

# Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis

Stöd för styrning och ledning  
Remissversion

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer	2018-3-15
Omslagsfoto	Dan Burch / Mostphotos
Publicerad	<a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a> , mars 2018

# Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid psoriasis.

Syftet med riktlinjerna är att både stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område, och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom hälso- och sjukvården på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning. Indikatorerna utgår från rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

Det här är en remissversion av riktlinjerna. Syftet med att publicera en remissversion är att ge möjlighet för alla intressenter att i en bred och öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer, innan vi tar slutlig ställning.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i ett antal regionala seminarier för beslutsfattare och andra berörda. På seminarierna har sjukvårdsregionerna och landstingen möjlighet att redovisa sina analyser av vilka organisatoriska och ekonomiska konsekvenser riktlinjerna kommer att innebära för dem. Dessa analyser blir sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna. Berörda landsting, intresseorganisationer, yrkesföreningar, privata vård- och omsorgsgivare och andra kan dessutom senast den 31 maj 2018 lämna skriftliga synpunkter på riktlinjerna till Socialstyrelsen. Den slutliga versionen kommer att publiceras under början av 2019.

Projektledare för riktlinjerna på Socialstyrelsen har varit Alexandra Karlén och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag .....	9
Användning och mottagare .....	10
Fokus på vissa åtgärder .....	10
Samverkan med andra aktörer .....	10
Remissversion öppnar för diskussion .....	11
Om riktlinjeområdet .....	11
Vård vid psoriasis .....	12
Avgränsning .....	13
Nationella utvärderingar .....	14
Delaktighet, information och svåra överväganden .....	14
Kompletterande kunskapsstöd .....	15
Agenda 2030 .....	16
Centrala rekommendationer .....	18
Om rekommendationerna .....	18
Särskilda förutsättningar i prioriteringsarbetet .....	20
Icke-farmakologiska åtgärder vid psoriasis .....	20
Uppföljning och utredning vid psoriasis .....	22
Topikala behandlingar .....	25
Specifik lokalisering .....	27
Ljusbehandlingar .....	29
Systemiska behandlingar .....	30
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser .....	36
Prevalens av olika svårighetsgrader av psoriasis .....	39
Topikala behandlingar .....	41
Ljusbehandling .....	50
Systemiska behandlingar för svår psoriasis .....	52
Indikatorer för god vård och omsorg .....	65
Indikatorer för vård vid psoriasis .....	65
Målnivåer för indikatorerna .....	66
Utvärdering av vården vid psoriasis .....	66
Redovisning av indikatorer .....	66
Projektorganisation .....	69
Referenser .....	73
Bilaga 1. Lista över rekommendationer .....	75

Bilaga 2. Metodbeskrivning av framtagande av populationerna .....	81
Bilaga 3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser: Tillägg .....	83
Bilaga 4. Bilagor som publiceras på webben.....	91

# Sammanfattning

Psoriasis påverkar 2–4 procent av den västerländska populationen. I Socialstyrelsens hälsodataregister finns det i dag omkring 193 000 personer med psoriasis i Sverige, varav cirka 188 000 vuxna och cirka 4 600 barn och unga. Här ingår dock inte personer med psoriasis som fått sin diagnos inom primärvården eller personer som inte hämtat ut kalcipotriol på recept vilket innebär att Socialstyrelsens data underskattar den faktiska prevalensen i befolkningen. Psoriasis är lika vanligt hos kvinnor som hos män. Världshälsoorganisationen (WHO) har nyligen uppgraderat psoriasis till en allvarlig kronisk sjukdom. Personer med psoriasis har även en lägre upplevd livskvalitet än många andra. Sjukdomen kan debutera när som helst under livet men incidensen är högst runt puberteten, 16–22 år, och i åldern 57–60 år. Beroende på typ av hudförändring och lokalisation finns tre kategorier: lindrig, medelsvår och svår psoriasis.

Psoriasis är en underbehandlad sjukdom, och det finns stora regionala skillnader inom psoriasisvården med olika praxis när det gäller behandlingsutbud och tillgänglighet. Syftet med de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis är att minska dessa skillnader, och dokumentet innehåller rekommendationer inom följande områden:

- Icke-farmakologiska åtgärder
- Uppföljning och utredning
- Topikala behandlingar
- Specifik lokalisation
- Ljusbehandlingar
- Systemiska behandlingar

I dag betraktas psoriasis som en kronisk systemsjukdom där immunsystemet spelar en central roll. Den yttersta orsaken är ännu okänd, men ärftlighetsfaktorn är stark. Aktuell forskning har gett ny kunskap om inflammatoriska signalvägar, vilket banat väg för ny och effektiv behandling. I de här riktlinjerna tas ett samlat grepp om olika insatser vid psoriasis, och vikten av att de ges till rätt patientgrupp för att förebygga regionala skillnader och bristfällig kontinuitet, vårdplanering och uppföljning av behandlingen. Här tar myndigheten också upp frågeställningen om psoriasis och samsjuklighet, exempelvis att svår psoriasis är förknippat med kardiovaskulär och metabol sjukdom såsom hypertoni, diabetes, fetma och även depression. Det finns utmaningar inom psoriasisvården – liksom i vården för många andra kroniska sjukdomar – och därför är det viktigt att stärka samarbetet mellan primärvård, reumatologi och dermatologi vid psoriasis. Bland annat behövs rutiner för när i vårdkedjan olika specialister ska kopplas in.

De nationella riktlinjerna ska ge politiker, tjänstemän, verksamhetschefer i landstingen vägledning för beslut på gruppnivå, i det här fallet om vilka åt-

gärder och vilken vård som ska finnas tillgängliga för personer med psoriasis. Rekommendationerna kan användas som underlag för resursfördelning utifrån öppna och systematiska prioriteringar. Därför inkluderar de bedömningar av hur kostnader och organisation kan påverkas om rekommendationerna införs, utifrån en bild av hur verksamheterna bedrivs på nationell nivå i dag.

För att Socialstyrelsen ska kunna följa upp tillämpningen av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna har myndigheten tagit fram 10 indikatorer, varav några är övergripande indikatorer medan övriga indikatorer speglar ett urval av de centrala rekommendationerna. I den kommande utvärderingen, som kan sägas vara en baslinjeutvärdering, kommer myndigheten att beskriva i vilken mån landstingen jobbar i enlighet med rekommendationerna samt belysa de viktigaste aspekterna av god vård. Resultatet av utvärderingen kan sedan ge underlag för förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvården.

Detta är en remissversion av riktlinjerna – en slutlig version publiceras under våren 2019.



# Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid lindrig till svår psoriasis och är de första nationella riktlinjerna för psoriasisvård. Rekommendationerna gäller

- icke-farmakologiska åtgärder
- uppföljning och utredning
- topikal (lokal) behandling
- behandling vid specifik lokalisering
- ljusbehandling
- systemisk behandling.

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationer ur Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Med centrala rekommendationer menas rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation.
- En analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvårdens resultat och processer inom psoriasisvården. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna och speglar de viktigaste aspekterna av god vård.

*Stöd för styrning och ledning* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. De kompletta riktlinjerna finns på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

## Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen utarbetar kunskapsbaserade nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov och styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i vården och omsorgen genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller grupp av brukare. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I denna framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Bakgrunden till uppdraget är regeringens strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar [1] samt den förstudie som genomfördes av Socialstyrelsen under 2015 [2]. Förstudien tar upp att det finns stora praxisskillnader inom svensk psoriasisvård, att tillgången till effektiv behandling varierar mellan landstingen och att det till stor del saknas nationella kunskapsstöd.

## Användning och mottagare

Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när vården ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De kan också utgöra underlag när hälso- och sjukvården tar fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut som gäller enskilda personer. Utöver rekommendationerna måste hälso- och sjukvårdspersonalen ta hänsyn till individens särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella expertisen.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Andra viktiga mottagare är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

## Fokus på vissa åtgärder

Socialstyrelsens nationella riktlinjer omfattar i huvudsak åtgärder där hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten har ett särskilt stort vägledningsbehov. Det kan handla om kontroversiella åtgärder eller åtgärder där det finns praxisskillnader inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

Socialstyrelsen tar inte ställning till eller värderar åtgärder som inte omfattas av riktlinjerna. Däremot kan sådana åtgärder fångas upp i nationella och regionala vårdprogram för att täcka in hela vårdkedjan eller handläggningen.

## Samverkan med andra aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av frågeställningarna. Myndigheten har även samverkat med Läkemedelsverket i deras arbete med att revidera befintliga behandlingsrekommendationer för psoriasis från 2011 och uppdateringen beräknas vara klar våren 2019.

Förutom dessa myndigheter har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, patientorganisationer, specialist- och professionsföreningar och andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga medverkat. Sjukvårdshuvudmännen har genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK) nominerat experter till prioriteringsarbetet.

## Remissversion öppnar för diskussion

Detta är en remissversion av nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Syftet med att publicera en remissversion är att ge möjlighet för alla intressenter att ta ställning till och komma med synpunkter på Socialstyrelsens rekommendationer.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i ett antal regionala seminarier runt om i landet för att landsting och sjukvårdsregioner ska få möjlighet att diskutera hur rekommendationerna påverkar dagens vård. Det kan bland annat handla om vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser rekommendationerna får. Dessa diskussioner är sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna.

Den slutliga versionen av riktlinjerna kommer att publiceras i början av 2019.

## Om riktlinjeområdet

### Psoriasis

Psoriasis är en kronisk sjukdom som påverkar 2–4 procent av den västerländska populationen. Världshälsoorganisationen (WHO) har nyligen uppdaterat psoriasis till en allvarlig kronisk sjukdom. Psoriasis är lika vanligt hos kvinnor som hos män. Sjukdomen kan debutera när som helst i livet, men oftast före 30-årsåldern. Det innebär att många människor lever med psoriasis en stor del av sina liv. Läke-medelsverket skriver att det finns en tendens till två typer av psoriasis typ I som debuterar tidigt (hög ärftlighet) och typ II med debut efter 40 år (låg eller ingen ärftlighet). Det är inte ovanligt att barn och unga drabbas.

Psoriasis kan ge allt från relativt lindriga till mycket funktionsnedsättande besvär. Många gånger medför sjukdomen stor psykosocial påverkan och stigmatisering, vilket innebär en påtaglig nedsättning av livskvaliteten. Trots det är psoriasis en underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom.

