutsättningar för uppskattning av behovet av allergologer	40
Bilaga 4. Underlag till vårdkonsumtion av allergivård.....	42
Tabeller över vårdkonsumtion inom allergivård – uppdelat efter demografiska bakgrundsvariabler	42
Bilaga 5. Underlag till kartläggning av allergisjukdomar	49
Underlag till de direkta kostnaderna	49
Underlag till de indirekta kostnaderna	50

Kartläggningens resultat i korthet

Denna kartläggning beskriver tillgången på allergologer, vårdutnyttjandet bland allergipatienter, samhällets kostnader för allergivården samt uppskattar behovet för allergikompetens.

Här följer en kortfattad sammanställning av studiens resultat:

- Totalt fanns det 204 verksamma allergologer inom hälso-och sjukvården år 2024, varav 82 vuxenallergologer och 122 barnallergologer. Utöver detta arbetade 18 utbildade vuxenallergologer och 15 barnallergologer utanför hälso-och sjukvården.
- Antalet vuxenallergologer har minskat över tid, medan antalet barnallergologer har ökat. Flera vuxenallergologer förväntas gå i pension inom en snar framtid. Trots att antalet allergologer per 100 000 invånare varit relativt stabilt på nationell nivå, visar statistiken att tillgången varierar – med försämrad tillgång till vuxenallergologer i vissa regioner.
- Undersökningar genomförda av allergologiföreningar pekar på att antalet heltidsverksamma allergologer är mycket lågt.
- Utnyttjandet av allergivård, mätt i antalet patienter samt antalet vårdbesök per patient har minskat för både barn och vuxna inom såväl specialiserad öppenvård som slutenvård under perioden 2015–2023. Däremot syns inga större skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Skillnaderna finns i stället mellan landets sjukvårdsregioner.
- I juni 2025 var den genomsnittliga väntetiden för en första kontakt med allergolog över 110 dagar. Cirka 2 300 vuxna väntade på sitt första besök inom specialiserad allergivård.
- Enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät om sjukdomar och besvär har andelen av befolkningen i åldern 16–84 år som uppger att de har någon form av allergibesvär ökat från 17,6 procent år 2016 till 22,0 procent år 2024. Under samma period har andelen med svåra allergibesvär ökat från 1,6 till 2,5 procent.
- Minskningen i vårdutnyttjande i kombination med ökade behov och långa väntetider kan indikera att nuvarande resurser inte fullt ut räcker för att möta befolkningens behov av allergivård. Det är dock svårt att bedöma exakt hur många fler allergologer som skulle behövas, eftersom både uppskattningar av behov och tillgång är förenade med viss osäkerhet. En preliminär beräkning, baserad på en rad antaganden, pekar på att det skulle kunna behövas omkring 70–100 heltidstjänster för vuxenallergologer och 150–200 heltidstjänster för barn- och

ungdomsallergologer för att bättre tillgodose dagens behov av allergivård.

- Den totala direkta hälso-och sjukvårdskostnaden för allergisjukdomar som behandlades inom specialiserad öppen- och slutenvård, uppgick till cirka 1 miljard kronor 2023, där den största delen avser specialiserad öppenvård. Den totala kostanden för allergivård, mätt i fasta priser, har minskat mellan 2015 och 2023 vilket beror framför allt av minskat antal besök under samma tidperiod.
 - Inom specialiserad öppenvård var vård- och behandlingskostnaden störst för utredning av allergi- eller immunbrist med provokation, samt läkarbesök vid bronkit och astma.
 - Inom slutenvård var vård- och behandlingskostnader störst för komplicerad och mycket komplicerad bronkit och astma.
- De indirekta kostnaderna, som omfattar kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning på grund av allergisjukdomar, var högst för patienter med astma, följt av patienter med atopiskt eksem eller allergisk kontaktdermatit. Trots färre mottagare har både antalet sjukdagar och utbetalningar ökat, vilket tyder på längre rehabilitering.

Bakgrund

Socialstyrelsen och Livsmedelsverket har fått i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en nationell strategi, handlingsplan samt ett kunskapsunderlag inom allergiområdet [1]. Uppdraget omfattar även en kartläggning av tillgången till allergologer och de utmaningar som finns kopplade till kompetensförsörjningen på nationell nivå. Flera studier, både nationella och internationella, samt debattartiklar pekar på en tydlig brist på allergologer i Sverige [2-5]. Efterfrågan på allergologer är större än tillgången, vilket innebär att allt fler patienter inte får tillgång till den vård de behöver [7-9].

Syfte och frågor

En välfungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en grundförutsättning för att klara de utmaningar som hälso-och sjukvården står inför. Det är också en central del i ett långsiktigt arbete med att främja en god och jämlik hälsa. De utmaningar som har identifierats inom allergivården - såsom brist på specialistkompetens, ökande efterfrågan och svårigheter att rekrytera och behålla personal, återfinns även inom andra specialistområden [10]. Mot denna bakgrund syftar kartläggningen till att analysera tillgången på allergologer, beskriva utvecklingen av vårdutnyttjande bland allergipatienter, uppskatta behovet för allergikompetens samt att undersöka samhällets kostnader för allergivården.

För att uppfylla syftet har vi analyserat följande frågor:

1. Hur ser tillgången till allergologer ut?
2. Hur har vårdutnyttjandet bland allergipatienter utvecklats över tid?
3. Hur stort är behovet av allergologer?
4. Hur stor är den samhällsekonomiska kostnaden för allergisjukdomar som behandlas inom specialiserad öppen- och slutenvård?

Fokus i kartläggningen ligger på legitimerade specialistläkare inom allergivård. I dagsläget finns det två specialiteter inom allergivård: specialistläkare i allergologi samt specialistläkare i barn- och ungdomsallergologi, som framöver benämns vuxenallergolog respektive barnallergolog. I de fall vi skriver allergolog avses både vuxen- och barnallergologer.

Så har vi genomfört kartläggningen

I denna kartläggning beskriver vi tillgången på allergologer, utvecklingen av allergivård samt de samhällsekonomiska kostnaderna för allergisjukdomar. Utöver det gör vi en uppskattning av behovet av allergologer baserat på en

rad antaganden. Denna kartläggning bygger på beskrivande statistik och redovisas främst i form av enkla mått såsom andel, procent och lägesmått. Därmed går det inte, utifrån det material som vi presenterar, att dra några slutsatser om hela populationen, utan resultaten bör ses som en sammanfattning av tillgänglig statistik.

Kartläggningen av tillgången till allergologer har genomförts genom att analysera data från Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) som bygger på registret över Legitimerade Omsorgs-och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Befolkningens behov av allergikompetens har uppskattats genom att beräkna den årliga tidsåtgången i form av allergologtid per patient, samt antalet patienter med behov av allergispecialiserad vård. För att uppskatta antalet allergipatienter har vi utgått från uppgifter i Socialstyrelsens patientregister över statistik om den specialiserade öppen - och slutenvården samt statistik över väntetider till allergivård.

För att beskriva utvecklingen av allergivård har vi utgått från Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG). DRG är ett system för patientklassificering som används för att gruppera vårdkontakter i medicinskt och resursmässigt liknande kategorier. Systemet används inom sjukvården för att beskriva och analysera verksamheten¹. Följande DRG-koder ingår i analysen för specialiserad öppenvård - D49O (Läkarbesök vid bronkit och astma), U30O (Läkarbesök vid allergiska reaktioner), X35O (Allergi- eller immunbristutredning med provokation, öppenvård), X36O (Allergi- eller immunbristutredning, besök) och för slutenvård - D49A (Bronkit och astma, mycket komplicerat), D49C (Bronkit och astma, komplicerat), D49E (Bronkit och astma, ej komplicerat), U30C (Allergiska reaktioner, komplicerat), U30E (Allergiska reaktioner, ej komplicerat). Vissa allergisjukdomar redovisas tillsammans med närliggande sjukdomar som inte nödvändigtvis är relaterade till allergivård. Därmed finns en risk för både över- och underskattningar av vårdutnyttjandet.

För att studera samhällskostnaderna för allergisjukdomar har kartläggningen baserats på DRG koder i Socialstyrelsens patientregister och relaterade kostnader per patient (KPP) [11] samt Försäkringskassans officiella statistik på sjuk-och rehabiliteringspenning. Metoden redovisas närmare under respektive avsnitt.

¹ Diagnosrelaterade grupper (DRG) - Socialstyrelsen

Avgränsningar och osäkerheter kring beräkningar

Flera offentliga statistikkällor har använts för att beskriva nuläget och utvecklingen av allergivården. Tillsammans ger de en uppfattning på de frågor som kartläggningen syftar på att besvara. Därför är det ytterst viktigt att tolka in siffrorna utifrån dess källa samt vilka antaganden som gjorts för varje beräkning.

För att beskriva tillgången till samtliga allergologer i landet använder vi officiell statistik, som inte gör skillnad mellan hel- och deltidsarbete eller om allergologen arbetar inom allergologi eller andra typer av vård. Detta innebär att den faktiska tillgången till allergologisk kompetens sannolikt är lägre än vad siffrorna indikerar. Fokus i kartläggningen ligger på legitimerade specialistläkare inom allergivård - specialistläkare i allergologi samt specialistläkare i barn- och ungdomsallergologi. Det innebär att vi inte tittar på andra former av allergikompetens. Vid tidpunkten för denna kartläggning är 2024 det senaste år som omfattas av den officiella statistiken.

För att beskriva utvecklingen av allergivården utgår vi från antal patienter som söker specialiserad öppen- och slutenvård då dessa uppgifter finns i Socialstyrelsens patientregister. Statistiken för åren 2020–2021 är något osäker till följd av pandemin. Vården uppvisade under denna period förändrade sökmönster som kan ha påverkat allergivården. Vidare saknas uppgifter om besök i primärvården vilket innebär att statistiken som vi redogör för inte omfattar allergipatienter som besökt primärvården. Ytterligare osäkerhet gäller rapporteringen av DRG-koder i registret för öppen- och slutenvård, då denna i vissa fall kan vara både ofullständig och personberoende. Utöver detta så redovisas vissa allergisjukdomar tillsammans med närliggande, inte alltid allergivårdsrelaterade sjukdomar, vilket innebär att det finns en risk för både över- och underskattning.

För att uppskatta hur många allergologer som behövs utgår vi från ett antagande om hur mycket tid som i genomsnitt krävs för ett vårdbesök för olika typer av allergipatienter. I verkligheten kan denna uppgift dock variera både mellan patienter och mellan behandlare. Uppskattningen avser allergisjukdomar som valdes i samråd med referensgruppen för detta uppdrag och behovet kan vara större om man inkluderar även andra mindre vanliga allergisjukdomar. För att uppskatta antalet patienter i behov av allergologer utgår vi från Socialstyrelsens uppgifter om antalet diagnostiserade patienter samt patienter som väntar för att få träffa en allergolog enligt SKR:s statistik över väntetider i vården.

Kartläggningen av samhällskostnaderna för allergivård omfattar sjukvårdskostnader för allergipatienter som har besökt specialiserad öppenvård eller varit inlagda i slutenvård samt kostnader för sjuk-och

rehabiliteringspenning på grund av allergisjukdomar. Det innebär att kostnader för primärvård och läkemedel samt kostnader för produktionsbortfall till följd av sjukskrivning inte ingår i beräkningen.

Tillgång till allergologer

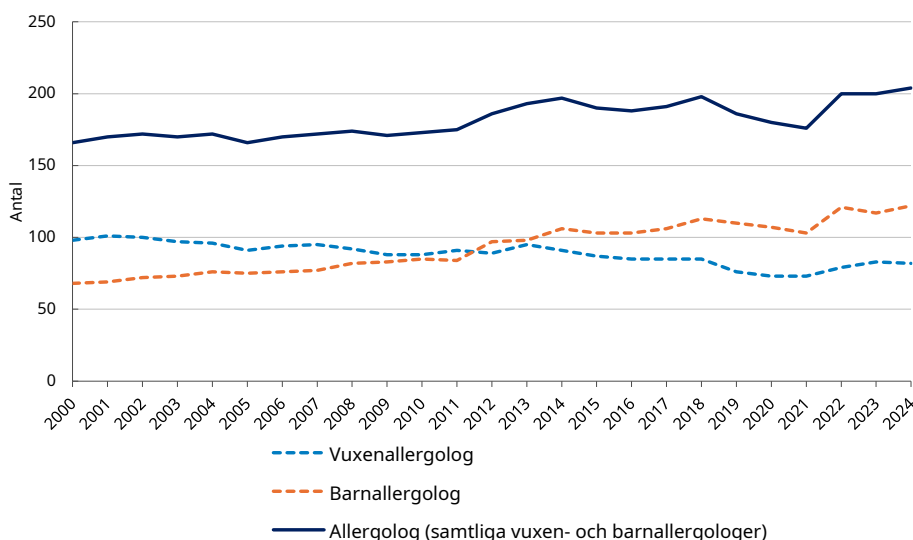
Detta avsnitt analyserar tillgången till allergologer i Sverige, med särskilt fokus på utvecklingen mellan 2000 och 2024 samt på skillnaderna mellan vuxen- och barnallergologer.

Övergripande utveckling

Enligt Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) fanns det år 2024 totalt 239 yrkesaktiva allergologer i Sverige². Det innebär en ökning med cirka 28 procent jämfört med år 2000. Cirka 85 procent, motsvarande 204 allergologer, var sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2024. Det är något lägre än år 2000 då andelen uppgick till 89 procent.