Symtomen uppträder i första hand på huden, men psoriasis betraktas i dag inte enbart som en hudsjukdom utan som en kronisk systemsjukdom. Det står klart att immunsystemet spelar en central roll i utvecklingen av psoriasis och att det finns en stark ärftlighet, men trots det är den yttersta orsaken till sjukdomen ännu okänd. Omgivningsfaktorer såsom infektioner, psykisk påfrestning och ohälsosam livsstil kan utlösa och förvärra sjukdomen.

Många som drabbas av psoriasis har även högre risk att få andra sjukdomar med potentiellt allvarliga konsekvenser. Individer med svår psoriasis har exempelvis högre förekomst av riskfaktorer såsom högt blodtryck, diabetes, övervikt och höga blodfetter, vilket ger en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom.

### Olika typer och allvarlighetsgrad

Det finns olika former av psoriasis, bland annat plackpsoriasis och guttat psoriasis samt invers, pustulös och erythroderm psoriasis. Varianterna skiljer

sig åt i hur hudförändringarna ser ut och var på kroppen de förekommer. Diagnosen ställs utifrån utseende och lokalisation av förändringarna. Det finns en betydande överlappning mellan varianterna och den kliniska bilden kan variera under livets gång, men plackpsoriasis är allra vanligast och står för 80 procent av fallen.

Psoriasis kan delas in i lindrig, medelsvår och svår sjukdom. Bedömningen utgår från dels hur stor del av huden som är drabbad och hur allvarliga hudförändringarna är, dels hur mycket sjukdomen påverkar livskvaliteten. Den första aspekten kan bedömas med PASI (Psoriasis Area and Severity Index) och den andra med DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Psoriasis indelningen beskrivs här:

- lindrig psoriasis: PASI < 3, DLQI < 5
- medelsvår psoriasis: PASI 3–10, DLQI 5–10
- svår psoriasis: PASI > 10, DLQI > 10.

I vissa fall kan livskvaliteten påverkas kraftigt även om det inte är en så stor hudyta som är drabbad. Det gäller till exempel om hudförändringarna finns på händerna, i ansiktet eller genitalt.

En viss andel av personer med psoriasis får inte tillräckligt bra effekt av behandling. Det kallas då för svårbehandlad psoriasis.

## Vård vid psoriasis

Många personer med lindrig psoriasis omhändertas i primärvården och på psoriasisföreningarnas mottagningar, medan personer med svårare tillstånd får vård inom den specialiserade hudsjukvården. Det är viktigt med väldefinierade behandlingsmål för att optimera vården vid psoriasis och för att uppnå optimal sjukdomskontroll samt förbättring (PASI < 3 och DLQI < 5). Det är även viktigt att inte enbart behandla hudsymtomen utan att också uppmärksamma samsjuklighet, vilket kräver samarbete mellan dermatologer, reumatologer och allmänläkare.

Historiskt sett har behandling av psoriasis oftast följt en trappstegsmodell där första steget består av utvärtes behandling. Denna behandlingsstrategi medförde att det tog lång tid att uppnå effektiv behandling, framför allt för patienter med svår psoriasis. Det är en orsak till att många patienter har varit underbehandlade [3].

Förstahandsalternativet för alla patienter med lindrig psoriasis är behandling på de drabbade ställena på huden, det vill säga topikal behandling. Mjukgörande kräm och icke-farmakologisk behandling (i form av rökstopp, bra matvanor, fysisk aktivitet med mera – alltså behandling som inte involverar läkemedel) ingår i all behandling av psoriasis. Vid otillräcklig effekt av topikal behandling eller om sjukdomen är utbredd erbjuds vanligtvis ljusbehandling med kortvägig ultraviolett strålning (UVB).

Ljusbehandling ges på psoriasis-mottagningar och på hudmottagningar på sjukhusen. Psoriasis-mottagningar drivs dels i landstingens regi – vid sjukhusens hudkliniker och hudmottagningar eller på vårdcentraler – dels av Psoriasisförbundets regions-, läns- och lokalavdelningar. De senare är patientkooperativa anläggningar som ingår i den öppna vården.

Om topikal behandling eller ljusbehandling inte har tillräcklig effekt finns behandling med olika systemiska läkemedel. Systemisk behandling ges inom den specialiserade hudsjukvården, men eftersom psoriasis är en systemsjukdom behöver vården utgå från en helhetssyn. Även den vård som ges behöver fungera som en helhet, där olika kompetenser och åtgärder samordnas.

## Kvalitetsuppföljning

Sjukvården i Sverige har en lång tradition av kvalitetsuppföljningar med hjälp av nationella kvalitetsregister. Dessa register bidrar till högre kvalitet eftersom de möjliggör att vården kan följas upp på ett enhetligt sätt över hela landet.

PsoReg är det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis i dermatologisk sjukvård. Täckningsgraden är ännu låg, men målsättningen är att alla personer med medelsvår till svår psoriasis i Sverige ska finnas med i registret. Fokus ligger på att registrera biologisk behandling och andra systemiska behandlingar, men även uppgifter om levnadsvanor och genomförda undersökningar registreras. Med hjälp av registret kan man följa behandlingarnas effekt och biverkningar över tid och visa detta grafiskt, vilket underlättar en nationell uppföljning utifrån såväl ett brukarperspektiv som ett vårdgivarperspektiv.

## Avgränsning

I uppdraget att ta fram dessa riktlinjer ingår att ta fram rekommendationer för högst 50 frågeställningar inom psoriasisvården samt tillhörande indikatorer för ett urval av rekommendationerna.

I urvalet av frågeställningar har Socialstyrelsen eftersträvat att möta det aktuella behovet av vägledning för prioritering och resursfördelning inom vården av psoriasis. Fokus är att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Inför arbetet har därför en rad intressenter – såsom företrädare för sjukvårdshuvudmännen, Läkemedelsindustriföreningen (LIF), patientorganisationer och specialist- och professionsföreningar – getts möjlighet att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som bör ingå i riktlinjerna. Dialogmöten med intressenter visade bland annat att det finns praxisskillnader vid förskrivning av nyare och effektivare läkemedel samt brist på dialog mellan primärvården och dermatologin respektive reumatologin kring utredningar för diagnos [2].

Behandlingsåtgärder som är riktade specifikt till gravida och barn ingår inte i riktlinjerna. Däremot ingår en rekommendation om utredning av misstänkt psoriasis hos barn. Denna åtgärd syftar till att tidigt uppmärksamma och identifiera psoriasis, möjliggöra korrekt diagnos och rätt insatser från vården samt identifiera behov av psoriasisutbildning för barn och vårdnadshavare.

Behandling av psoriasisartrit ingår heller inte i dessa riktlinjer. Detta tillstånd ingår dock i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid rörelseor-

ganens sjukdomar, som är under revidering. Däremot ingår en rekommendation om utredning och undersökning vid misstänkt psoriasisartropati, för att uppmärksamma och identifiera detta tillstånd.

Socialstyrelsen har undersökt det vetenskapliga stödet för att minska sjukdomsgraden av psoriasis genom rökstopp, minskning av riskbruk av alkohol och stöd till viktnedgång genom hälsosamma kostvanor samt fysisk träning, men inte fått fram ett tillräckligt kunskapsunderlag för detta.

Riktlinjerna omfattar inte specifika rekommendationer för behandling med fumarsyra eller behandling av PPP (pustulosis palmoplantaris). Vidare ingår inte svårbehandlad psoriasis på naglar.

Områden där det finns föreskrifter eller andra typer av vägledning från Socialstyrelsen eller andra myndigheter ingår inte heller i riktlinjerna.

Socialstyrelsen har tittat på vilka riktlinjer som finns i andra länder, bland annat Danmark [4] och Storbritannien [5]. Dessa riktlinjer har ett visst lednings- och styrningsperspektiv men har vårdpersonal som främsta mottagare.

## Nationella utvärderingar

Socialstyrelsen följer upp tillämpningen av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inom vården och omsorgen. Syftet med utvärderingarna är att belysa i vilken mån rekommendationerna får genomslag, men även att belysa kvaliteten i vården och omsorgen. Utvärderingarna kan till exempel ge information om välfungerande områden såväl som förbättringsområden inom vården och omsorgen. De kan också utgöra underlag för framtida revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram en utvärdering av vården vid psoriasis. Den kan sägas vara en baslinjeutvärdering och utgår från de indikatorer som arbetats fram i remissversionen. Resultatet ska publiceras i en separat rapport våren 2019.

## Delaktighet, information och våra överväganden

För att ge personer med psoriasis, liksom personer med andra kroniska sjukdomar, bästa möjliga förutsättningar att vara delaktiga i sin vård behöver denna få välgrundad och individanpassad information om sitt hälsotillstånd och om den vård och behandling som står till buds. Informationen behöver anpassas till hans ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar såsom psykiska och sociala situation. Många personer med psoriasis är kraftigt påverkade av sin sjukdom, vilket ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen. Vårdgivaren behöver också ta hänsyn till personens hela sjukdomsbild och vårdbehov.

I Socialstyrelsens guide *Min guide till säker vård* [6] finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till säkrare vård. Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och*

*personal* [7] beskriver lagstiftning, föreskrifter och andra regler som gäller patientens ställning och möjlighet till information, delaktighet och kontinuitet.

När det gäller barn och unga med psoriasis är det särskilt viktigt att beakta vårdnadshavarnas delaktighet och ansvar i planeringen av vården, för att öka förutsättningarna för att behandlingen fullföljs. Samtidigt har barn och unga rätt att komma till tals och rätt till inflytande och självbestämmande angående sin egen vård och behandling. I vilken grad barnet kan fatta egna beslut och ha inflytande i vårdfrågor bedöms utifrån barnets mognad. Socialstyrelsens kunskapsstöd *Bedöma barns mognad för delaktighet* ger stöd i situationer där personal inom hälso- och sjukvården behöver göra en mognadsbedömning i samband med barns delaktighet [8].

När en person drabbas av en allvarlig sjukdom som kräver en avancerad behandling kan beskedet mottas med blandade känslor och ibland ge upphov till en upplevd kris. I dessa situationer kan patientens autonomi vara hotad, och för att stödja patienten att återta kontrollen över sin situation är det viktigt med individuellt anpassad information om sjukdomen och dess behandling. Autonomi måste dock alltid balanseras gentemot andra etiska principer, till exempel principen att inte skada.

Den etiska hållningen att göra gott kan ibland kompliceras om en behandling kan medföra olika risker för patienten. Dessutom kan situationen kompliceras ytterligare om patienten motsätter sig behandling. Ett exempel på detta är när hälso- och sjukvårdspersonalen anser att en behandling skulle vara bra för patientens hälsa eller livskvalitet, men patienten inte vill delta i behandlingen. Personalen ställs då inför svåra etiska val mellan att göra gott och att inte skada. Samtidigt måste de respektera patientens självbestämmande och integritet, och kan inte tvinga patienten att acceptera en oönskad behandling. Den enda etiska lösningen då är att ge saklig och välgrundad information så att patienten kan fatta ett beslut som är baserat på kunskap och medvetenhet om riskerna.

## Kompletterande kunskapsstöd

Lokala och regionala vårdprogram är dokument som riktar sig till vård- och omsorgsprofessionerna och som är tänkta som stöd för den individuella behandlingen. Bland kunskapsstöden finns

- Västra Götalandsregionens regionala medicinska riktlinje för psoriasis [9]
- Riktlinjer från professionsföreningen Svenska sällskapet för dermatologi och venerologi (SSDV)[10]
- Läke medelsverkets behandlingsrekommendationer för farmakologisk behandling från 2011 [11], som är under revidering och planerar att publiceras våren 2019
- Nationella rekommendationer om sjukskrivning vid psoriasis och andra hudsjukdomar i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [12]
- Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS), där det finns rekommendationer om fysisk aktivitet för personer med psoriasis [13].

## Samsjuklighet

Psoriasis är förknippat med betydande samsjuklighet. Vanligast är psoriasisartrit. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar* finns rekommendationer om behandling vid psoriasisartropati och psoriasisartrit [14].

Det är också vanligt med samsjuklighet i form av kardiovaskulär och metabol sjukdom såsom hypertoni, diabetes, fetma och även depression. En del åtgärder för dessa sjukdomar finns i andra riktlinjer. Rekommendationer om metoder för att stödja personer att förbättra sina levnadsvanor finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [15] och rekommendationer om vård vid depression finns i de nationella riktlinjerna för detta område [16]. Vidare finns rekommendationer om vård vid diabetes i riktlinjen för detta område [17] och om hjärtsjukdomar i riktlinjen för det området [18].

## Hjälpmedel

Personer med psoriasis kan drabbas av funktionsnedsättning. Det finns dock hjälpmedel som kan förbättra livskvaliteten för dessa personer på många sätt. Därför är individuellt anpassade hjälpmedel en viktig del i rehabiliteringen och ett stöd för att vardagslivet ska fungera.

På Socialstyrelsens webbplats finns material som syftar till att öka kunskapen och ge stöd i arbetet med hjälpmedelsförskrivning, se [www.socialstyrelsen.se/hjalpmedel](http://www.socialstyrelsen.se/hjalpmedel).

## Vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte få företräde eller rätt behandling, trots stora hälso- och vårdbehov. Det är dock inte en persons ålder som avgör om hen bör få en behandling eller inte, utan möjligheten att tillgodogöra sig den.

Äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet, kan dock påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att följa enskilda rekommendationer i riktlinjerna kan i vissa fall leda till felbehandling när det gäller äldre med psoriasis. Risken för felbehandling, såväl under- som överbehandling, är särskilt stor när en person lider av flera sjukdomar samtidigt och vården tillämpar rekommendationer från flera olika riktlinjer parallellt.

För att äldre med psoriasis ska få en god vård är det nödvändigt att anpassa riktlinjernas rekommendationer efter dessa personers särskilda förutsättningar. Vägledning om detta finns i dokumentet *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* som finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

## Agenda 2030

Agenda 2030 är samlingsnamnet på de nya globala utvecklingsmålen som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015. Deklarationen har en vision att utrota den globala fattigdomen och främja en hållbar framtid. En hållbar framtid förutsätter att de tre dimensionerna av hållbar utveckling (den



ekonomiska, den miljömässiga och den sociala) samverkar. Agendan har formulerat 17 globala utvecklingsmål som rör fattigdom och hunger, jämställdhet, ekonomisk tillväxt och miljöfrågor.

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur myndighetens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030. Dessa riktlinjer rör främst mål 3 i agendan – Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar – och specifikt delmål 3.4 och 3.8.

Delmålen 3.4 beskriver bland annat hur förebyggande insatser och behandling ska minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel. Delmål 3.8 beskriver att allmän hälso- och sjukvård ska åstadkommas för alla och tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet.

# Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv. De har också stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation. Rekommendationerna gäller åtgärder vid lindrig till svår psoriasis inom områdena:

- icke-farmakologiska åtgärder
- uppföljning och utredning
- topikal (lokal) behandling
- behandling vid specifik lokalisering
- ljusbehandling
- systemisk behandling.

För de rekommendationer som presenteras i detta kapitel beskrivs utmaningen inom psoriasisvården.

Samtliga rekommendationer redovisas i bilaga 1. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ned på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). Det är även möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökfunktion.

## Om rekommendationerna

### Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdspar. Sammantaget finns tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordningen 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 beskriver översiktligt de olika typerna.

**Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer**

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården bör, kan eller kan i undantagsfall erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har högst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten att sluta använda åtgärderna.

Metoden för rangordningsprocessen och kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagorna *Metodbeskrivning*, *Kunskapsunderlag* och

*Hälsoekonomiskt underlag.* Bilagorna finns att ladda ned på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/).

## Rekommendationer med rangordning 1–10

Socialstyrelsen formulerar rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården *bör, kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd. Syftet är att stödja mottagarna att tolka och tillämpa rekommendationer med rangordningen 1–10. Formuleringen *bör erbjudas* används för rekommendationer med rangordning 1–3, *kan erbjudas* för 4–7 och *kan i undantagsfall erbjudas* för 8–10.

## Rangordningen utgår från nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdspar utgår från den nationella modellen för prioriteringar [19]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen beaktar även hur starkt det vetenskapliga stödet för en åtgärds effekt är.

I vissa fall är det inte möjligt att uttala sig om en åtgärds effekt utifrån ett vetenskapligt underlag, på grund av att det vetenskapliga stödet saknas eller är otillräckligt. Då kan det i stället vara aktuellt att samla in bästa tillgängliga kunskap om en åtgärd i form av beprövad erfarenhet. För att göra det använder vi ett systematiskt konsensusförfarande.

## FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utveckling) om en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten, alternativt om en åtgärd har införts i vården eller omsorgen trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten. Verksamheterna följer dock hur åtgärden fungerar, och därigenom kan ny kunskap sammanställas. Det kan göras i form av forskning som är knuten till ett universitet eller som en lokal utvärdering utifrån registerdata om hur åtgärden används och vilka effekter som ses hos patienterna eller brukarna, till exempel i samverkan med en FoU-enhet.

## Särskilda förutsättningar i prioriteringsarbetet

De hälsoekonomiska analyserna av framför allt nya läkemedel har påverkats av att landstingen betalar olika priser för läkemedlen. Priserna bestäms av avtal som inte är offentliga och som ibland innehåller stora rabatter. Det medför att analyserna är förknippade med stor osäkerhet, vilket försvårat prioriteringen. Det finns alltså risk för att läkemedel har prioriterats på ett sätt som inte är relevant för ett enskilt landsting, eftersom landstingets rabattavtal kan göra att ett visst preparat blir betydligt mer kostnadseffektivt än vad som framgår av det underlag som använts i prioriteringen.

## Icke-farmakologiska åtgärder vid psoriasis

Alla insatser vid psoriasis bygger inte på läkemedel, utan icke-farmakologiska åtgärder är minst lika viktiga. Med utbildning och samtalsstöd får dessa patienter bättre förutsättningar för att både hantera och förbättras i sin sjukdom, och med genomgångar av riskfaktorer är det lättare att sätta in åtgärder i ett tidigt skede. En insats är klimatvård, där deltagarna får både utbildning, stöd och behandling i varmt klimat, och den kan ge betydande förbättring av tillståndet. Tillgången till psoriasisutbildning, regelbundna genomgångar och klimatvård varierar dock stort i landet.

### Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 25)*

Psoriasis är ofta associerat med samsjuklighet, såsom psoriasisartrit, kardiovaskulär och metabol sjukdom, övervikt, stress och psykologisk morbiditet. Hos många patienter med psoriasis framkommer ett riskbeteende vad gäller levnadsvanor som kost, fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion, vilket både kan försämra samsjuklighet och psoriasisjukdomen i sig. Psoriasisutbildning, inklusive råd om levnadsvanor för personer med psoriasis, kan leda till förbättring både vad gäller samsjuklighet, psoriasis-symtom och livskvalitet. Syftet med denna typ av utbildning är att ge personer med psoriasis ökade förutsättningar att ta kontroll över sin sjukdom.

Denna typ av åtgärd förutsätter ett samarbete mellan primärvården och hudkliniken. Primärvården utför kontroller och sätter in åtgärder, medan hudkliniken erbjuder utbildning som omfattar en genomgång av riskfaktorer som är kopplade till levnadsvanor. I dag görs inte den här typen av regelbundna kontroller i tillräcklig utsträckning, men om resurser avsätts för detta finns det möjlighet att förebygga allvarlig ohälsa.

### Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda individuell genomgång av riskfaktorer som är kopplade till levnadsvanor, till

personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att genomgången av riskfaktorer och levnadsvanor ger personerna stöd i att ta hand om sin sjukdom och hälsa. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

### **Rekommendationer**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda individuell genomgång av riskfaktorer som är kopplade till levnadsvanor till personer med svår psoriasis (*prioritet 2*).

## Klimatvård med vårdteam vid svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 18)*

Klimatvård med vårdteam i minst tre veckor innebär obligatorisk utbildning, UV-ljusbehandling och sjukgymnastledd fysiskt träning förlagd till varmt klimat. Utöver detta ingår standardiserad uppföljning på den remitterande mottagningen samt återbesök. Vårdteamet består ofta av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller hälsopedagog och i vissa fall psykolog och arbetsterapeut.