Diagram 1 visar utvecklingen av antalet yrkesaktiva allergologer inom hälso- och sjukvården mellan 2000 och 2024. Antalet var relativt stabilt under 2000-talets första decennium, men ökade därefter successivt. Den uppgående trenden bröts mellan 2018 och 2021, då antalet minskade något, men från och med 2022 syns en tydlig återhämtning. Av de sysselsatta allergologerna arbetade år 2024 cirka 18 procent inom privat regi, jämfört med 12 procent år 2002.

Diagram 1. Utveckling av antal yrkesaktiva allergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvård 2000–2024.



Källa: Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

² Specialistläkare i allergologi eller barn- och ungdomsallergologi

Vuxen- och barnallergologer

Cirka 40 procent av alla yrkesaktiva allergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2024 var specialiserade i vuxenallergologi³, medan resterande var barnallergologer⁴. Diagram 1 visar tydligt att det framför allt är antalet vuxenallergologer som minskat, även om en viss återhämtning noterats under senaste två åren. 82 vuxenallergologer var verksamma inom hälso- och sjukvården och 18 utanför hälso- och sjukvården enligt statistiken för 2024.

Antalet barnallergologer har däremot haft en mer positiv utveckling och uppgick till 122 år 2024. 15 barnallergologer var verksamma utanför hälso- och sjukvården år 2024.

Det är viktigt att notera att statistiken inte skiljer mellan hel- och deltidsarbete eller om allergologen faktiskt arbetar inom allergologi eller andra typer av vård. Detta innebär att den faktiska tillgången till allergologisk kompetens sannolikt är lägre än vad siffrorna indikerar. Enligt en undersökning från Sektionen för specialiteten allergi (SSA) inom svenska föreningen för allergologi (SFFA) motsvarar antalet heltidsarbetande vuxenallergologer endast 40 heltidstjänster, vilket är drygt hälften av alla vuxenallergologer verksamma inom hälso- och sjukvården [12]. Detta mönster bekräftas även av en undersökning som Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin genomförde på uppdrag av Socialstyrelsen.

Minskning av vuxenallergologer i flera sjukvårdsregioner

Diagram 2 visar antalet vuxen- och barnallergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården, fördelat på Sveriges sex sjukvårdsregioner. Antalet vuxenallergologer har minskat i de flesta regionerna, men minskningen har varierat kraftigt. I Stockholm minskade antalet sysselsatta från 36 till 21 (minskning med 41 procent) mellan 2000 och 2024, och i Norra sjukvårdsregionen från 8 till 4 allergologer (minskning med 50 procent). Detta motsvarar en minskning från 2 till 1 vuxenallergolog per 100 000 invånare i Stockholmsregionen, och från 1 till 0,3 i Norra regionen. Nedgången i antalet vuxenallergologer var mindre uttalad i sjukvårdsregion Västra⁵, Sydöstra samt Mellansverige⁶. På nationell nivå har antalet vuxenallergologer varit relativt oförändrat – dvs en allergolog per 100 000 invånare för samma tidsperiod.

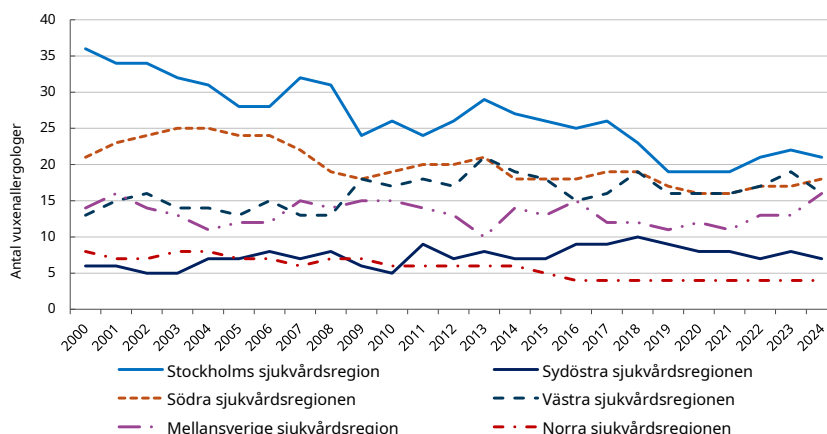
³ specialistläkare i allergologi

⁴ specialistläkare i barn- och ungdomsallergologi

⁵ ”Västsvenska” enligt HOSP

⁶ ”Uppsala/Örebro” enligt HOSP

Diagram 2. Utveckling av antal vuxenallergologer sysselsatta inom hälso-och sjukvården uppdelat på sjukvårdsregion 2000–2024



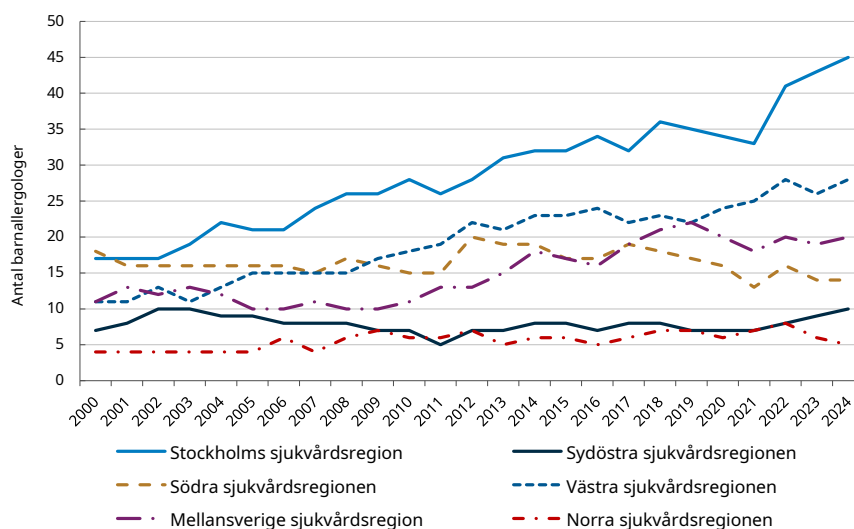
Källa: Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP), Socialstyrelsen. Sjukvårdsregionen Västra och Mellansverige heter Västsvenska respektive Uppsala/Örebro i HOSP. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

För barnallergologerna gick utvecklingen i en motsatt riktning och var mer varierad. I sjukvårdsregioner Stockholm, Västra⁷ och Mellansverige⁸ har antalet mer än fördubblats sedan 2000, medan övriga regioner endast uppvisat marginella förändringar. Antalet barnallergologer per 100 000 invånare har dock varit relativt konstant över tid i de flesta regioner, med undantag för Stockholm där antalet allergologer ökade från 1 till 2 per 100 000 invånare år 2018 och bibehölls på den nivån 2024.

⁷ "Västsvenska" enligt HOSP

⁸ "Uppsala/Örebro" enligt HOSP

Diagram 3. Utveckling av antal barnallergologer sysselsatta inom hälso-och sjukvården uppdelat på sjukvårdsregion 2000–2024



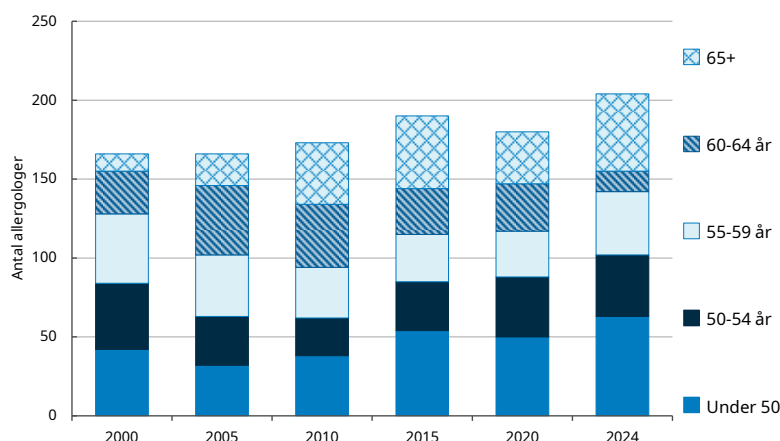
Källa: Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Sjukvårdsregionen Västra och Mellansverige heter Västsvenska respektive Uppsala/Örebro i HOSP. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

För att sätta våra siffror i relation till övriga Europa visar en studie från 2019 att det finns en stor variation i antalet allergologer per 100 000 invånare i Europa och närliggande länder, med ett medelvärde på 1,81 specialister och 1,84 subspecialister [13].

Hur många allergologer förväntas gå i pension?

En viktig aspekt för den framtida kompetensförsörjningen inom allergivården är åldersfördelningen bland allergologerna. Som framgår av diagram 4 har åldersfördelningen ändrats mellan 2000 och 2024. Cirka 30 procent av allergologer var över 60 år 2024, vilket kan jämföras med 23 procent år 2000. En analys av åldersfördelningen mellan vuxen- och barnallergologer (se bilaga 2) visar att cirka 43 procent av vuxenallergologer var över 60 år 2024, jämfört med endast 22 procent bland barnallergologer.

Diagram 4. Åldersfördelning bland allergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2000–2024



Källa: Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

- Även könsfördelningen har förändrats över den studerade tidsperioden. År 2000 utgjorde kvinnor mindre än hälften av allergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården. År 2024 hade denna andel ökat till 65 procent, vilket speglar en tydlig förändring av yrkeskåren.

Kortfakta om tillgången på allergologer

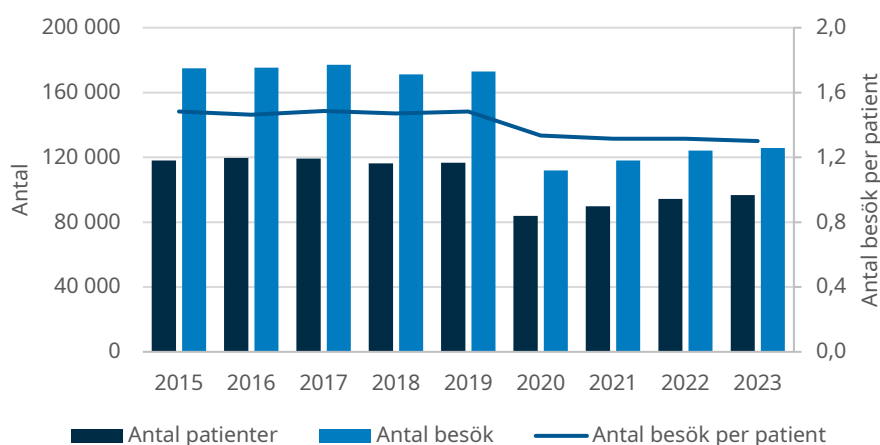
- Totalt fanns det 204 allergologer verksamma inom hälso-och sjukvården år 2024, varav 82 vuxenallergologer och 122 barnallergologer.
- 18 vuxenallergologer och 15 barnallergologer var verksamma utanför hälso-och sjukvården.
- Tillgången till vuxenallergologer har minskat över tid, medan antalet barnallergologer ökat.
- På nationell nivå har antalet allergologer per 100 000 invånare varit relativt stabilt, men i vissa regioner har tillgången till vuxenallergologer försämrats.
- En betydande andel av dagens vuxenallergologer förväntas gå i pension inom en snar framtid, vilket kan påverka tillgången ytterligare.
- Det framgår inte av statistiken hur stor del av de yrkesverksamma som aktivt arbetar inom allergologi och i vilken utsträckning.

Utveckling av vårdutnyttjande hos allergipatienter över tid

I detta avsnitt kartläggs utvecklingen av antal patienter och antal besök relaterad till allergisjukdomar och sambandet mellan dessa två mått, det vill säga antal besök per patient över tid. Kartläggningen avser endast patienter som söker vård inom specialiserad öppen- eller slutenvård.

Diagram 5 visar en tydlig minskning i antal patienter, antal besök samt antal besök per patient över tid inom specialiserad öppenvård oavsett allergisjukdom. Mellan år 2015 och 2023, har antal patienter minskat med 18 procent och antal besök med 28 procent, vilket resulterat i att antal besök per patient minskat med 12 procent under samma period.

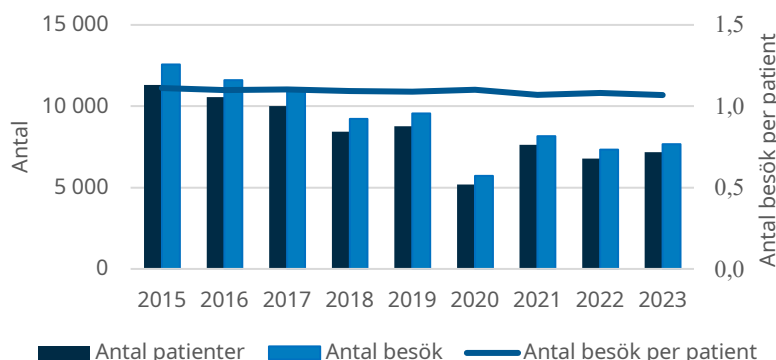
Diagram 5. Utveckling av antal patienter, antal besök och antal besök per patient oavsett allergisjukdom inom specialiserad öppenvård



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

I diagram 6 redogör vi för avslutade vårdtillfällen till slutenvård för allergisjukdomar. Det visar att antal vårdbesök för allergisjukdomar inom slutenvård har minskat över den studerade tidsperioden. Mellan åren 2015–2023 har antal patienter minskat med 36 procent, antal besök med 39 procent och antal besök per patient med 4 procent.