Utbildningen syftar till att ge personer med svår psoriasis ökade förutsättningar att ta kontroll över sjukdomen samtidigt som de får möjlighet att dela sina erfarenheter av att leva med en kronisk sjukdom. Under vårdtiden får varje deltagare ett individuellt träningsprogram bestående av såväl individuella aktiviteter som gruppaktiviteter. Ljusbehandlingen (UV/UVB-behandling) inom klimatvården genomförs med ett individuellt solschema, bedömt efter hudtyp och årstid. I utbildningen ingår även information om solens, ljusets och UVB-strålningens effekter, både positiva och negativa, samt om hur personer med svår psoriasis ska sola, så kallad terapeutisk solning.

Klimatvård omfattar standardiserad uppföljning på den remitterande mottagningen, med återbesök.

Åtgärden klimatvård riktar sig främst till personer med svår psoriasis som inte uppnår god läkning trots optimal farmakologisk behandling. Åtgärden riktar sig i första hand till personer som har ett särskilt behov av utbildning om psoriasis och erfarenhetsutbyte med andra om sin sjukdom samt har särskilt behov av fysisk aktivitet. Flera upplever även att de mår bättre psykiskt av klimatvård och att de har kommit igång med fysisk aktivitet samt har lättare att hantera sin sjukdom.

Möjligheten att få klimatvård varierar stort i landet, och vissa landsting erbjuder inte alls denna typ av vård. Fler personer med svår psoriasis har dock tillgång till effektiv farmakologisk behandling än tidigare. Därmed har de flesta deltagare i klimatvård i dag mindre allvarliga hudförändringar. Behov av utbildning och undervisning kvarstår dock, och personer med högt DLQI som medför svår psykosocial belastning har god effekt av klimatvård även om de har lägre PASI-värde (se indelning av psoriasis sjukdom i kapitel 1).

### Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda klimatvård med vårdteam i minst tre veckor, till personer med svår psoriasis som har otillräcklig effekt av andra behandlingsprinciper och särskilt behov av utbildning, förändrade levnadsvanor och fysisk aktivitet. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden ger bättre ökade förutsättningar för symtomlindring och minskad risk för framtida besvär. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

#### Rekommendationer

##### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda klimatvård med vårdteam i minst tre veckor till personer med svår psoriasis som har otillräcklig effekt av andra behandlingsprinciper och särskilt behov av utbildning, förändrade levnadsvanor och fysisk aktivitet (*prioritet 3*).

### Övriga rekommendationer inom området

Inom området icke-farmakologiska åtgärder finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- samtalsstöd vid psoriasis och låg livskvalitet
- psoriasisutbildning
- psoriasisutbildning för barn och för vårdnadshavare till barn med psoriasis
- stresshantering med KBT vid psoriasis och stress.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

### Uppföljning och utredning vid psoriasis

Psoriasis är en komplex sjukdom med potentiellt allvarliga följsjukdomar, så en initial utredning och kontinuerlig uppföljning av behandlingseffekt och status är en förutsättning för en jämlik vård och hälsa för personer med psoriasis. Det gäller både barn med misstänkt psoriasis och personer som har redan diagnostiserad psoriasis med nya besvär. Utan kontinuerliga bedömningar och modifierad behandling utifrån aktuell status kan dessa patienter få onödigt lidande och sänkt livskvalitet samt ökad risk för följsjukdomar.

Vid psoriasis drabbas upp till en tredjedel av smärta från leder och muskelfästen. Sambandet mellan svårighetsgraden av hudpsoriasis respektive ledbesvär är dock lågt: en person med utbredd psoriasis kan helt sakna ledbesvär medan hudsymtomen kan vara lindriga vid svår artrit.

Personer med svår psoriasis har ökad risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar och högre frekvens av kardiovaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen. Med kontroller av riskfaktorer är det lättare att sätta in åtgärder i ett tidigt skede.

Psoriasis kan debutera i alla åldrar, och debut hos barn och ungdomar är inte ovanligt. Det kan dock vara svårt att säkerställa diagnosen hos yngre barn som har begränsat utbredda symtom. Vid misstänkt psoriasis hos barn och ungdomar bör därför en remiss skrivas till en hudläkare för bedömning.

## Utvärdering vid svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 23 och 33)*

De somatiska och psykologiska aspekterna av psoriasis medför ofta en betydande nedsättning av livskvaliteten hos personer med psoriasis. Många patienter är inte nöjda med sin behandling trots regelbunden kontakt med en hudläkare [3, 20-22]. Nu rekommenderas ett nytt behandlingsschema som utgår från svårighetsgraden av patientens psoriasis mätt med PASI (Psoriasis Area and Severity Index) och påverkan på livskvaliteten bedömd med DLQI (Dermatology Life Quality Index) [10]. För att behandlingen ska ses som framgångsrik bör patienten ha ett PASI-värde under 3 och ett DLQI-värde under 5. Vid systemisk behandling utvärderas behandlingen ofta genom regelbundna uppföljningar enligt denna modell, för att bedöma effekt och eventuella biverkningar av behandlingen. Sådan strukturerad utvärdering är relevant även vid andra typer av behandling.

Med hjälp av strukturerade utvärderingar av behandlingseffekten kan behandlingen anpassas efter tillståndets svårighetsgrad och livskvalitetspåverkan. Även en psoriasis som inte är så utbredd kan svara dåligt på utvärtes behandling och väsentligt minska patientens livskvalitet, och behandlingen behöver då utformas utifrån detta. För patienter med svår utbredd psoriasis är det heller inte tillräckligt med endast utvärtes behandling, och konventionell systemisk behandling eller ljusbehandling kan behövas redan tidigt i behandlingsförloppet. Vid samsjuklighet kan samarbete med allmänläkare och andra specialister behöva initieras utan dröjsmål.

Kopplingen mellan psoriasis och förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdom har uppmärksammats inom forskningen på senare tid. Vid svår psoriasis är högt blodtryck, diabetes, höga blodfetter och fetma (så kallat metabolt syndrom) vanligare än hos den övriga befolkningen. Det medför en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom. Det finns också studier som pekar på att psoriasis i sig kan utgöra en oberoende riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom. Det är därför värdefullt att undersöka om personer med psoriasis har dessa riskfaktorer, för att försöka påverka sjukdomsutvecklingen i ett tidigare skede.

## Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda strukturerad utvärdering av behandlingseffekter med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor, och att åtgärden förbättrar patientens delaktighet i vården och ger ett underlag för att optimera behandlingen. Det vetenskapliga underlaget

är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda återkommande utvärderingar av kardiovaskulära riskfaktorer till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor, och att återkommande utvärderingar förbättrar möjligheten att upptäcka behandlingsbara riskfaktorer.

### **Rekommendationer**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument till personer med svår psoriasis (*prioritet 2*)
- erbjuda återkommande utvärderingar av kardiovaskulära riskfaktorer till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*).

## Utredning av misstänkt psoriasisartropati

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 34)*

Ungefär en tredjedel av alla med psoriasis får problem med leder eller muskelfästen. Ledproblemen orsakar ofta smärta, stelhet och rörelsehinder, och i sin allvarligaste form utvecklas ledproblemen till psoriasisartrit. Sjukdomsbilden skiljer sig mycket mellan olika individer. Den kan vara lindrig, övergående och drabba ett fåtal leder, men den kan också vara mycket aggressiv och drabba flera leder.

De vanligaste symtomen vid psoriasisartrit eller psoriasisartropati är stelhet, smärta, svullna leder och ömhet över ledkapsel, muskel- och senfästen samt trötthet som är orsakad av inflammation. Lederna kan angripas och brytas ned av sjukdomen, så kallad leddestruktion. Om sjukdomen inte behandlas kan det leda till en permanent funktionsnedsättning.

### *Motivering till rekommendationen*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda utredning av psoriasisartropati till personer med psoriasis när vården misstänker detta tillstånd. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är stor och att korrekt diagnos möjliggör att rätt behandling sätts in. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda utredning av psoriasisartropati till personer med misstänkt psoriasisartropati (*prioritet 3*).



## Dermatologisk specialistbedömning av barn med misstänkt psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 36)*

Hudförändringar hos barn är ofta svåra att skilja från annan hudsjukdom, vilket gör det svårt att ställa diagnosen psoriasis hos barn. På grund av detta är det värdefullt att erbjuda en specialistbedömning som ökar möjligheten till rätt diagnos och lämplig behandling.

Eftersom psoriasis ofta är en kronisk sjukdom kan den väcka många frågor även hos närstående. I samband med en specialistbedömning är det lämpligt att skapa utrymme för att bemöta och diskutera sådana frågor.

### *Motivering till rekommendationen*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda en dermatologisk specialistbedömning till barn med misstänkt psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är stor och att en dermatologisk specialistbedömning ger grunden för en korrekt diagnos och rätt insatser från vården. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda en dermatologisk specialistbedömning till barn med misstänkt psoriasis (*prioritet 3*).

## Topikala behandlingar

Lokalbehandling är förstahandsbehandling för de flesta personer med lindrig till medelsvår psoriasis. De vanligaste topikala medlen vid psoriasis är mjukgörande medel, steroider, vitamin D3-analog och lokala immunmodulerare. Effekten är avfjällande, antiinflammatorisk och antiproliferativ.

Lokala steroider, så kallade glukokortikoider (kortisonpreparat), introducerades på 1950-talet och förbättrade då behandlingsmöjligheterna avsevärt. Dessa indelas i grupper från I till IV efter styrka. Ju starkare preparat, desto större effekt, men också desto större risk för biverkningar. Den vanligaste biverkan är att huden blir tunn och skör.

I början av 1990-talet introducerades vitamin D-analog (kalcipotriol) som singelbehandling och i början av 2000-talet lanserades en kombination med betametason som är en grupp III-steroid. I dag betraktas kombinationspreparatet (kalcipotriol och betametason) ofta som förstahandsmedel, men glukokortikoid grupp III (utan kombinationen med kalcipotriol) har också en viktig plats i behandlingen av psoriasis.

## Steroider grupp III som enskild behandling eller i kombination med kalcipotriol vid medelsvår till svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 3a och 5a)*

Valet av kortisonpreparat och behandlingstid beror på patientens ålder, sjukdomens svårighetsgrad och den drabbade kroppsregionen. Glukokortikoider grupp III–IV används vid psoriasis utvärtes på kroppen.

Hälso- och sjukvården har lång klinisk erfarenhet av glukokortikoid grupp III vid psoriasis, och steroider grupp III betraktas sedan länge som basbehandling. Förskrivningen har dock minskat under de senaste åren till förmån för kombinationspreparat med kalcipotriol. Grupp III-steroider i singelterapi har dock ett betydligt lägre pris och utgör ett alternativ till kombinationspreparatet.

Lokal applikation av kombinationen kalcipotriol och betametason är ett vanligt förstahandsmedel för lokalbehandling av lindrig, medelsvår eller svår psoriasis. Kalcipotriol är en syntetisk vitamin D3-analog som penetrerar hudbarriären. Den exakta mekanismen är inte klarlagd, men kalcipotriol hämmar celldelningen och har immundämpande effekter. Betametason är en grupp III-steroid som penetrerar hudbarriären och dämpar klåda och inflammation samt hämmar celldelningen.

Det har även diskuterats om kalcipotriol i kombinationspreparatet skyddar mot atrofi av huden, men ännu finns det inte tillräckligt med vetenskapligt stöd för detta.

Kombinationsbehandlingen har ersatt kalcipotriol som singelterapi då detta inte har kunnat förskrivas i Sverige under de senaste åren. Många individer som tidigare upplevt god effekt av kalcipotriol och som önskat ett kortisonfritt alternativ har därför satts över på kombinationspreparatet.

Kombinationspreparatet kalcipotriol och betametason medför en betydligt högre kostnad jämfört med singelbehandling med grupp III-steroid. Huruvida kombinationsbehandlingen är kostnadseffektiv beror på hur stor nytta av åtgärden är i förhållande till kostnaden. Det finns risk att åtgärden överutnyttjas.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda steroider grupp III till personer med medelsvår till svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad, att åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis och att kostnaden är låg. Det finns en lång klinisk erfarenhet av åtgärden och är en basbehandling vid psoriasis.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda steroid och kalcipotriol i kombination (i form av salva, gel eller skum) till personer med medelsvår till svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttligt bättre effekt på läkning av psoriasis, jämfört med lokala steroider, men till en mycket högre kostnad.

## Rekommendationer

### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda steroider grupp III till personer med medelsvår till svår psoriasis (*prioritet 3*).

### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda steroid och kalcipotriol i kombination (i form av salva, gel eller skum) till personer med medelsvår till svår psoriasis (*prioritet 7*).

## Övriga rekommendationer inom området

Inom området finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- mjukgörare vid lindrig psoriasis
- mjukgörare vid medelsvår till svår psoriasis
- steroider grupp IV vid medelsvår till svår psoriasis
- steroider grupp IV vid lindrig psoriasis
- steroider grupp III vid lindrig psoriasis
- kalcipotriol vid medelsvår till svår psoriasis
- kalcipotriol vid lindrig psoriasis
- steroid och kalcipotriol i kombination (i form av salva, gel eller skum) vid lindrig psoriasis.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

## Specifik lokalisation

Psoriasis som är lokaliserad till vissa specifika kroppsregioner, till exempel hårbotten, ansikte, hudveck, underliv, naglar och fötter, är tillstånd som ofta kräver specifika behandlingsåtgärder.

### Medicinsk fotvård vid svår psoriasis på fötterna

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 37)*

Psoriasis kan förekomma på fötterna som rodnade och fjällande områden. Ofta är huden förtjockad med sprickor, vilket medför ömma fotsulor och ibland gångsvårigheter. Svår psoriasis på fötterna kan vara funktionshinderande.

Medicinsk fotvård utförs av medicinska fotterapeuter. Åtgärden kan förebygga svårläkta sår, felställningar och gångsvårigheter och är av stor vikt för patienter med svår psoriasis på fötterna.

Subventionen av fotvård vid svår psoriasis varierar över landet, vilket medför att många inte får möjlighet till den behandling som kan bidra till minskade besvär och ibland läkning. Fotvård betraktas därför som en underutnyttjad åtgärd och konsekvensen blir en ökad risk för bland annat hudsprickor, sår och eventuellt gångsvårigheter.

Medicinsk fotvård betraktas som ett viktigt behandlingskomplement till farmakologisk behandling av svår psoriasis på fötterna.

#### *Motivering till rekommendationen*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda medicinsk fotvård till personer med svår psoriasis på fötterna. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt på aktivitetsförmåga och delaktighet samt förbättrar den upplevda livskvaliteten. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

#### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda medicinsk fotvård till personer med svår psoriasis på fötterna (*prioritet 3*).

### Grupp III–IV-steroid vid psoriasis i hårbotten

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 38)*

Psoriasis debuterar ofta i hårbotten. Uttalad fjällning med klåda är vanligt och medför stort obehag för individen. Psoriasisfläckarna sitter ofta nära hårfästet vid öronen, i pannan eller i nacken. I vissa fall finns psoriasis enbart i hårbotten, men det kan också sträcka sig utanför hårfästet. Psoriasis i hårbotten är ofta svårbehandlat och kräver tålamod och hög följsamhet till behandlingen. Det är ofta nödvändigt med underhållsbehandling för att besvären inte ska komma tillbaka. I hårbotten är risken för biverkningar av kortison inte så stor, så det fungerar bra med långvarig steroidbehandling.

Steroid grupp III eller IV i lösning alternativt kutan emulsion är förstahandsmedel vid behandling av psoriasis i hårbotten. Vid otillräcklig effekt av lokal steroidbehandling är en kombination av calcipotriol och betametason ett alternativ, dock till en högre kostnad.

#### *Motivering till rekommendationen*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda grupp III–IV-steroider till personer med psoriasis i hårbotten. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, att åtgärden har en stor effekt på läkning och att kostnaden är låg.

#### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda grupp III–IV-steroider till personer med psoriasis i hårbotten (*prioritet 3*).

## Övriga rekommendationer inom området

Inom området finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- grupp III–IV-steroid och kalcipotriol vid psoriasis i hårbotten
- takrolimus vid psoriasis i ansiktet
- grupp I–II-steroid vid psoriasis i ansiktet
- grupp II–III-steroid vid invers psoriasis
- takrolimus och pimekrolimus vid invers psoriasis.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

## Ljusbehandlingar

Solljusets gynnsamma effekt på olika hudsjukdomar har länge varit känd och ljusbehandling har använts medicinskt vid hudförändringar såsom psoriasis sedan början av 1900-talet. I dag är ljusbehandling en vanlig behandlingsmetod vid sjukhusets hudkliniker, psoriasisföreningens behandlingsanläggningar och särskilda anläggningar för psoriasisbehandling i vissa landsting.

Medicinskt ljus delas upp i UVA (långvågigt UV-ljus, används i vanliga solarier) och UVB (kortvågigt UV-ljus). Vid psoriasis är det generellt sett bara UVB-ljuset som har en läkande effekt på hudutslagen, förutom när UVA-ljus kombineras med psoralen (PUVA). PUVA står för psoralen och UVA, och innebär en kombination av ämnet psoralen och långvågig ultraviolett strålning (UVA).

Det finns en lång klinisk erfarenhet av PUVA-handling, sedan 1970-talet. Behandlingen ges under begränsad tid och enligt ett särskilt behandlingsprotokoll vid svårbehandlad psoriasis då effekten av annan behandling är otillräcklig. Framför allt vid utbredd psoriasis är PUVA-behandling effektivare än UVB-behandling, och den kan ges peroralt eller topiskt i form av bad. Psoralen gör huden mer ljuskänslig för det ultravioletta ljuset. PUVA-behandling kan öka risken för hudcancer om den ges många gånger.

Buckybehandling är en form av ljusbehandling som har använts världen över sedan 1920-talet för behandling av psoriasis. Den är en yttlig röntgenstrålning, som även kallas för mjukröntgen, och behandlingen ges när annan ljusbehandling eller topiska medel inte ger tillräcklig effekt, till exempel vid besvärlig psoriasis i hårbotten, vid öronen eller i underlivet. Risken för hudcancer bedöms som låg om den totala dosen ljusbehandling begränsas och det går minst sex månader mellan behandlingstillfällena.

Neotigason är en retinoid som kemiskt sett liknar A-vitamin. Det kan ges i kombination med UVB (Re-UVB). Medlet är fosterskadande och ska inte ges till kvinnor i fertil ålder.

Det finns faktorer som spelar in när man ska planera resurser för ljusbehandling. En sådan faktor är att patienten ska ha möjlighet att ta sig till mottagningen ofta, kanske tre gånger per vecka. I dagsläget är dock tillgången till mottagningar i landet begränsad. En annan faktor är att behandlingen inte passar alla. Personer med olika typer av funktionsnedsättningar kan ha svårt att stå i en ljusbox så länge som behandlingen kräver.

## Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 7)*

Metoden har använts i mer än 50 års tid och ingår nu bland standardterapierna. Ljusbehandling med UVB är ofta nästa steg i behandlingstrappan vid otillräcklig effekt av lokalbehandling och kan användas till personer som av olika anledningar inte kan eller vill använda systemisk läkemedelsbehandling.

Behandlingen ges tre gånger per vecka och för att bli utläkt behövs oftast 15 till 25 behandlingstillfällen. På mottagningar finns vårdpersonal som hjälper till med rådgivning, insmörjning med mera i samband med behandlingen.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda ljusbehandling med UVB till personer med medelsvår till svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är stor att ljusbehandling med UVB har stor effekt på läkning av psoriasis och att åtgärden är ett alternativ till systemisk läkemedelsbehandling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

### **Rekommendationer**

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda ljusbehandling med UVB till personer med medelsvår till svår psoriasis (*prioritet 3*).

## Övriga rekommendationer inom området

Inom området finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- Buckybehandling vid svårbehandlad lokaliserad psoriasis
- Re-UVB vid medelsvår till svår psoriasis
- PUVA vid svårbehandlad psoriasis med otillräcklig effekt av annan behandling.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

## Systemiska behandlingar

Vid psoriasis där topikal behandling och eventuell ljusbehandling inte ger tillräcklig effekt används systemisk behandling i form av tabletter eller injektioner. Det finns både syntetiska och biologiska läkemedel för systemisk behandling.