Diagram 6. Utveckling av antal patienter, antal besök och antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård



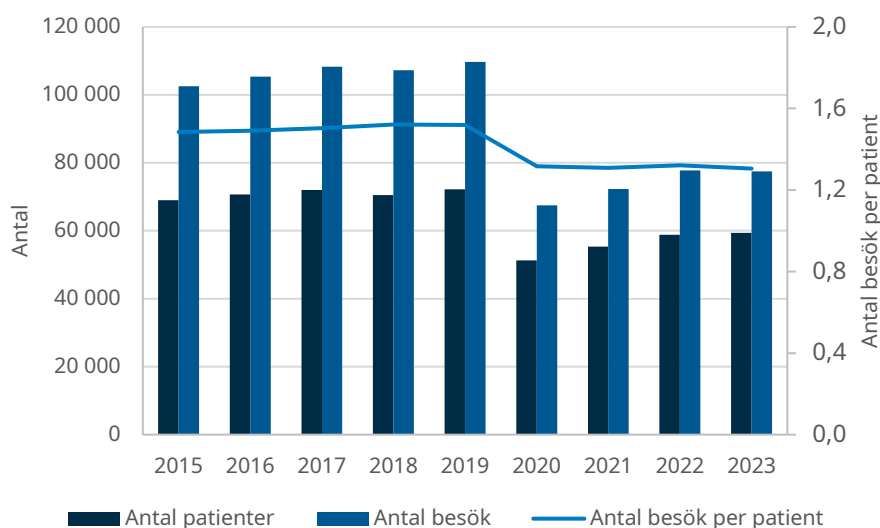
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Den observerade minskningen i antal besök kan delvis förklaras av att patienterna får vård i ett tidigare skede, så att akuta situationer upptäcks tidigare och kan behandlas. Detta gör att patienterna i lägre utsträckning hamnar i specialiserad öppen- eller slutenvård. Minskningen innebär dock inte att allergipatienter inte har behov av allergivård. Statistiken över antal patienter och besök påverkades även av coronapandemin, vilket ledde till en kraftig minskning inom både specialiserad öppen- och slutenvård.

Utveckling av vårdutnyttjande inom specialiserad öppenvård bland barn och vuxna

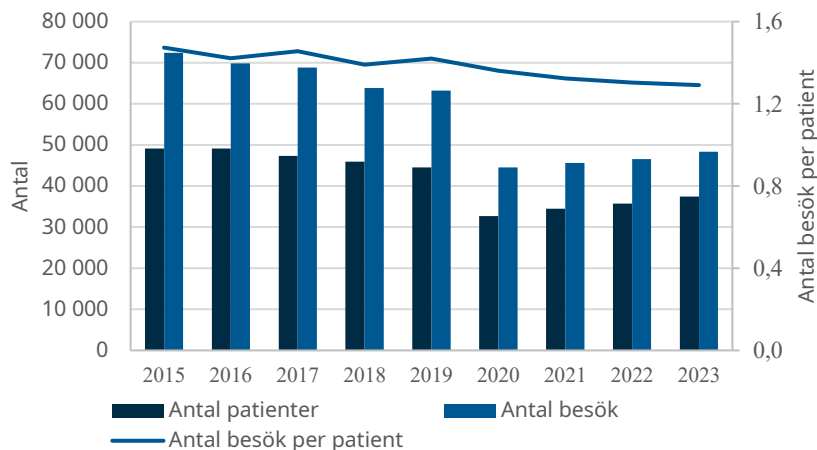
Diagram 7 och 8 visar antalet besök per patient uppdelat på barn- och unga (<18 år) samt vuxna (18 + år) för specialiserad öppenvård. Statistiken visar att antalet besök per patient har varit större än 1 för både barn och unga samt vuxna, men att från år 2020 sjönk antalet besök per patient för båda patientgrupperna. Statistiken visar därmed att antalet besök per patient följer samma mönster som när vi tittar på hela populationen, men att antalet besök per patient har minskat betydligt mer för barn och unga (<18 år) än för vuxna (18+ år) inom specialiserad öppenvård.

Diagram 7. Utveckling av antal patienter, antal besök och antal besök per patient oavsett allergisjukdom inom specialiserad öppenvård, barn och unga (<18år)



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram 8. Utveckling av antal patienter, antal besök och antal besök per patient oavsett allergisjukdom inom specialiserad öppenvård, vuxna (>18 år)



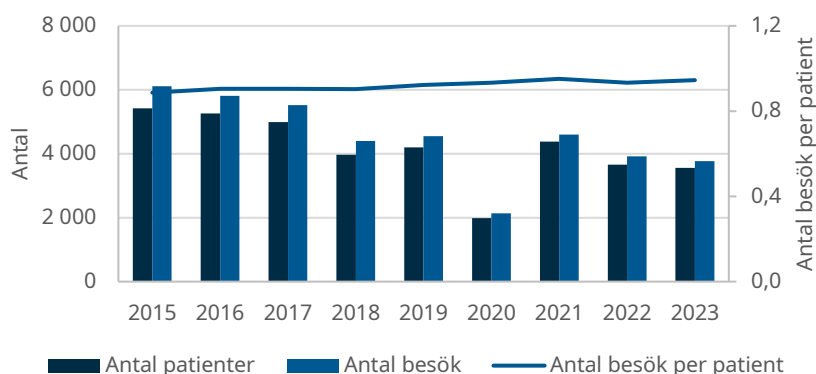
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Utveckling av vårdutnyttjande inom slutenvård bland barn och vuxna

Nedan visar vi antalet besök per patient för slutenvård uppdelat efter barn- och unga samt vuxna (se diagram 9 och 10). I gruppen barn och unga är antalet patienter större än antalet besök. Detta visar att alla patienter inte har ett registrerat besök, vilket resulterar i ett genomsnitt på mindre än ett besök

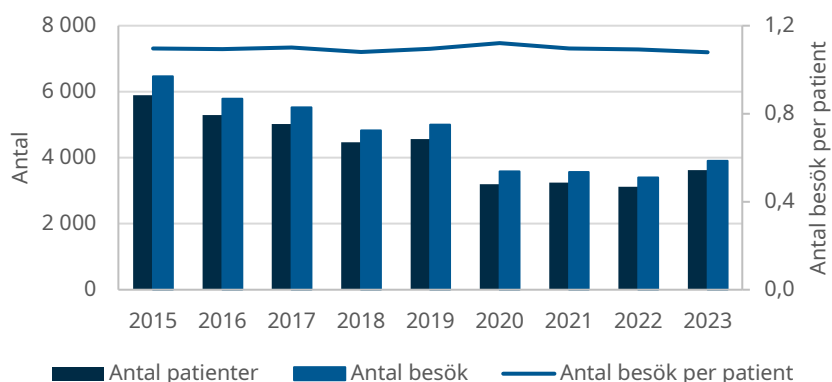
per patient. Däremot visar statistiken att det motsatta förhållandet råder för vuxna, det vill säga att antalet besök per patient är fler än 1. Detta mönster är stabilt över den studerade tidsperioden. Diagrammet visar dessutom att antal besök per patient inom slutenvården har förblivit relativt oförändrat, både för vuxna och barn. Utmärkande för specialiserad öppen- och slutenvård är att både antal besök och antal patient som söker allergivård minskat över den studerade tidsperioden.

Diagram 9. Utveckling av antal patienter, antal besök och antal besök per patient oavsett allergisjukdom inom slutenvård, barn och unga (<18 år)



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram 10. Utveckling av antal patienter, antal besök och antal besök per patient oavsett allergisjukdom inom slutenvård, vuxna (>18 år)



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Regionala skillnader i vårdutnyttjande

När vi vidare tittar på hur patienter använder vården, beroende på vilken typ av vård de får och var de bor, ser vi bara några få tydliga skillnader mellan sjukhusregioner. Vi ser bland annat att antalet besök per patient inom specialiserad öppenvård minskar från år 2019 för alla sex sjukvårdsregioner. Denna minskning kan delvis förklaras av pandemin (se diagram B4.1 - B4.14 i bilaga 4). Det finns inga större regionala skillnader i utvecklingen av antalet patienter och besök inom den specialiserade öppenvården. Däremot har minskningen inom slutenvården varierat mellan regionerna. I synnerhet från år 2019 har antalet besök inom slutenvården minskat med 49 procent i Region Västra, 42 procent i Region Södra, 34 procent i Region Mellan, 26 procent i Region Norra och 14 procent i Region Sydöstra. I Region Stockholm har antalet patienter och besök förblivit relativt oförändrat.

Kortfakta om utvecklingen av vårdutnyttjande inom allergivård

- Antal besök och antal patienter som söker allergivård har minskat inom både specialiserad öppen- och slutenvård. Men minskningen är större inom specialiserad öppenvård.
- Antal besök per allergipatient har minskat inom specialiserad öppenvård, där minskningen är mer påtaglig för barn- och unga. Skillnaden var endast marginell inom slutenvården.
- Det finns regionala skillnader i vårdutnyttjandet över tid. Inom den specialiserade öppenvården har antalet patienter och besök minskat i ungefär samma omfattning i alla regioner. Däremot inom slutenvården har utvecklingen varit mer varierad, där vissa regioner uppvisat en större minskning än andra.

Det uppskattade behovet för allergologer

I detta avsnitt uppskattar vi befolkningens behov av allergologer. Beräkningen bygger på antaganden om hur mycket tid en allergolog i genomsnitt behöver avsätta per allergipatient, samt antalet patienter med behov av allergispecialiserad vård.

Väntetider för allergivård

Enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät om sjukdomar och olika besvär bland befolkningen i åldrarna 16–84 år har andelen som har allergibesvär ökat från 17,6–22,0 procent mellan 2016 och 2024, vilket innebär en ökning med cirka 460 000 personer.⁹ Cirka 84 000 av dem hade svåra allergibesvär. Andelen med svåra besvär av astma ökade från 0,8 till 0,9 procent, vilket motsvarar en ökning på cirka 12 000 personer. Även om folkhälsoenkäten bygger på självrapporterade uppgifter ger den en indikation på utvecklingen i befolkningens hälsa.

Statistiken från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) från juni 2025, visar att den genomsnittliga väntetiden för vuxna patienter att få en första kontakt hos en allergolog var 110 dagar.¹⁰ De längsta väntetiderna rapporterades i Stockholm, Västra Götalandsregion och Skåne. Endast 20 procent av de vuxna patienterna fick träffa en specialist inom 30 dagar. Totalt stod cirka 2 300 vuxna i kö för sin första kontakt med specialiserad allergivård.

För barn och ungdomar var den genomsnittliga väntetiden för en första kontakt 96 dagar och endast 25 procent av barnen fick en tid inom 30 dagar.

Resultaten från Folkhälsomyndighetens enkätundersökning om det självskattat ökade antal patienter med allergibesvär och SKR:s statistik om de långa väntetiderna tyder på ökat behov av allergivård. Att patienter tvingas vänta oskäligt länge på sitt första besök för diagnostik och behandling tyder på brist på specialistläkare inom den specialiserade öppenvården. En ytterligare konsekvens är att även patienter som träffar en specialist kan få vård som inte fullt ut motsvarar deras behov om vårdens innehåll styrs av tillgängliga resurser snarare än patienternas behov. Statistiken över utnyttjandet av allergivård visar att antalet besök per patient inom den specialiserade öppenvården har minskat från i genomsnitt 1,5 besök per patient år 2015 till 1,3 år 2023, vilket ytterligare stödjer denna hypotes.

⁹ Sjukdomar och besvär (självrapporterat) efter ålder, kön och år. Andel (procent).. Folkhälsodata

¹⁰ <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html>

Uppskattning av behovet för allergivård

Att exakt uppskatta hur många fler allergologer som behövs för att förkorta väntetiderna och säkerställa att alla patienter får den vård de behöver är en komplex uppgift. En möjlig metod för att göra en ungefärlig uppskattning av behovet är att undersöka följande faktorer:

- hur mycket tid en allergolog i genomsnitt behöver för att utreda och behandla en patient med allergisjukdom under ett fysiskt besök, dvs besöksrelaterad tid
- förhållandet mellan allergologernas besöksrelaterad- och icke-besöksrelaterad arbetstid (se förklaring sid.18)
- hur många allergipatienter är i behov av specialistvård i landet

I avsaknad av statistik över dessa uppgifter har Socialstyrelsen, i samråd med sakkunniga inom området, tagit fram antaganden för att uppskatta behovet av allergologer i landet. Antaganden baseras på arbetserfarenhet av allergologer som är verksamma inom både vuxen- och barnsjukvård. Även om dessa antaganden är förenklade ger de en viktig grund för att analysera behovet och identifiera obalanser i tillgången till allergologkompetens.

Uppskattningen av besökstiden som en genomsnittlig patient behöver under en ettårsperiod för olika allergisjukdomar redogörs i tabell B3.1 i bilaga 3. För svåra allergifall med återkommande besök gjordes en uppskattning om utredningstid, behandling och uppföljning. För patienter som väntar på ett första besök hos en allergolog antas ett utredningsbehov motsvarande ett 60 minuter långt mottagningsbesök. Utöver patientmöten ägnar allergologer, liksom andra läkare, en betydande del av sin arbetstid åt remissbedömningar, forskning, undervisning av blivande läkare, fortbildning, administrativa uppgifter och andra icke-kliniska arbetsuppgifter. Allergologernas arbetstid kan därmed delas in i besöksrelaterad- och icke-besöksrelaterad arbetstid.