De syntetiska består av små molekyler som kan framställas i exakta kopior genom kemisk syntes. När ett syntetiskt läkemedel förlorat sitt patentskydd kan de produceras generiska läkemedel (generika) som innehåller exakt

samma molekyl som originalet och referenspreparat. Det vanligaste syntetiska läkemedlet för systemisk behandling är metotrexat.

De biologiska läkemedlen består av stora och komplexa molekyler, oftast antikroppar som är riktade mot inflammationsprocessen i kroppen. Antikropparna måste produceras i levande celler, därav benämningen ”biologiska” läkemedel. När dessa läkemedel har förlorat sitt patentskydd går det ändå inte att producera en exakt likadan molekyl, som man kan göra med ett syntetiskt läkemedel. Det går dock att få fram en väldigt lik molekyl, en så kallad biosimilar. I dag finns det biosimilarer för TNF-alfa-hämmarna infliximab och etanercept i Sverige. Under 2018 tillkommer också generika för adalimumab.

## Metotrexat vid svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 11)*

Metotrexat är ett läkemedel som har använts i flera decennier. Det är fortfarande den mest använda systemiska behandlingen av psoriasis i Sverige, trots att det vetenskapliga underlaget för metotrexat baseras på relativt få studier. Det beror sannolikt på att det inte genomförs särskilt många randomiserade och kontrollerade kliniska prövningar för ett läkemedel som varit godkänt så länge. De studier som finns tyder dock på att metotrexat har en betydligt sämre effekt vid svår psoriasis än biologiska läkemedel.

Metotrexat för behandling av psoriasis kan ges dels som tablett, dels som injektion. Både traditionell tablettbehandling och modern injektionsbehandling är i dag viktiga behandlingsalternativ för patienter med svår psoriasis. Biverkningar såsom illamående, kräkningar eller förhöjda levervärden kan vara dosbegränsande. På lång sikt behöver särskilt risken för leverpåverkan kontrolleras.

### Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda metotrexat till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har stor effekt och att kostnaderna är låga. Det finns en lång klinisk erfarenhet av åtgärden men den kräver regelbunden monitorering.

### Rekommendation

*Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda metotrexat till personer med svår psoriasis (*prioritet 2*).

## TNF-alfa-hämmare vid svår psoriasis

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 14a–c)*

De biologiska läkemedel som är godkända för behandling av psoriasis är riktade mot antingen tumörnekrosfaktor alfa (infiximab, etanercept och adalimumab) eller interleukiner (ustekinumab, sekukinumab och ixekizumab).

Sedan början av 2000-talet har det kommit nya, allt bättre biologiska psoriasisläkemedel. Utvecklingen fortsätter och redan i dag finns kliniska studier med ännu inte godkända preparat som visar mycket god effekt. Det är dock endast en liten andel av alla med psoriasis som får tillgång till biologiska läkemedel, och det finns tecken på att tillgången är ojämlig.

Biologiska läkemedel har vanligtvis ett högre pris än syntetiska läkemedel och används om syntetiska läkemedel inte har tillräckligt stor effekt eller om patienten av någon anledning inte tål dem. Behandling med biologiska läkemedel kombineras ibland med andra systemläkemedel, framför allt med metotrexat.

Effekten av psoriasisläkemedel mäts i hur stor andel av patienterna som får en viss grad av förbättring. Ofta används måttet PASI 90, som avser en 90-procentig förbättring av psoriasis enligt PASI-skalan.

Infliximab har bra effekt på psoriasis, och en hög andel patienter uppnår en kliniskt relevant effekt efter 10 veckors behandling. Enligt kunskapsunderlaget var det 52 procentenhet fler som uppnådde PASI 90 jämfört med placebo. Även livskvaliteten förbättrades på ett för patienten betydelsefullt sätt, enligt de två studier i underlaget som undersökt detta. Jämfört med andra systemiska behandlingar, syntetiska såväl som biologiska, har infliximab dock en praktisk nackdel som påverkar resursåtgången: behandlingen ges som infusion. För patienten innebär det att livet påverkas mer jämfört med behandlingar som går att sköta på egen hand hemma. Från vårdens sida krävs också större insatser i form av vårdplatser och personal.

Etanercept har tillräcklig effekt på svår psoriasis efter 12 veckor. Enligt kunskapsunderlaget var det 22 procentenheter fler som uppnådde PASI 90 jämfört med placebo. Några studier har redovisat resultat för behandlingseffekter på livskvalitet, som sammantaget visar att etanercept bidrar till en bättre livskvalitet efter 3–6 månader. Endast två resultat har tillräcklig tillförlitlighet för myndigheten ska kunna uttala oss om en specifik effektstorlek. Övriga resultat överensstämmer med och stärker bilden av en kliniskt relevant förbättring.

Etanercept är den enda TNF-alfa-hämmare som prövats på barn med svår psoriasis. Resultaten överensstämmer med effekterna vid behandling av vuxna: etanercept hade tillräckligt effekt på psoriasis och på livskvaliteten efter 12 veckor hos studiedeltagarna, som var mellan 4 och 17 år gamla. Studien var dock för liten och otillräcklig för att i sig kunna leda till några säkra slutsatser. Etanercept ges som subkutan injektion, antingen med förfylld penna eller med spruta som patienten efter kort opplärning kan fylla och ge sig själv i hemmet. En marginellt högre andel patienter kan få hudreaktioner vid instickstället jämfört med behandling med övriga TNF-alfa-hämmare.

Adalimumab har tillfredsställande effekt efter 12–16 veckor. Enligt kunskapsunderlaget var det 38 procentenheter fler som uppnådde PASI 90 jämfört med placebo. Även livskvaliteten förbättrades på ett för patienten betydelsefullt sätt. Adalimumab ges som subkutan injektion, antingen med en förfylld injektionspenna eller med en spruta som användaren fyller på egen hand. Patienten kan efter instruktion hantera och administrera läkemedlet på egen hand hemma.



### Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda etanercept till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har stor effekt och att tillgång till biosimilarer innebär lägre kostnader än för adalimumab.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda adalimumab till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har en bättre effekt och att fler patienter får en utläkt hud jämfört med behandling med etanercept. Kostnaden för behandlingen är dock högre än för alternativen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda infliximab till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har en bättre effekt och att fler patienter får en utläkt hud jämfört med behandling med etanercept. Behandlingen kräver dock besök hos vårdgivare vilket tar tid för patienten och kräver ökade resurser från hälso- och sjukvården.

#### Rekommendationer

##### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda etanercept till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*)
- erbjuda adalimumab till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*).

##### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda infliximab till personer med svår psoriasis (*prioritet 4*).

### IL-12/23-hämmare (ustekinumab) vid svår psoriasis

*(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 16)*

Ustekinumab är en IL-12/23-hämmare som används för behandling av patienter med svår psoriasis. Ustekinumab ges som subkutan injektion och efter instruktion kan patienten hantera behandlingen på egen hand hemma. Efter de första 12 veckorna är behandlingen en injektion var tredje månad.

Nedan beskrivs vad kunskapsunderlaget säger om effekten av läkemedlet jämfört med placebo. Även här mäts effekten i hur stor andel av patienterna som får en 90-procentig förbättring av sin psoriasis enligt PASI-skalan. Ustekinumab har tillfredsställande effekt jämfört med placebo efter 12 veckor. Enligt kunskapsunderlaget uppnådde 44 procentenheter fler PASI 90 jämfört med placebo. Även livskvaliteten förbättrades på ett för patienten betydelsefullt sätt.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av systemisk behandling med ustekinumab jämfört med metotrexat eller TNF-alfa-hämmare (etanercept), vid medelsvår till svår psoriasis.

### Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda ustekinumab till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att fler patienter får en utläkt hud jämfört med behandling med etanercept. Kostnaden för behandlingen är dock för tillfället högre än för alla andra biologiska läkemedel.

#### **Rekommendation**

*Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda ustekinumab till personer med svår psoriasis (*prioritet 4*).

### IL-17-hämmare vid svår psoriasis

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 15b–c)*

Sekukinumab och ixekizumab är IL-17-hämmare som används för behandling av personer med svår psoriasis. Kliniska prövningar har visat att fler patienter som behandlats med IL-17-hämmare blir besvärsfria jämfört med patienter som behandlats med TNF-alfa-hämmare. Dock har IL-17-hämmares långtidseffekter inte kunnat utvärderas fullt ut på grund av kortare tid på marknaden.

Sekukinumab har bra effekt på svår psoriasis och en hög andel patienter uppnår en kliniskt relevant förbättring, och till och med remission, efter 12 veckor. Enligt kunskapsunderlaget var det 56 procentenheter fler som uppnådde PASI 90 jämfört med placebo. Sekukinumab har också jämförts med etanercept. Enligt kunskapsunderlaget uppnådde 33 procentenheter fler PASI 90 i denna jämförelse. Däremot saknas tillräckligt underlag för att dra säkra slutsatser om effekten på livskvalitet.

Jämförelsen mellan behandling med sekukinumab och behandling med TNF-alfa-hämmaren etanercept visar att sekukinumab har bättre effekt och att en betydligt större andel av sekukinumab-behandlade patienter uppnår kliniskt relevant förbättring efter 12 veckor. Även här saknas tillräckligt underlag för att dra några slutsatser om livskvalitet.

Sekukinumab ges som subkutan injektion, med hjälp av en förfylld injektionspenna eller spruta, och patienten kan efter instruktion hantera och administrera läkemedlet på egen hand hemma.

Ixekizumab har bra effekt på svår psoriasis och en hög andel patienter uppnår en kliniskt relevant förbättring efter 12 veckors behandling. Enligt kunskapsunderlaget var det 69 procentenheter fler som uppnådde PASI 90 jämfört med placebo. Ixekizumab har också jämförts med etanercept. Enligt kunskapsunderlaget uppnådde 47 procentenheter fler PASI 90 vid denna jämförelse. Även livskvaliteten förbättrades på ett för patienten betydelsefullt sätt.

Jämförelsen mellan behandling med ixekizumab och behandling med TNF-alfa-hämmaren etanercept visar att ixekizumab har bättre effekt än etanercept, och betydligt fler ixekizumab-behandlade patienter uppnår kliniskt relevant förbättring efter 12 veckor. Ixekizumab har en något bättre effekt även på livskvalitet.