- **Besöksrelaterad tid** = tid för kliniskt arbete där patienter träffar en allergolog för vård av allergisjukdomar
- **Icke-besöksrelaterad tid** = allt annat arbete, t.ex. remisshantering, jourverksamhet, forskning, utbildning, kompetensutveckling, konferenser

Fördelningen mellan besöksrelaterad- och icke-besöksrelaterad tid kan variera i praktiken beroende på arbetsplatsen, specialistens färdigheter, patientunderlaget m. fl. En studie som sammanfattar såväl svenska som internationella studier drar slutsatsen att läkare och sjuksköterskor använder mellan 30–50 procent av arbetstiden åt administration [14]. Även om studien finner att det inte finns någon vedertaget accepterad definition av begreppet

administration utgår vi från dess resultat i vår uppskattning av förhållandet mellan besöks- och icke-besöksrelaterad tid. I samråd med expertgruppen redovisar vi två scenarier: i det första scenariot är förhållandet mellan besöks- och icke-besöksrelaterad tid 70:30 procent och i det andra 50:50 procent.

För att uppskatta antalet patienter i behov av allergologer utgår vi från antalet patienter som sökte specialiserad öppen- eller slutenvård under 2023 och hade någon form av allergi som huvuddiagnos¹¹ samt antalet patienter som väntar för att få träffa en allergolog. Som tidigare nämnts stod 2 300 vuxna patienter i kö till sin första kontakt med allergolog i juni 2025. Kvalitén på statistiken om antalet väntande barn var bristfällig, och därför gör vi för enkelhets skull antagandet att lika många barn som vuxna väntade på sin första kontakt.

En enkel beräkning baserad på den ovan beskrivna metoden och antaganden visar att det behövs 71–99 heltidsvuxenallergologer och 148–207 heltidsbarnallergologer för att tillgodose vårdbehovet av patienter som redan fått någon allergidiagnos och utöver det kunna erbjuda 60 minuters utredning för de 2300 vuxna och 2300 barn som står i kö (Tabell 1).

Tabell 1. Uppskattning av behovet för vuxen- och barnallergologer för ett år

I scenario 1 är förhållandet mellan besöks- och icke besöksrelaterad tid 70:30 %.

I scenario 2 är förhållandet mellan besöks- och icke besöksrelaterad tid 50:50 %

	Scenario 1 (70:30)	Scenario 2 (50:50)
Antal vuxenallergologer	71	99
Antal barnallergologer	148	207
Totalt	219	306

Källa: Socialstyrelsens egen beräkning, baserad på insamlade data om uppskattad besöksrelaterad tid per patient och år, antaganden om fördelningen mellan besöks- och icke-besöksrelaterad tid, antalet allergipatienter i Socialstyrelsens patientregister (PAR) samt uppskattningar av hur många patienter som väntar på sitt första besök.

¹¹ Baserad på motsvarande ICD koder i patientregistret, se Bilaga 3

Även om denna uppskattning ger en överblick över behovet av allergologer i landet bör det tolkas med försiktighet. För det första finns en risk att tidsåtgången för att utreda och behandla en patient kan variera avsevärt beroende på bland annat sjukdomens komplexitet. För det andra riskerar metoden förenkla en komplex problematik. Genom att enbart fokusera på kvantitativa faktorer, såsom antal patienter och besökstider, missas viktiga kvalitativa aspekter.

Kortfakta om det uppskattade behovet för allergologer

- En preliminär beräkning, baserad på Socialstyrelsens antaganden, pekar på att det skulle kunna behövas omkring 70–100 heltidstjänster för vuxenallergologer och 150–200 heltidstjänster för barnallergologer för att bättre tillgodose dagens behov av allergivård.

Kartläggning av allergisjukdomars kostnader

För de allergisjukdomar som har hög förekomst är det viktigt att få en uppfattning om de samhällsekonomiska kostnaderna och de ekonomiska konsekvenserna som dessa sjukdomar medför. Kunskap om kostnader är av stor betydelse för bland annat planering av hälso- och sjukvård, genomförande av olika hälsopolitiska interventioner och prioritering av implementering av forskningsresultat. Tidigare studier visar att prevalens och incidens av allergisjukdomar har ökat de senaste decennierna i Sverige, andra nordiska länder samt i Europa [15]. Dessutom visar forskningen att de totala samhällsekonomiska kostnaderna (de direkta och indirekta kostnaderna) för olika allergisjukdomar i Sverige och våra grannländer har ökat över tid [6, 9, 16, 17].

Metod och avgränsningar

För att skatta de samhällsekonomiska kostnaderna för en viss sjukdom används sjukdomskostnadsstudier (cost-of-illness) som metod. I en sådan studie beräknas direkta, indirekta samt ogripbara kostnader.

- Direkta kostnader består av kostnader för vårdsbesök inom specialiserad öppenvård, läkemedel och sjukhusinläggningar.
- Indirekta kostnader består av kostnader som uppstår till följd av produktionsbortfall på grund av sjukskrivning och förtidspensionering. För allergisjukdomar som leder till varaktiga ersättningar av arbetsförmågan ska också ersättningar som aktivitets- och sjukersättning och arbetsskadelivräntor räknas med för att ge en mer komplett bild av den faktiska samhällskostnaden. Även produktionsbortfallet till följd av förtida död ska tas med i en heltäckande beräkning av de indirekta samhällsekonomiska kostnaderna för olika allergisjukdomar [9, 18]. I denna kartläggning kommer de indirekta kostnaderna utgå endast från sjuk- och rehabiliteringspenning.
- De ogripbara kostnaderna består av kostnader som orsakas av försämrad livskvalitet, smärta och oro med mera. Dessa kostnader är inte inkluderade i denna kartläggning.

De olika kostnadsposterna kan beräknas enligt två olika ansatser: prevalens- och incidensansats. I *prevalensansatsen* beräknas kostnaden under en viss period, exempelvis ett år för alla de personer som lider av sjukdomen. I *incidensansatsen* beräknas alla framtida kostnader för en person som nydiagnostiserats med allergisjukdomen under en viss period. Vi har utgått från prevalensansatsen för att redovisa de totala samhällskostnaderna. Analysen presenteras med hjälp av beskrivande statistik för de direkta och

indirekta kostnaderna, i kombination med demografiska bakgrundsvariabler. Tidsperioden som omfattas är 2015–2023. Vi har valt att exkludera ogripbara kostnader (såsom livskvalitetsförlust) samt patienternas egna utlägg. Inte heller primärvårdens kostnader eller läkemedelskostnader för allergipatienter ingår i analysen.

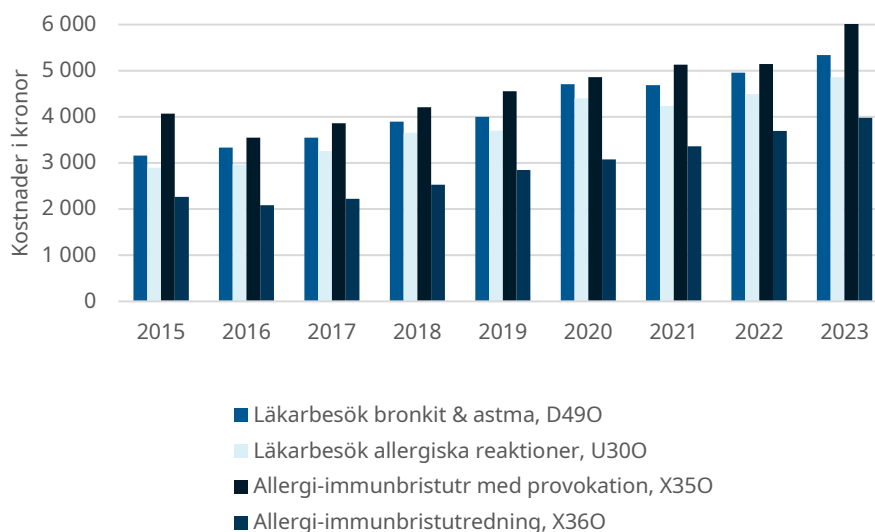
Vilka är de direkta kostnaderna för allergipatienter?

I analysen av de direkta samhällskostnaderna har vi utgått från hälso- och sjukvårdskostnader för vård och behandling av allergipatienter. För att beräkna sjukvårdskostnaden inom specialiserad öppen- och slutenvård har vi utgått från så kallade DRG grupper och vikter (se bilaga 1 för mer detaljerad beskrivning).

Inom specialiserad öppenvård är vård- och behandlingskostnader högst för allergi- eller immunbristutredning med provokation (X35O) följt av kostnader för läkarbesök vid bronkit och astma (D49O) (diagram 11). Utredningskostnaden för ett genomsnittligt vårdtillfälle med allergibesvär inom specialiserad öppenvård har ökat över den studerade tidsperioden. För patienter med allergi- eller immunbrist med provokation har ökningen varit 43 procent mellan 2015–2023 och för bronkit och astma 41 procent.¹² Denna procentuella ökning förklaras främst av ett högre pris per DRG-vikt (där vikten är satt till 1,0), vilket resulterade att kostnaden per vårdtillfälle har ökat även om vårdvolymen i sig inte nödvändigtvis har förändrats. Det bör noteras att vissa allergisjukdomar redovisar tillsammans med närliggande sjukdomar som inte nödvändigtvis är relaterat till allergivård. Detta kan leda till en både över- och underskattning.

¹² Ej inflationsjusterad.

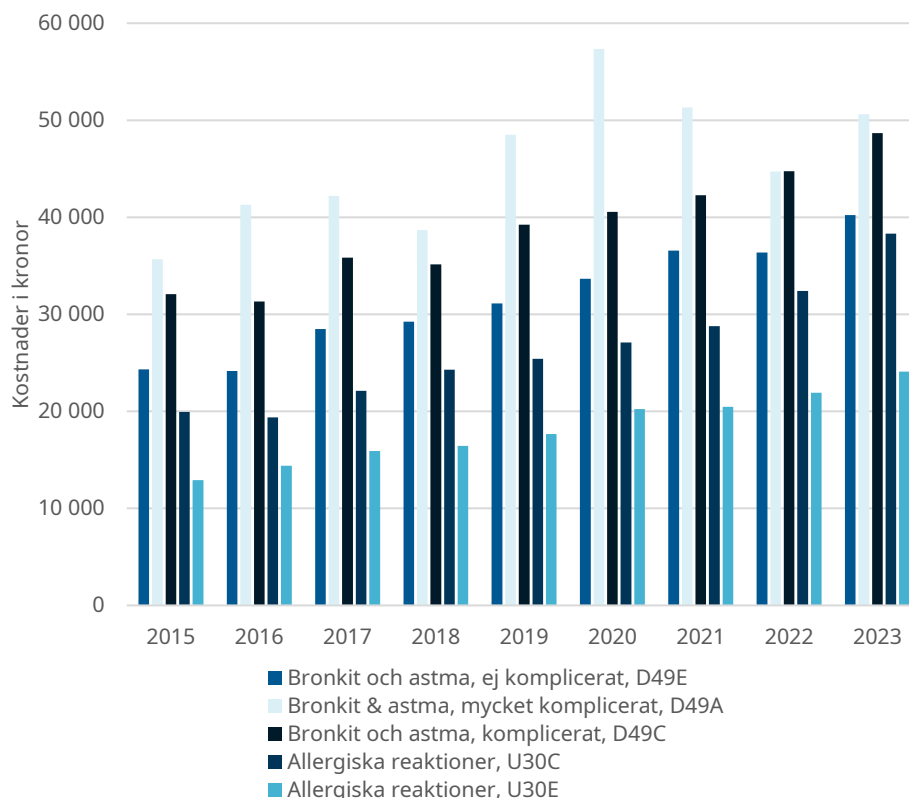
Diagram 11: Vård-och behandlingskostnader inom specialiserad öppenvård för ett genomsnittligt vårdtillfälle, i kronor



Källa: Retrospektiva DRG vikter, Sveriges kommuner och regioner. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Inom slutenvård är det främst patienter med mycket komplicerat bronkit och astma (D49A) som har den högsta genomsnittskostnaden per DRG kod, följt av patienter med komplicerat bronkit och astma (D49C) (diagram 12). Men det är patienter med allergiska reaktioner (U30C) samt allergiska reaktioner (U30E) som har erfarit den största procentuella ökningen under den studerade tidsperioden, 48 procent och 46 procent för respektive allergisjukdom. Denna procentuella ökning beror främst på att priset per DRG-vikt (med vikt 1,0) har stigit, vilket innebär att kostnaden per vårdtillfälle har ökat – även om vårdvolymen i sig inte nödvändigtvis har förändrats.

Diagram 12. Vård-och behandlingskostnader inom slutenvård för ett genomsnittligt vårdtillfälle, i kronor



Källa: Retrospektiva DRG vikter, Sveriges kommuner och regioner. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Totala kostnader för vård och behandling av allergisjukdomar

I tabell 3 presenteras den totala sjukvårdskostnaden för allergivård för specialiserad öppen- och slutenvård i fasta priser.¹³ Kostnaderna har beräknats för olika typer av allergivård i miljoner kronor under åren 2015, 2020 och 2023, samt andelarna av totalkostnaden 2023 och den procentuella förändringen mellan 2015 och 2023. Vi har utgått från antalet vårdkontakter per DRG-kod tillhörande DRG-vikter samt den årliga kostnaden för en DRG-vikt motsvarande 1,0.

År 2023 uppgick kostnaderna för allergivård till cirka en miljard kronor. Specialiserad öppen- och slutenvård stod för 68 procent av kostnaderna och har varit relativt stabil, med minskning på 3 procent sedan 2015. Slutenvården stod för 32 procent och har totalt minskat med 19 procent under samma period. Den totala kostnaden har därmed minskat med 9 procent mellan 2015 och 2023, främst på grund av färre vårdkontakter. Kostnaderna för enklare vård

¹³ Se Tabell 5.3 i bilaga 5 för kostnader i löpande priser.

har minskat, medan kostnaderna för mer komplicerade fall har ökat, vilket tyder på ett större behov av avancerad vård.

Tabell 3 Totala kostnader för allergisjukdomar inom specialiserad öppen- och slutenvård, miljoner kronor i fasta priser, 2023 års prisnivå

Typ av vård	2015	2020	2023	Andel 2023	förändring mellan, % 2015-2023
Slutenvård	384	211	309	32%	-19%
Allergiska reaktioner, ej komplicerat U30E	34	28	27	3%	-21%
Allergiska reaktioner, komplicerat, U30C	12	10	14	1%	25%
Bronkit och astma, mycket komplicerat, 49A	26	14	31	3%	17%
Bronkit och astma, ej komplicerat, D49E	208	103	159	17%	-23%
Bronkit och astma, komplicerat, D49C	104	56	78	8%	-25%
Öppenvård	679	566	655	68%	-3%
Allergi-immunbristutredning med provokation, X35O	45	29	34	4%	-25%
Allergi-immunbristutredning, X36O	50	48	43	4%	-13%
Läkarbesök allergiska reaktioner, U30O	52	50	55	6%	5%
Läkarbesök bronkit och astma, D49O	532	439	524	54%	-1%
Totalsumma	1063	778	965	100%	-9%

Anm.: I beräkningarna används ett konsumtionsprisindex för hälso- och sjukvård som togs fram av SCB för lägesrapporten hälso-, sjuk och tandvård, 2024. Fasta priser tar hänsyn till prisförändringar och är därför mer användbara vid jämförelser över tid. Det betyder att inflationens inverkan på de löpande priserna tas bort, vilket ger en tydligare bild av volymökningen snarare än av prisökningen. Källa: Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Vilka är de indirekta kostnaderna för allergipatienter?

De indirekta samhällskostnaderna som ingår i denna analys omfattar kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning som betalas på grund av allergisjukdomar. Sjukpenningens utgifter kan ses som en uppskattning av samhällskostnaden för den tillfälliga nedsättningen av arbets- och produktionsförmågan. Sjukpenningen fungerar både som ett skydd mot inkomstbortfall och således en omfördelare av inkomster. Den skyddar därmed en person som förlorar sin inkomst om hen blir tillfälligt sjuk på grund av allergisjukdom och på grund av detta inte kan utföra sitt arbete [19].

Vi studerar tre olika mått; *antal personer* som avser antal personer med minst en ersatt dag med sjukpenning eller rehabiliteringspenning under året,

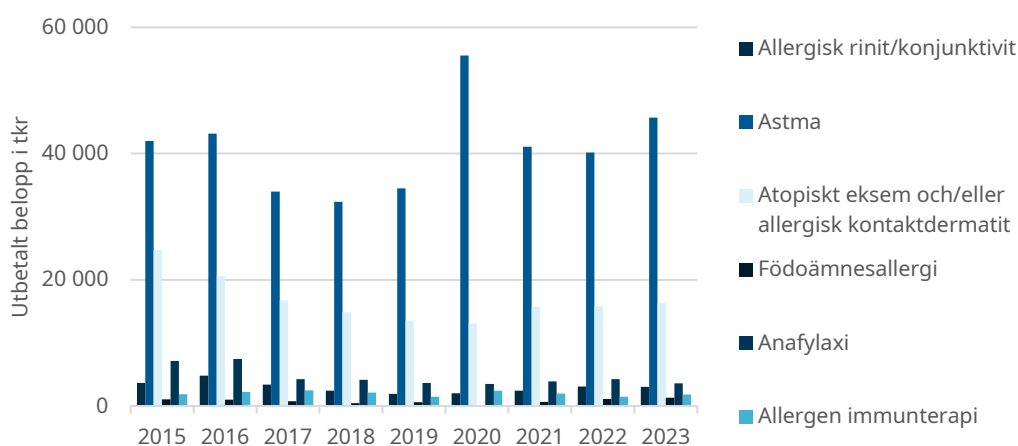
utbetalt belopp avser vad som har betalats ut från Försäkringskassan för det året då sjukfallet pågått samt *nettodagar* som avser antal dagar med hel omfattning som ersättning betalas ut. Vi redogör dessa tre måtten för tidsperioden 2015 till 2023 uppdelat på kön samt diagnos (treställsnivå).

Astma står för 50 procent av sjuk- och rehabiliteringspenning

Statistiken över utbetald sjuk- och rehabiliteringspenning 2015–2023 visar att astmapatienter får flest ersatta dagar bland allergipatienter och står för mer än 50 procent av den totala ersättningen. Därefter är det patienter med atopiskt eksem / allergisk kontaktdermatit, som fått flest dagar med ersättning men denna grupp står endast för cirka 30 procent av ersättningen.

Antal patienter med ersättning har minskat över tid, med undantag från covid-2019 där vi ser en kraftig ökning i antal personer som fick ersättning. Trots att färre patienter får ersättning har nettodagarna och det totala utbetalda beloppet ökat, vilket innebär att de som får ersättning får sjuk-och rehabiliteringspenning under en längre tidsperiod (se diagram 11). Könsskillnader är små, med en marginellt högre andel kvinnor som får ersättning jämfört med män (se bilaga 5).

Diagram 11. Utbetalt belopp av sjuk-och rehabiliteringspenning, belopp i tkr



Anm.: Försäkringskassans utbetalt belopp av sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom, utbetalt belopp i tkr. Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Kortfakta om kostnadsutvecklingen inom allergivård

- Inom specialiserad öppenvård var vård- och behandlingskostnaderna störst för utredning av allergi-eller immunbrist med provokation samt läkarbesök vid bronkit och astma.
- Inom slutenvården var vård- och behandlingskostnaderna störst för mycket komplicerade fall av kroniska lungsjukdomar samt mycket komplicerad bronkit och astma.
- Den totala direkta kostnaden uppgick till cirka 1 miljard kronor 2023, där den största delen avser specialiserad öppenvård. Den totala kostnaden för allergivård, beräknad i fasta priser, har minskat mellan 2015 och 2023 vilket beror framför allt av minskat antal besök under samma tidsperiod.
- Astmapatienter har fått flest ersatta dagar med sjuk-och rehabiliteringspenning från Försäkringskassan.

Avslutande diskussioner och slutsatser

Vår kartläggning visar att utvecklingen av tillgången till allergologer har varit ojämn över tid och mellan regioner. Ökningen har framför allt skett inom barnallergologin, medan antalet vuxenallergologer har minskat i flera regioner, särskilt i Stockholm och Norra sjukvårdsregionen.

Totalt fanns det 204 allergologer verksamma inom hälso-och sjukvården år 2024, varav 82 vuxenallergologer och 122 barnallergologer. Utöver detta arbetade 18 utbildade vuxenallergologer och 15 barnallergologer utanför hälso-och sjukvård. Eftersom vi i tillgängliga registerdata inte kan särskilja hel- och deltidsarbete eller om allergologerna faktiskt arbetar inom allergologi eller i annan vård, är den faktiska tillgången sannolikt lägre än vad statistiken indikerar. Flera debattartiklar och undersökningar författade av allergologiföreningar pekar också på att antalet heltidsverksamma vuxenallergologer är mycket lågt.

Vår kartläggning visar att vårdutnyttjandet inom både specialiserad öppen- och slutenvård har minskat under den studerade perioden. Under 2015–2023 minskade antalet patienter med 18 procent inom specialiserad öppenvård och med 36 procent inom slutenvård. I kostnadstermer motsvarar detta en minskning av de totala kostnaderna för allergivård med 9 procent (i fasta priser). Minskningen kan främst förklaras av färre vårdkontakter samt förändringar i vårdens innehåll. Minskningen i slutenvården kan delvis hänga samman med introduktionen av nya effektiva läkemedel, framför allt vid svår astma. Även resursrelaterade faktorer, såsom bristen på allergologer, kan ha påverkat utvecklingen. Dessa förklaringar kan dock inte fastställas enbart utifrån den tillgängliga statistiken. År 2023 uppgick de totala sjukvårdskostnaderna för allergivård till cirka en miljard kronor, varav 68 procent avsåg specialiserad öppenvård och 32 procent slutenvård. I löpande priser har allergisjukvårdskostnaderna ökat.

Samtidigt visar Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät att andelen personer i åldern 16–84 med allergibesvär har ökat från 17,6 till 22,0 procent mellan 2016 och 2024. Detta motsvarar en ökning med omkring 460 000 personer. Enligt SKR:s väntetidsstatistik räcker inte de befintliga resurserna för att möta behovet i tid. I juni 2025 väntade cirka 2 300 vuxna patienter på sin första kontakt med specialiserad allergivård, och den genomsnittliga väntetiden översteg 110 dagar.

Sammanfattningsvis tyder kartläggningen på att ett minskat vårdutnyttjande, i kombination med ökade behov och längre väntetider, är en indikation på att de nuvarande resurserna inte fullt ut räcker för att möta befolkningens behov av allergivård. Att uppskatta det faktiska behovet av fler allergologer är dock förenat med betydande osäkerhet. En preliminär bedömning, baserad

på en rad antaganden, indikerar på att hälso- och sjukvården kan behöva omkring 70–100 heltidstjänster för vuxenallergologer och 150–200 heltidstjänster för barnallergologer. Dessa siffror bör främst ses som ett underlag för fortsatt analys och planering, snarare än som exakta målnivåer.

De utmaningar som identifierats inom allergivården – såsom brist på specialistkompetens, ökande efterfrågan samt svårigheter att rekrytera och behålla personal – återfinns även inom andra specialistområden i hälso- och sjukvården [10]. Utmaningarna är strukturella och handlar inte enbart om vårdens innehåll, utan också om faktorer som otydlig ansvarsfördelning mellan vårdnivåer och bristande samordning mellan aktörer. Dessa hinder påverkar i hög grad både tillgången till och kvaliteten i allergivården. Socialstyrelsens rapport visar dessutom liknande problem, vilket understryker behovet av en övergripande och samordnad strategi för att säkerställa tillgången till specialistkompetens i hela vården.

Slutsatser bör dras med försiktighet givet avgränsningarna

Som redovisats finns det ett tydligt samband mellan flera faktorer som påverkar tillgången till och efterfrågan på allergivård – både ur vårdgivarens (allergologens) och patientens perspektiv. Denna kartläggning redovisas i enlighet med uppdraget i regleringsbrevet och det är viktigt att läsaren bär med sig följande utgångspunkter i åtanke:

- **Kompetensförsörjning:** Analysen fokuserar i första hand på tillgången till specialistläkare i allergologi, baserat på den senaste tillgängliga statistiken.
- **Vårdutnyttjande:** Vårdstatistiken speglar utvecklingen av vårdkonsumtion bland allergipatienter, uppdelat efter socioekonomiska bakgrundsfaktorer.
- **Kostnader och samhällsekonomi:** Allergisjukdomarnas direkta vårdkostnader och deras bredare samhällsekonomiska konsekvenser lyfts fram.

Utöver dessa punkter följer kartläggningen de avgränsningar som gjorts i sin helhet. Se vidare i avsnittet *Avgränsningar och osäkerheter kring beräkningar*.

Referenser

1. Socialdepartementet. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell strategi, handlingsplan och kunskapsunderlag inom allergiområdet 2024.
2. Gyllfors P, Ingemansson M, Toll K, Strand V, Lindfors A. Stockholms allergivård håller på att haverera. Dagens medicin. 2014.
3. Gyllfors P., Ingemansson M. Åtgärda bristen på allergologer. Dagens Medicin. 2021.
4. Bredin C., Lindén A., Bossios A., Dahlén B., Ferrara G., Grunewald J., et al. Akut brist på allergologer och lungmedicinare Dagens Medicin. 2018.
5. Allergiförbundet Ao. Astma- och Allergirapporten – om vår tids vanligaste kroniska folksjukdomar; 2022.
6. Cardell LO, Olsson P, Andersson M, Welin KO, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis-a national Swedish population-based questionnaire study. NPJ Prim Care Respir Med. 2016; 26:15082.
7. Hellgren J, Cervin A, Nordling S, Bergman A, Cardell LO. Allergic rhinitis and the common cold--high cost to society. Allergy. 2010; 65(6):776–83.
8. Zuberbier T, Lötval J, Simoens S, Subramanian SV, Church MK. Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA(2)LEN review. Allergy : Wiley; 2014.
9. Augustin M, Misery L, von Kobyletzki L, Armario-Hita JC, Mealing S, Redding M. Unveiling the true costs and societal impacts of moderate-to-severe atopic dermatitis in Europe. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022; 36 Suppl 7:3–16.
10. Socialstyrelsen. Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3; 2024.
11. Heurgren M, Nilsson H, Erlö C, Sjöli P. Vad kostar den enskilde patienten? Läkartidningen. 2003; 100.
12. Amid S. I fyra regioner finns ingen allergolog: »Vården blir väldigt ojämlig». Läkartidningen. 2025.
13. Fyhrquist N, Werfel T, Bilò MB, Mülleneisen N, Gerth van Wijk R. The roadmap for the Allergology specialty and allergy care in Europe and adjacent countries. An EAACI position paper. Clin Transl Allergy. 2019; 9:3.
14. Westerberg I. A., Castillo. D. Administration i hälso- och sjukvården - några organisationsteoretiska iakttagelser. Underlagsrapport till Vårdansvarskommittén 2024 Södertörns högskola; 2023.
15. Haahtela T, Jantunen J, Saarinen K, Tommila E, Valovirta E, Vasankari T, et al. Managing the allergy and asthma epidemic in 2020s-Lessons from the Finnish experience. Allergy. 2022; 77(8):2367–80.
16. Hellgren J, Cervin A, Nordling S, Bergman A, Cardell LO. Allergic rhinitis and the common cold--high cost to society. Allergy : Wiley; 2010.
17. Zuberbier T, Lötval J, Simoens S, Subramanian SV, Church MK. Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA(2) LEN review. Allergy. 2014; 69(10):1275–9.
18. Jansson SA, Arnlind Heibert M, Dalhén SA. Okänt hur mycket astma och allergier kostar samhället Läkartidningen 2007; 104.
19. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2024.
20. Socialstyrelsen. DRG – Grundläggande begrepp och principer; 2025.