Ixekizumab ges som subkutan injektion (varannan vecka) antingen med hjälp av en förfylld penna eller med en spruta som användaren fyller på egen hand. Patienten kan efter instruktion hantera och administrera läkemedlet på egen hand hemma.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att jämföra effekterna av de olika IL-17-hämmarna med behandlingsalternativet metotrexat samt effekten av systemisk behandling med sekukinumab jämfört med TNF-alfa-hämmaren etanercept på livskvalitet vid svår psoriasis.

#### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda ixekizumab eller sekukinumab till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, att fler patienter får en utläkt hud jämfört med behandling med etanercept men att kostnaden för behandlingen är högre än med etanercept och den kliniska erfarenheten är begränsad.

#### **Rekommendationer**

##### *Hälso- och sjukvården kan*

- erbjuda ixekizumab eller sekukinumab till personer med svår psoriasis (*prioritet 4*).

#### Övriga rekommendationer inom området

Inom området finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- tidig insättning av systemisk behandling vid psoriasis
- acitretin vid svår psoriasis
- apremilast vid svår psoriasis.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

# Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda patienterna den bästa vården.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen beräkningar för de rekommendationer som kan förväntas innebära större konsekvenser för hälso- och sjukvården. I remissversionen har tillgången på data för att beskriva nuläge och behov av förändring begränsat beskrivningarna av konsekvenser för rekommendationerna till dem för topikala behandlingar, ljusbehandling samt systemiska behandlingar.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått rangordning 5 (till exempel på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just den brukaren. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ned resurserna.

De ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna som beskrivs i detta kapitel kommer att kompletteras efter att de regionala seminarierna genomförts under våren 2018, och publiceras i den slutliga versionen av riktlinjerna. Syftet med dessa seminarier är bland annat att sjukvårdsregionerna får redovisa sina analyser av vilka konsekvenser rekommendationerna kommer att innebära för dem.

## Sammanfattning av konsekvenserna

De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården eftersom användningen av åtgärderna kan öka jämfört med nuvarande användning. Kostnaderna för hälso- och sjukvården förväntas öka på kort och på lång sikt. Storleken på kostnadsökningarna går dock inte att beräkna. Det beror på att faktiska priser för vissa biologiska läkemedel inte är transparenta till följd av rabattavtal med landstingen. Kostnaden på längre sikt är också svår att beräkna då prisbilden kan ändras inom kommande år i och med introduktion av fler biosimilarer.

Tabell 1 sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader på kort respektive lång sikt för några av de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt beroende på skillnader i nuvarande användning av åtgärder. Med kort sikt av-

ses den förväntade kostnadsutvecklingen under det första året från att riktlinjerna träder i kraft. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från år två och framåt. Till exempel bedöms rekommendationerna om topikal behandling med sterioder grupp III vid medelsvår och svår psoriasis ge ökade kostnader under det första året som sedan planar ut på denna högre nivå.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna för biologiska läkemedel ger ökade kostnader under det första året utifrån gällande priser. Detta eftersom antalet personer med svår psoriasis och biologisk behandling förväntas öka. Det saknas underlag för att beräkna hälso- och sjukvårdens faktiska kostnader för biologiska läkemedel i behandlingen av personer med psoriasis eftersom landstingen ensamma eller tillsammans har kompletterande avtal med icke-offentliga rabatter för flera av läkemedlen inom gruppen. De priser som rapporteras offentligt överskattar därför den totala kostnaden och även storleken på en förväntad kostnadsökning när fler får biologiska läkemedel.

På lång sikt finns det en ökande konkurrens mellan olika typer av biologiska läkemedel, dels på grund av biosimilarer för enskilda TNF-alfahämmare, och dels genom en möjlig prispress mellan olika substanser. Det är därför möjligt att ett ökat antal personer med biologisk behandling inte ökar de totala kostnaderna i motsvarande utsträckning. Rabatter på en typ av biologiska läkemedel, TNF-alfahämmare, kan även påverka användningen av den andra typen av biologiska läkemedel, de nyare interleukinhämmarna. Detta kan ske på två sätt: frigjorda resurser kan öka totala antalet personer som får biologisk behandling i någon form, men också genom att den relativa prisförändringen gör interleukinhämmarna förhållandevis dyrare och mindre kostnadseffektiva än tidigare i relation till TNF-alfahämmarna.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna för övriga systembehandlingar kommer att minska kostnaderna med över 30 miljoner kronor för hälso- och sjukvården eftersom användningen av apremilast kan minska samtidigt som uttag av acitetrin förväntas vara oförändrat. Användningen av metotrexat förväntas öka, men hälso- och sjukvårdens kostnadsökning blir begränsad på grund av den relativt låga behandlingens kostnaden på cirka 1 700 kronor per person och år.

Rekommendationerna för topikala behandlingar förväntas leda till en omfördelning av resursanvändningen inom gruppen personer med psoriasis så att personer med lindrig psoriasis endast i undantagsfall förskrivs mjukgörare inom läkemedelsförmånen. Däremot bedömer Socialstyrelsen att det totala uttaget av mjukgörare kan öka med målsättningen att alla med medelsvår och svår psoriasis erbjuds åtgärden. Det skulle innebära att kostnaderna för hälso- och sjukvården för mjukgörare ökade med 6,8 miljoner kronor.

Socialstyrelsen bedömer att användningen av steroider kan öka med 20 procent vid psoriasis vilket skulle innebära att kostnaderna ökade med 3,7 miljoner kronor för hälso- och sjukvården. Rekommendationerna om steroid och kalcipotriol i kombination vid lindrig psoriasis bedöms kunna minska hälso- och sjukvårdens kostnader med 8,4 miljoner kronor.

## Tabell 2. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
<b>Topikala behandlingar</b>			
Steroider grupp III vid medel-svår och svår psoriasis	Rad 3a	↗	→
Steroid och kalcipotriol i kombination vid medel-svår och svår psoriasis	Rad 5a	→	→
<b>Ljusbehandlingar</b>			
UVB	Rad 7	↘	→
<b>Systemiska behandlingar</b>			
Metotrexat vid svår psoriasis	Rad 11	→	→
Etanercept vid svår psoriasis	Rad 14a	↗	→
Adalimumab vid svår psoriasis	Rad 14b	↗	→
Infliximab vid svår psoriasis	Rad 14c	→	↘
Ustekinumab vid svår psoriasis	Rad 16	→	→
Ixekizumab vid svår psoriasis	Rad 15b	↗	→
Sekukinumab vid svår psoriasis	Rad 15c	↗	→

Kommentar: Oförändrade kostnader = →, ökade kostnader = ↗ och minskade kostnader = ↘.

Tabell 3 sammanfattar bedömningen av de organisatoriska förändringarna för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården.

## Tabell 3. Organisatoriska konsekvenser för centrala rekommendationer

Hänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

Åtgärd	Central rekommendation	Organisatorisk konsekvens
<b>Ljusbehandlingar</b>		
UVB	Rad 7	Ja. Minskat antal vårdbesök för ljusbehandlingar
<b>Systemiska behandlingar</b>		
Infliximab vid svår psoriasis	Rad 14c	Ja. minskat antal vårdbesök för infusion på lång sikt
Etanercept vid svår psoriasis	Rad 14a	Ja. Ökat behov av vårdkontakter i samband med nyinsättning och provtagning
Adalimumab vid svår psoriasis	Rad 14b	Ja. Ökat behov av vårdkontakter i samband med nyinsättning och provtagning
Ixekizumab vid svår psoriasis	Rad 15b	Ja. Ökat behov av vårdkontakter i samband med nyinsättning och provtagning
Sekukinumab vid svår psoriasis	Rad 15c	Ja. Ökat behov av vårdkontakter i samband med nyinsättning och provtagning

Detta kapitel sammanfattar Socialstyrelsens beräkningar och bedömningar av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av riktlinjernas rekommendationer med underlag från Socialstyrelsens register.

Kapitlet presenterar analysen för de centrala rekommendationerna och bilaga 3 presenterar en motsvarande genomgång för ytterligare fem åtgärder med uppgifter från läkemedelsregistret.

## Prevalens av olika svårighetsgrader av psoriasis

Prevalensen har tagits fram som en bakgrundsbeskrivning av hur många personer som kan beröras av rekommendationerna i riktlinjen. Skattningarna används också för en analys av regionala skillnader i läkemedelsanvändning.

Socialstyrelsen har skattat prevalensen av psoriasis utifrån uppgifter i två nationella hälsodataregister, patientregistret och läkemedelsregistret. Bilaga 2 redovisar metoden för att beräkna antalet personer med psoriasis.

Enligt registren skattas den totala prevalensen av psoriasis i landet till ungefär två procent, vilket motsvarar cirka 193 000 personer i riket (97 000 kvinnor, varav 2300 under 18 år och 96 000 män, varav 2 300 under 18 år). Prevalenssiffran som beskrivs ovan är troligtvis en underskattning eftersom personer med psoriasis som fått sin diagnos inom primärvården eller personer som inte hämtat ut kalcipotriol på recept, framgår inte i registren.

Prevalensen varierar i landet mellan 1,6 procent i Östergötland och 2,3 procent i Halland och Blekinge. Socialstyrelsens skattning ligger något högre än en tidigare studie gjord på registerdata i Region Skåne som skattade prevalensen till 1,5 procent [23].