Bilaga1. Redovisning av det datamaterial som legat till grund för kartläggningen

Denna underlagsrapport innehåller en sammanställning av allt datamaterial som använts i kartläggningen. Inledningsvis presenteras de register från Socialstyrelsen som legat till grund för kartläggningen, inklusive relevanta variabler kopplade till studiens frågeställningar. Därefter redovisas variabler från Försäkringskassans offentligstatistik. Avslutningsvis inkluderas diagram och tabeller som inte återfinns i den löpande texten men som kompletterar kartläggningens olika avsnitt.

Datamaterial från Socialstyrelsen

Nedan följer en fördjupad redovisning av datamaterial från Socialstyrelsen som använts i kartläggningen av tillgång och efterfrågan på allergivård samt de kostnader som är förknippade med denna vård.

Retrospektiv DRG

DRG (diagnosrelaterade grupper) är ett system som används för att klassificera vårdtillfällen baserat på patientens diagnos, genomförda behandlingar och den resursförbrukning som dessa medför. Varje vårdtillfälle tilldelas en så kallad DRG-vikt, som är ett relativt mått på hur resurskrävande vården varit jämfört med andra vårdtillfällen.

En DRG-vikt utgår från kostnaden för en genomsnittspatient inom respektive DRG-grupp. Ju högre vikten är, desto större bedöms resursåtgången – och därmed kostnaden – ha varit. Ersättningen till vårdgivaren beräknas genom att DRG-vikten multipliceras med ett fastställt pris per viktenhet. För att vikterna ska vara tillförlitliga och spegla verkliga vårdkostnader krävs att beräkningarna bygger på stora och representativa patientunderlag [20].

Kostnad per patient

Kostnad per patient är en metod för beräkning och redovisning av hälso-och sjukvårdens kontakter och aktiviteter för varje enskild patient och vårdkontakt (vårdtillfälle/besök). Med kostnad avses den totala kostnaden för varje vårdkontakt.

Datamaterial från Försäkringskassan

Här presenteras en mer fördjupad redovisning över sjuk-och rehabiliteringspenning som tillämpats vid kartläggning av de direkta och indirekta kostnaderna för allergisjukdomar.

Statistik över sjuk-och rehabiliteringspenning

Sjuk- och rehabiliteringspenning är ekonomiska ersättningar för personer med tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Under de första 14 dagarna av en sjukperiod har anställda rätt till sjuklön från sin arbetsgivare. Om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt efter denna period kan personen ansöka om sjukpenning eller rehabiliteringspenning från Försäkringskassan. Personer som inte omfattas av sjuklön, exempelvis egenföretagare och arbetslösa, kan ansöka om sjukpenning redan från den första dagen i sjukperioden. I Försäkringskassans statistik benämns en sammanhängande period med sjukpenning och/eller rehabiliteringspenning som ett ”sjukfall”.

Mått som använts vid analys av Försäkringskassans sjuk- och rehabiliteringspenning

Antal personer

Antal personer visar antalet individer med minst en ersatt dag med sjukpenning eller rehabiliteringspenning under året. Har en person flera ersatta dagar med olika diagnoser under året räknas hen en gång per diagnos, diagnosavsnitt och diagnoskapitel. I kategorin ”samtliga” räknas dessa personer endast en gång. Det gör att antalet personer i kategorin ”samtliga” är lägre än summan av antalet personer med olika diagnoser, diagnosavsnitt och diagnoskapitel.

Utbetalt belopp

Utbetalt belopp avser vad som har betalats ut från Försäkringskassan för det året då sjukfallet har pågått.

Nettodagar

Nettodagar avser antal dagar med hel omfattning som ersättning betalats ut. Med nettodagar menas att dagar med partiell ersättning räknats om till hela dagar. Till exempel räknas två dagar med halv ersättning som en nettodag.

Variabler som statistiken fördelas på

År

Statistiken redovisas fr o m 2010 t o m 2023. Uppgift om år baseras på det år ersättningen avsåg, d v s när sjukfallet pågick.

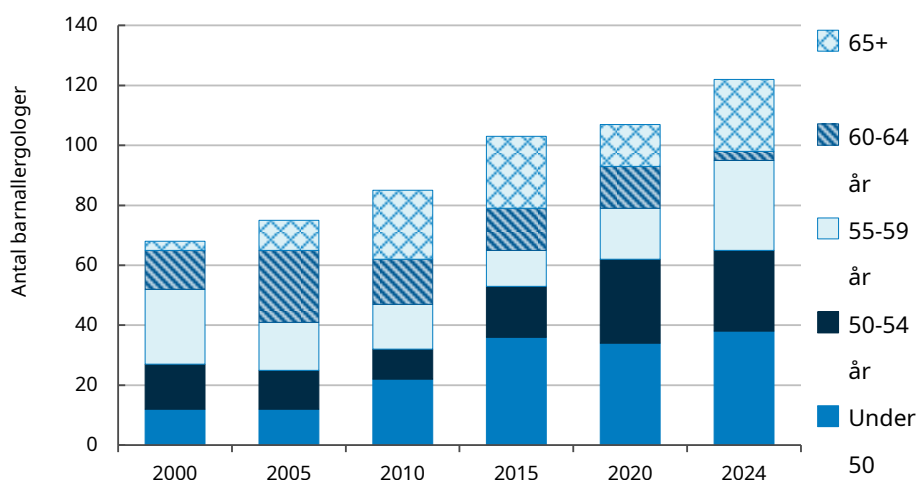
Diagnoskapitel, diagnosavsnitt och diagnoskod

Uppgift om diagnos baseras på den första registrerade huvuddiagnosen i sjukfallet. Statistiken tar därmed inte hänsyn till eventuella diagnosförändringar under sjukfallets gång. Diagnoserna är baserade på den svenska versionen av ICD-10-SE. Diagnoskapitel är den grövsta indelningen enligt ICD-10-SE och består av 22 kapitel. Varje kapitel är grupperat i ett antal avsnitt. Avsnitten är i sin tur indelade i ett antal kategorier, som vi här benämner diagnoser. Diagnoserna består i allmänhet av treställiga koder.

Bilaga 2. Åldersfördelning bland allergologer

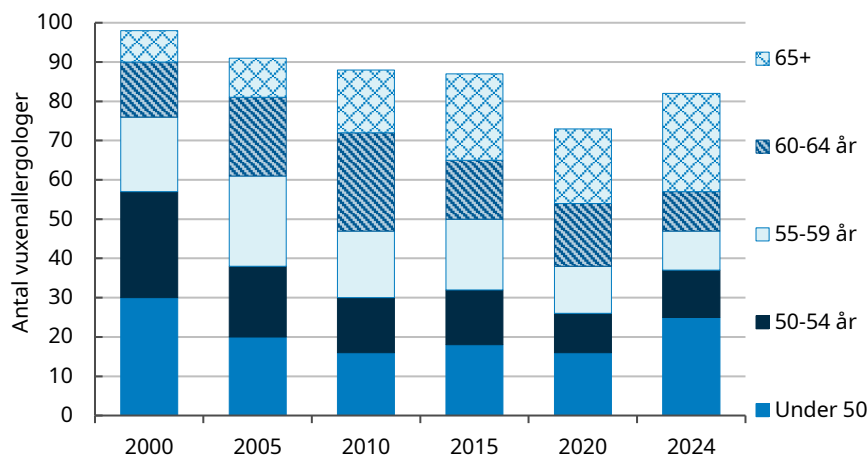
I denna underlagsrapport redovisas åldersfördelningen av vuxen- och barnallergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Syftet är att ge en översikt över åldersfördelningen inom yrkesgruppen över tid, vilket kan ge en indikation på framtida kompetensförsörjning. En hög andel allergologer i de äldre åldersgrupperna kan exempelvis signalera behov av nyrekrytering inom de kommande åren.

Diagram B2.1 Åldersfördelning bland barnallergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvård



Källa: Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B2.2. Åldersfördelning bland vuxenallergologer sysselsatta inom hälso- och sjukvård



Källa: Socialstyrelsens förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Bilaga 3. Förutsättningar för uppskattning av behovet av allergologer

Denna underlagsrapport redovisar de antaganden som ligger till grund för beräkning av resursbehovet inom allergivården. Tabell B3.1 beskriver uppskattning av en genomsnittlig besöksrelaterad tid per patient och år för olika allergisjukdomar som togs fram i samråd med expertgruppen för detta uppdrag. ICD koderna för respektive allergisjukdom anges i parentes. Antalet vuxna och barn motsvarar patienter som sökte specialiserad öppenvård eller slutenvård under år 2023 och hade någon form av allergi som huvuddiagnos (i parentes) i Socialstyrelsens patientregister (PAR).

Tabell B3.1. Antaganden om tidsåtgång samt antal patienter

Allergityp	Genomsnittlig besöksrelaterad tid i minuter per patient och år	Antal vuxna	Antal barn
Rinokonjunktivit (J301-J304, H101)	Utredning 60 min+ 30 min uppföljande besök	13 426	12 253
Astma (J450, J451, J458, J459, J469)*		22 700	55 532
År 1: 50 % av astmapatienter	Utredning 60 min + 3 uppföljande besök (30 min vart) + 30 min akutkontakt		
År 2: 50 % av astmapatienter	2 återbesök (30 min vart) + akut kontakt 30 min (svåra astmapatienter)		
Atopiskt eksem och/eller allergisk kontaktdermatit (L20, L30.8C)	1 besök, 45 min (endast barn)	-	8739
Födoämnesallergi (Z91.0A, Z91.0B, Z91.0C, Z91.0D, Z91.0E, Z91.0G)*		1415	14 406
År 1: 50% av födoämnesallergi patienter	Utredning 60 min+30 min uppföljande besök+120 min provokationsbesök		
År2: 50% av födoämnesallergi patienter	Årligt efterföljande besök (30 min)		
Anafylaxi (T780, T782, T886)	Utredning 60 min+30 min uppföljande besök+30 min behandlingskontroll	2247	850

Kartläggning av kompetensförsörjning av allergologer - tillgångar och utmaningar

Allergityp	Genomsnittlig besöksrelaterad tid i minuter per patient och år	Antal vuxna	Antal barn
Allergen immunterapi (AIT)**		2975	2947
Allergen immunterapi SLIT (Z516) (50% av AIT patienter)	30 min		
Allergen immunterapi SCIT (Z516) (50 % AIT patienter)			
År1: 50 % av SCIT patienter	17 besök a 10 minuter = 170 minuter		
År 2: 50% av SCIT patienter	9 besök a 10 min per år = 90 minuter		
Läkemedelsallergi (Z88.0-9)	Utredning 60 min + 120 min provokationsbesök	1065	165
Angioödem (T78.3, D84.1)*		1565	198
År 1: 50% av angioödem patienter	Utredning 60 min+ 2 uppföljande besök (30 min vart)		
År2: 50% av angioödem patienter	1 återbesök (30 min)		
Utredning för patienter som väntar för sitt första besök***	Utredning 60 min	2300	2300

Anm.:

*Antar att 50 procent av patienterna i PAR är år 1 patienter och 50 procent är år 2 patienter.

**Antar att 50 procent av allergen immunterapipatienter behandlas med tablettbehandling (SLIT) och 50 procent subkutant (SCIT). Vidare antas att 50 procent av SCIT patienter är år 1 patienter och 50 procent är år 2 patienter. I praktiken kan andelen av år 2 patienter vara något högre för allergen immunterapi, vilket innebär en viss överskattning.

***Antalet vuxna enligt SKRs statistik om väntetider i juni 2025. Eftersom det saknas tillförlitlig statistik om barns väntetider utgår vi från att lika många barn som vuxna väntar på sin första kontakt.

Bilaga 4. Underlag till vårdkonsumtion av allergivård

I denna underlagsrapport presenteras diagram som belyser vårdkonsumtion av allergivård uppdelat efter demografiska bakgrundsvariabler.

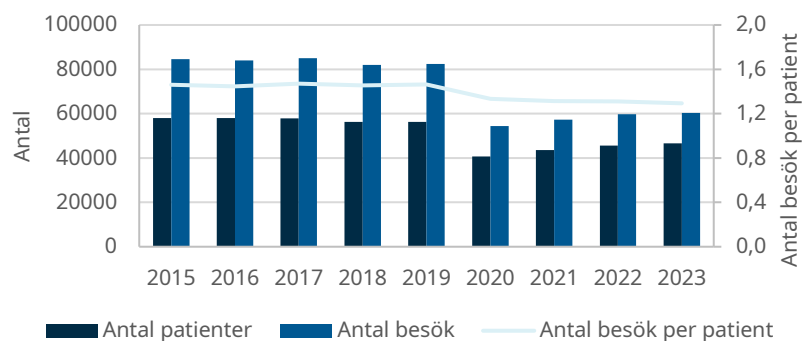
Tabeller över vårdkonsumtion inom allergivård – uppdelat efter demografiska bakgrundsvariabler

Nedan presenteras tabeller som visar antal vårdkontakter inom allergivården, uppdelat på antal besök, antal patienter samt antal patienter per besök. Uppgifterna är fördelade efter bakgrundsvariablerna kön, ålder och sjukvårdsregion. Statistiken redovisas separat för patienter som behandlats av läkare inom specialiserad öppenvård samt för avslutade vårdtillfällen inom slutenvård.

Underlaget kommer från det nationella patientregistret, där sjukdoms- och behandlingsdata från den svenska specialistvården registreras på individnivå. Det innebär att statistiken omfattar unika patienter som någon gång under perioden 2015–2023 fått vård inom specialiserad öppenvård eller slutenvård. En och samma patient kan förekomma vid flera vårdtillfällen under den studerade tidsperioden.

I statistiken ingår DRG koderna D49O, U30O, X35O och X36O för specialiserad öppenvård och D49A, D49C, D49E, U30C och U30E för slutenvård. Tabellerna sammanfattar över dessa diagnoser och redovisar dem aggregerat efter kön och sjukvårdsregion.

Diagram B4.1. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, kvinnor



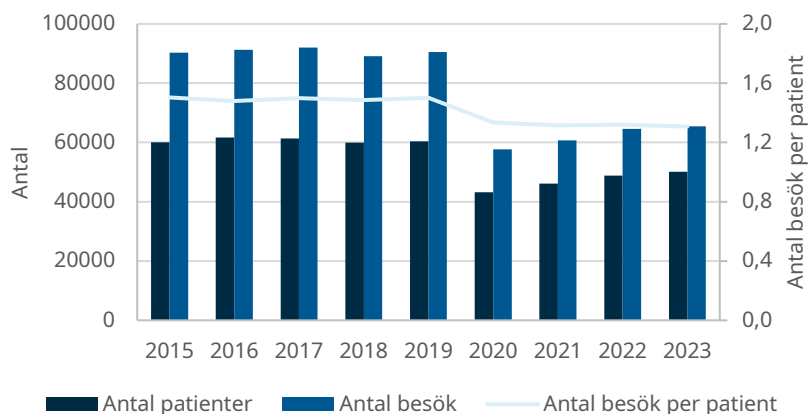
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.2. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, kvinnor



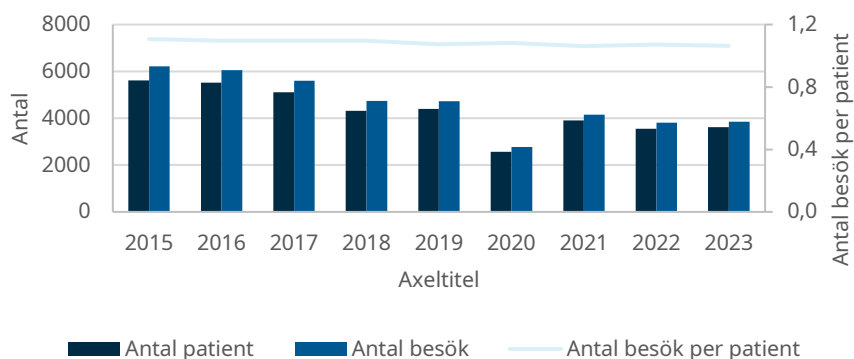
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.3. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, män



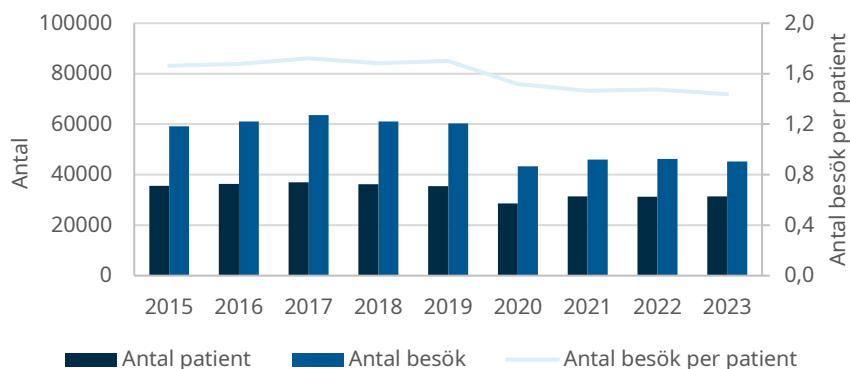
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.4. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, män



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.5. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, Stockholm



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.6. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, Stockholm



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.7. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, Väst



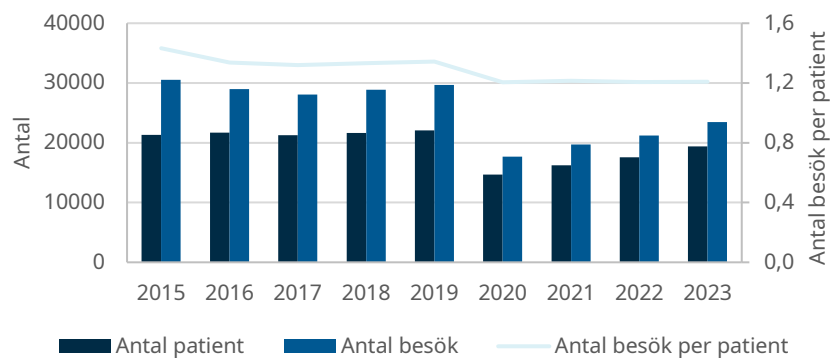
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B2.10. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, Väst



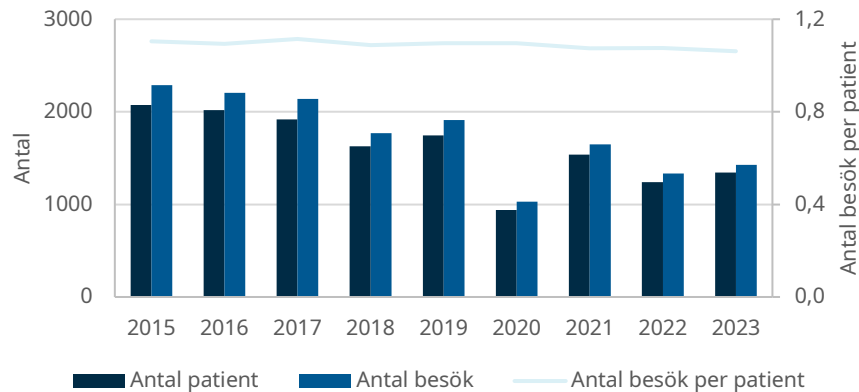
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.8. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, Mellan



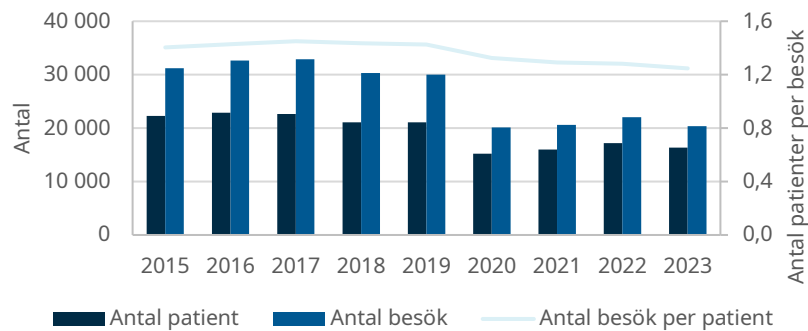
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.9. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, Mellan



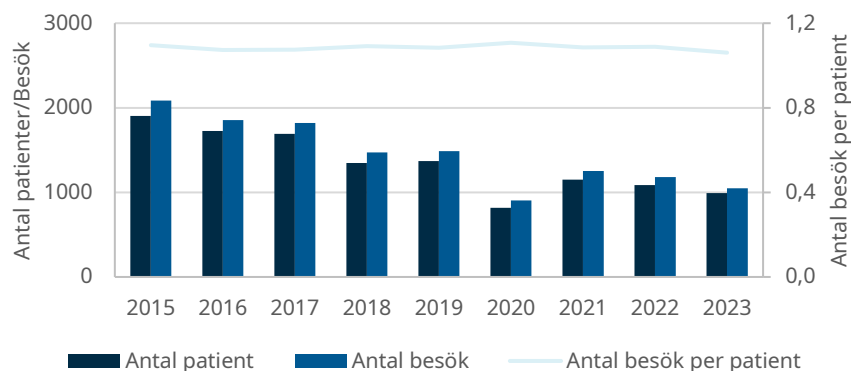
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.10. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, Södra



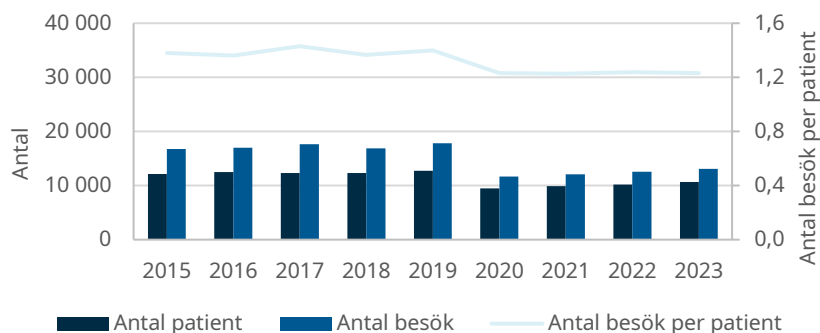
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.11. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, Södra



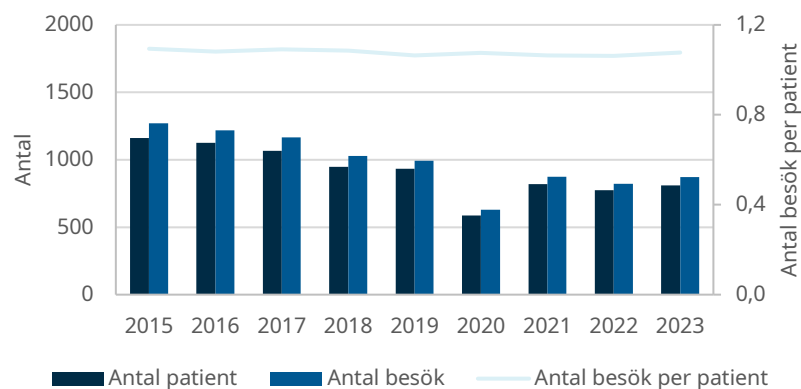
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.12. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, Sydöstra



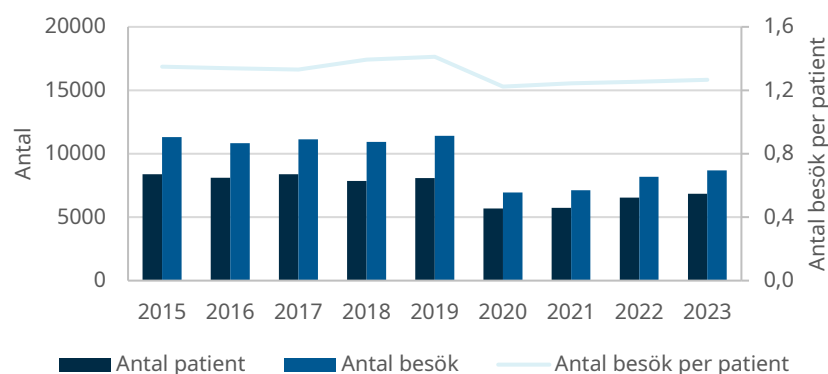
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.13. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, Sydöstra



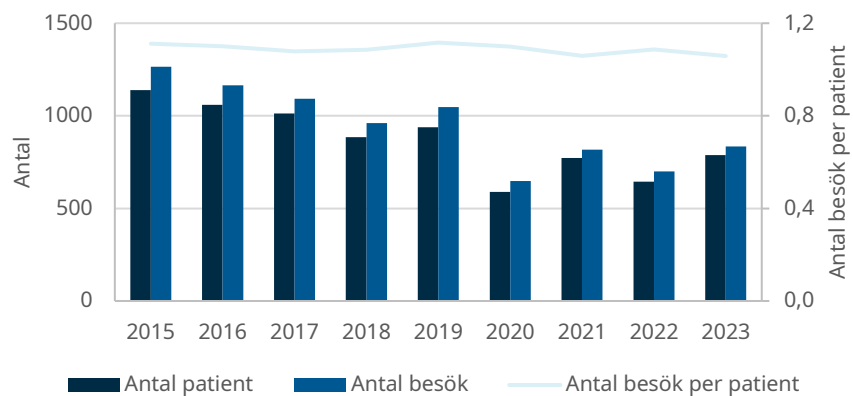
Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.14. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för specialiserad öppenvård, Norra



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B4.15. Antal besök per patient oavsett allergisjukdom för slutenvård, Norra



Källa: Socialstyrelsens patientregister och diagnosrelaterade grupper (DRG koder). Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Bilaga 5. Underlag till kartläggning av allergisjukdomar

I denna underlagsrapport redovisas diagram och tabeller som ligger till grund för analys av de direkta och indirekta kostnaderna.

Underlag till de direkta kostnaderna

Uppgifterna har tagits fram av Socialstyrelsen genom statistisk bearbetning med utgångspunkt i retrospektiva DRG-vikter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Kostnaden per patient återspeglar vårdens resursåtgång inom den aktuella diagnosgruppen och kan användas som underlag för hälsoekonomiska analyser, budgetering och planering av vårdresurser. Kostnaderna speglar den genomsnittliga resursförbrukning som är förknippad med typiska vårdkontakter, såsom läkarbesök, undersökningar och behandlingar, för denna patientgrupp.

Tabell 5.3 visar de totala kostnaderna för allergirelaterad hälso- och sjukvård i Sverige under åren 2015, 2020 och 2023, uttryckt i miljoner kronor och löpande priser. Kostnaderna är uppdelade efter typ av vård – slutenvård respektive specialiserad öppenvård – samt vidare fördelade på specifika diagnosgrupper enligt Socialstyrelsens DRG kodsystém.

Tabell 5.3 Hälso- och sjukvårdskostnader för allergivård i miljoner kronor. Löpande priser

Typ av vård	2015	2020	2023	Andel 2023	Förändring 2015–2023
Slutenvård	306	187	309	32%	1%
Allergiska reaktioner, ej komplicerat U30E	28	25	27	3%	0%
Allergiska reaktioner, komplicerat, U30C	9	9	14	1%	56%
Bronkit & astma, mycket komplicerat, D49A	21	12	31	3%	47%
Bronkit och astma, ej komplicerat, D49E	166	91	159	17%	-4%
Bronkit och astma, komplicerat, D49C	83	50	78	8%	-6%
Öppenvård	541	503	655	68%	21%
Allergi-immunbristutredning med provokation, X35O	36	26	34	4%	-6%
Allergi-immunbristutredning, X36O	40	43	43	4%	9%
Läkarbesök allergiska reaktioner, U30O	42	45	55	6%	31%
Läkarbesök bronkit & astma, D49O	424	390	524	54%	24%
Totalsumma	848	690	965	100%	14%

Källa: Socialstyrelsens egen statistikbearbetning. Tabellen redovisas i löpande priser.

Underlag till de indirekta kostnaderna

Följande delavsnitt innehåller diagram som belyser de indirekta kostnaderna kopplade till allergisjukdomar, med fokus på sjuk- och rehabiliteringspenning uppdelat efter kön. Redovisningen omfattar:

- Antal personer som har erhållit ersättning
- Antal nettodagar
- Totalt utbetalt belopp (i tusentals kronor, tkr)

Diagrammen illustrerar utvecklingen över tid av antalet personer i Sverige som har fått sjuk- eller rehabiliteringspenning med allergisjukdom som huvuddiagnos. De aktuella diagnoserna är indelade i sex allergisjukdomar.

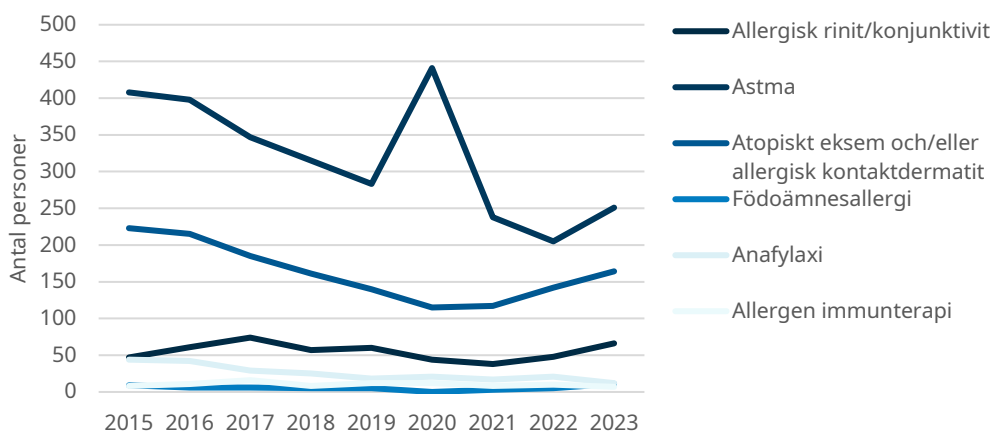
Över den redovisade tidsperioden 2015–2023 kan man notera:

- En ökande trend för vissa allergisjukdomar, särskilt astma och atopiskt eksem under vissa perioder.
- En nedgång eller utplaning i antalet fall för andra allergisjukdomar, vilket kan bero på förändrade diagnostiska rutiner, behandlingsstrategier eller ersättningsregler.
- Skillnader mellan allergisjukdomsgrupperna i omfattning, där t.ex. astma ofta står för en större andel utbetalda ersättningar jämfört med rinit.

Sammantaget återspeglar diagrammen både sjukdomsbörda och vårdsystemets respons över tid. Det kan också indikera hur förändringar i samhällsfaktorer, exempelvis miljö, diagnosfrekvens och arbetsförmågebedömning påverkar belastningen på socialförsäkringssystemet.

Diagram B5.4. Sjuk-och rehabiliteringspenning för män, antal personer

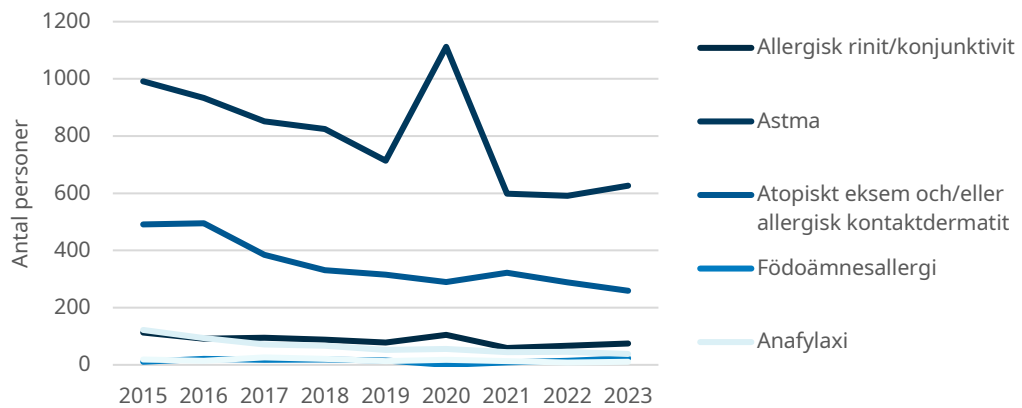
Antal personer som fått sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom över tid



Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B5.6. Sjuk-och rehabiliteringspenning för kvinnor, antal personer

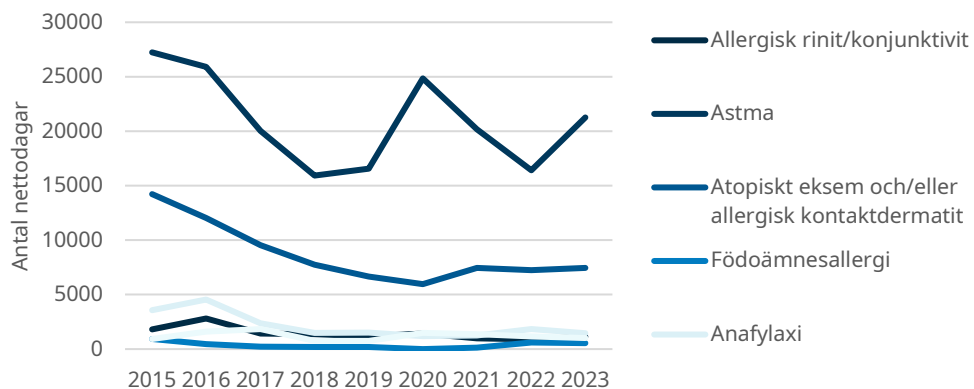
Antal personer som fått sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom över tid



Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B5.7. Sjuk-och rehabiliteringspenning för män, antal nettodagar

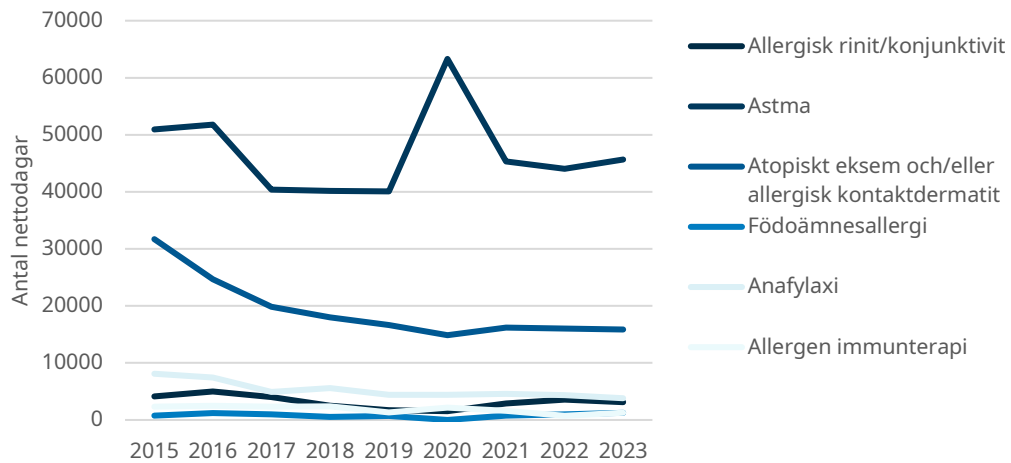
Antal utbetalda nettodagar av sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom över tid



Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B5.8. Sjuk-och rehabiliteringspenning för kvinnor, antal nettodagar

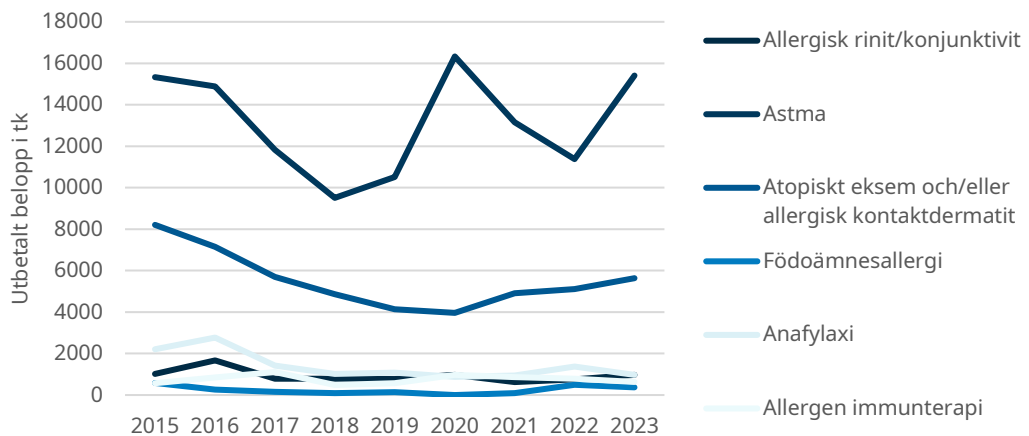
Antal utbetalda nettodagar av sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom över tid



Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B5.9. Sjuk-och rehabiliteringspenning för män, utbetalt belopp i tkr

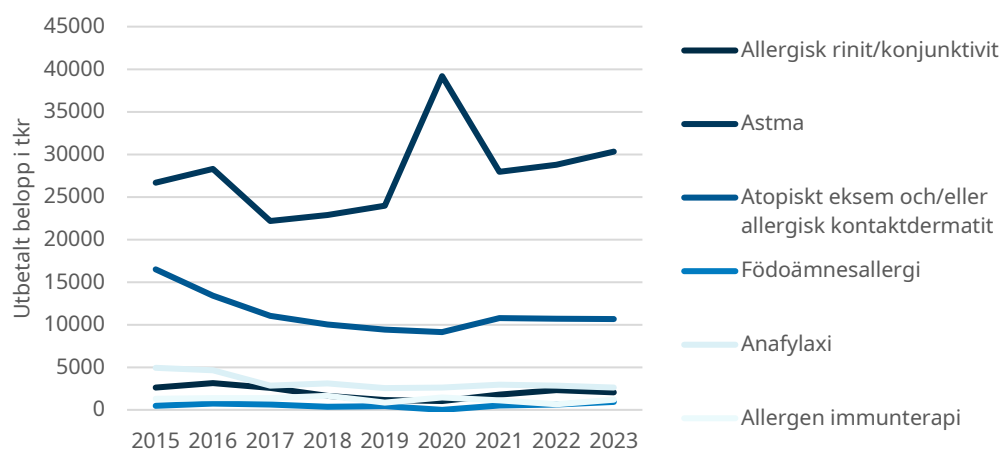
Utbetalt belopp i tkr av sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom över tid



Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.

Diagram B5.10. Sjuk-och rehabiliteringspenning för kvinnor, utbetalt belopp i tkr

Utbetalt belopp i tkr av sjuk-och rehabiliteringspenning för respektive allergisjukdom över tid



Källa: Sjuk-och rehabiliteringspenning, Försäkringskassan. Socialstyrelsens egen statistikbearbetning.