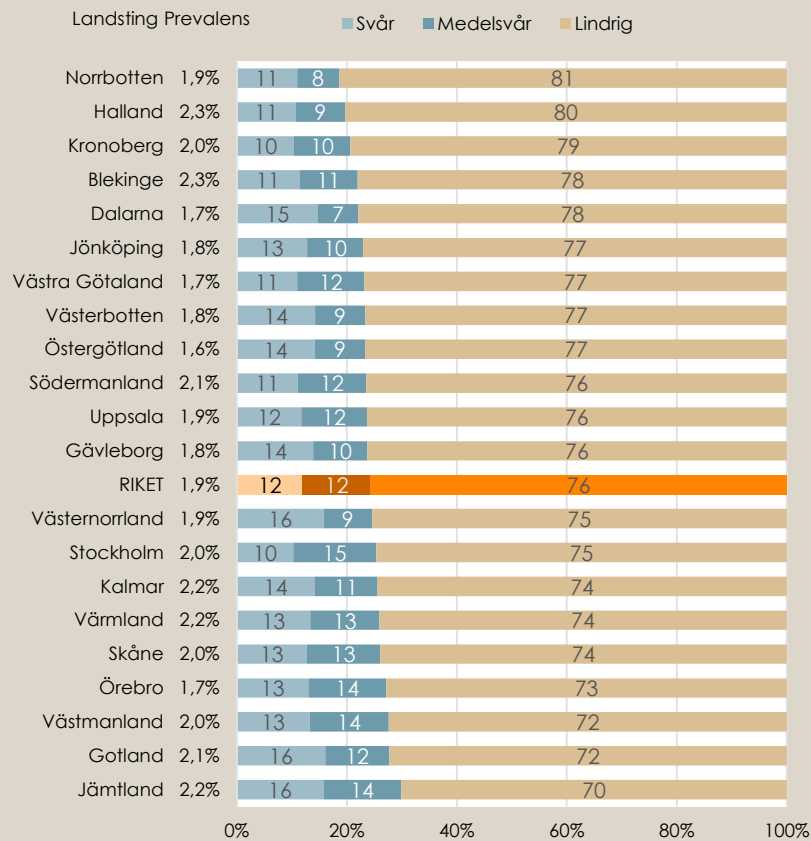
Socialstyrelsen har även beräknat antal personer med psoriasis i tre olika svårighetsgrader utifrån de tillstånd som inkluderas i riktlinjerna.

- *Svår psoriasis*: Omkring 23 000 personer (10 700 kvinnor och 12 200 män) beräknas ha svår psoriasis, vilket motsvarar 12 procent av populationen.
- *Medelsvår psoriasis*: Omkring 24 000 personer (11 900 kvinnor och 10 800 män) beräknas ha medelsvår psoriasis, vilket motsvarar 12 procent av populationen.
- *Lindrig psoriasis*: Omkring 146 000 personer (71 700 kvinnor och 70 900 män) beräknas ha lindrig psoriasis, vilket motsvarar 76 procent av populationen.

Flera av Socialstyrelsens rekommendationer avser både medelsvår och svår psoriasis och i de fallen har underlagen för de båda grupperna summerats. Bilaga 2 redovisar metoden för att beräkna antalet personer med svår, medelsvår respektive lindrig psoriasis.

Diagram 1 visar att den skattade prevalensen av psoriasis skiljde sig åt mellan landstingen 2016. Östergötland hade lägst skattad prevalens på 1,6 procent medan den skattade prevalensen var nästan 50 procent större i de två landsting hade högst prevalens: Halland och Blekinge med 2,3 procent. Fördelningen mellan olika svårighetsgraden av psoriasis skiljde sig också över landet. Norrbotten hade högst andel lindrig psoriasis, 81 procent, medan Jämtland hade lägst andel lindrig psoriasis, 70 procent.

**Diagram 1: Skattad prevalens samt fördelning av skattad svårighetsgrad i procent per landsting**



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Skillnaderna i fördelning mellan olika svårighetsgrader kan bero på skillnader i individfaktorer såsom ålder, kön, samsjuklighet eller livsstilsfaktorer, vilka skiljer sig åt över landet. Exempelvis beräknar Folkhälsomyndigheten att Stockholms län har lägst andel fetma och övervikt, 44 procent, och Gävleborgs läns har högst andel, 57 procent [24]. Ett annat exempel är att även om dödligheten i cirkulationsorganens sjukdomar mätt som antal döda per 100 000 invånare 15 år och äldre minskar över tid så är det fortfarande stora skillnader mellan landstingen (Stockholms län 299 per 100 000 invånare jämfört med Dalarna 568 per 100 000 invånare för åren 2011–2015) [25].

En annan förklaring till skillnader i den skattade prevalensen och i andelen olika tillstånd kan vara organisatoriska faktorer såsom tillgången till specialistvård särskilt inom dermatologi i landet. I landsting med få dermatologer som behandlar psoriasis kan tillgängligheten påverka hur många personer med medelsvår och svår psoriasis som fångas med de kriterier som använts.

Registerbaserade definitioner har styrkor och svagheter. En styrka är att det är nationell täckning av läkarbesök i slutenvård, öppen specialistvård och



förskrivna läkemedel. Registerbaserade definitioner kan också välja långa observationstider. En nackdel är att de inte bygger på patientrapporterade uppgifter och kan påverkas av bristande tillgänglighet.

Uttag av topikala och systemiska behandlingar i förhållande till den skattade prevalensen av psoriasis eller prevalensen av ett specifikt tillstånd per landsting illustreras i diagram. Skalan på diagrammens axlar är anpassad till bästa läsbarhet och kan därför skilja mellan olika diagram

## Topikala behandlingar

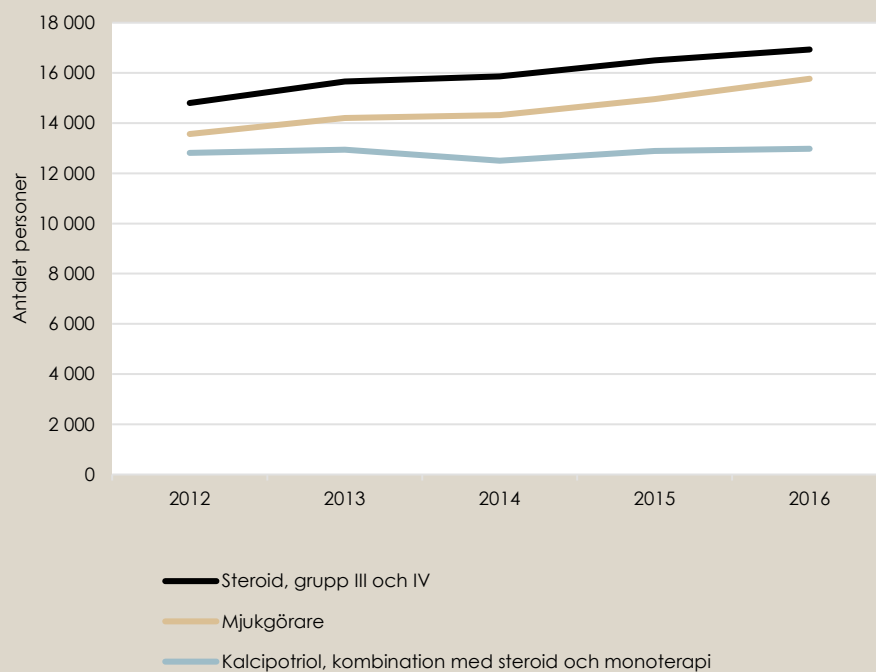
Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om topikala behandlingar påverkar hälso- och sjukvårdens kostnader och organisation eftersom nuvarande förskrivningsmönster till olika patientgrupper kan ändras. Rekommendationerna förväntas öka användningen av mjukgörare bland personer med medelsvår och svår psoriasis medan förskrivning inom läkemedelsförmånen till personer med lindrig psoriasis kan ske endast i undantagsfall. Totalt sett innebär det både en ökning och en omfördelning av förskrivningen av mjukgörare.

Socialstyrelsen förväntar också att förskrivningen av steroider kan öka, liksom användningen av kalcipotriol som monoterapi, särskilt bland personer med medelsvår och svår psoriasis. Däremot förväntas rekommendationerna minska förskrivningen av steroid och kalcipotriol i kombination till personer med lindrig psoriasis.

Diagram 2 visar en svag ökning i antalet personer med mjukgörare, från 14 000 till 16 000 personer, och med steroider grupp III eller grupp IV, från 15 000 till 17 000 personer, vid medelsvår och svår psoriasis under 2012–2016. Andelen i patientgruppen har varit konstant på ungefär 33 procent respektive 36 procent. Antalet personer som fått steroid och kalcipotriol i kombination eller kalcipotriol som monoterapi har varit konstant på 13 000 personer, men andelen har minskat från 32 procent till 28 procent under tidsperioden.

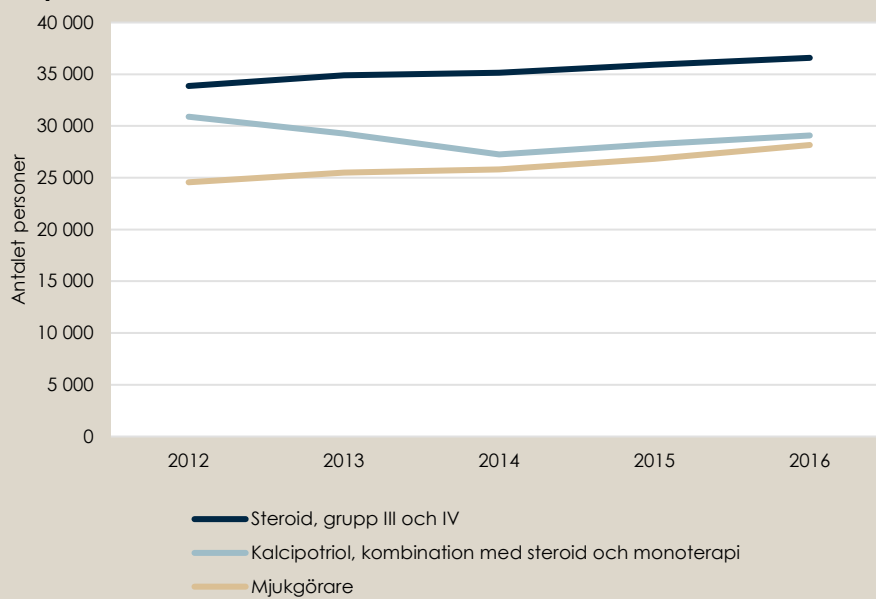
Omkring hälften av alla personer med medelsvår och svår psoriasis, det vill säga omkring 24 000 personer, hade topikal behandling med en aktiv substans under 2016. Av dem hade 45 procent endast steroider och 29 procent hade minst ett uttag av kalcipotriolbehandling, antingen som steroid och kalcipotriol i kombination eller kalcipotriol som monoterapi. Resterande 26 procent hade uttag både av steroider och av kalcipotriolbehandling.

**Diagram 2: Antalet personer med minst ett uttag av mjukgörare, steroider respektive kalcipotriol vid medelsvår och svår psoriasis, år 2012–2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

**Diagram 3: Antalet personer med minst ett uttag av mjukgörare, steroider samt kalcipotriol vid lindrig psoriasis, år 2012–2016**



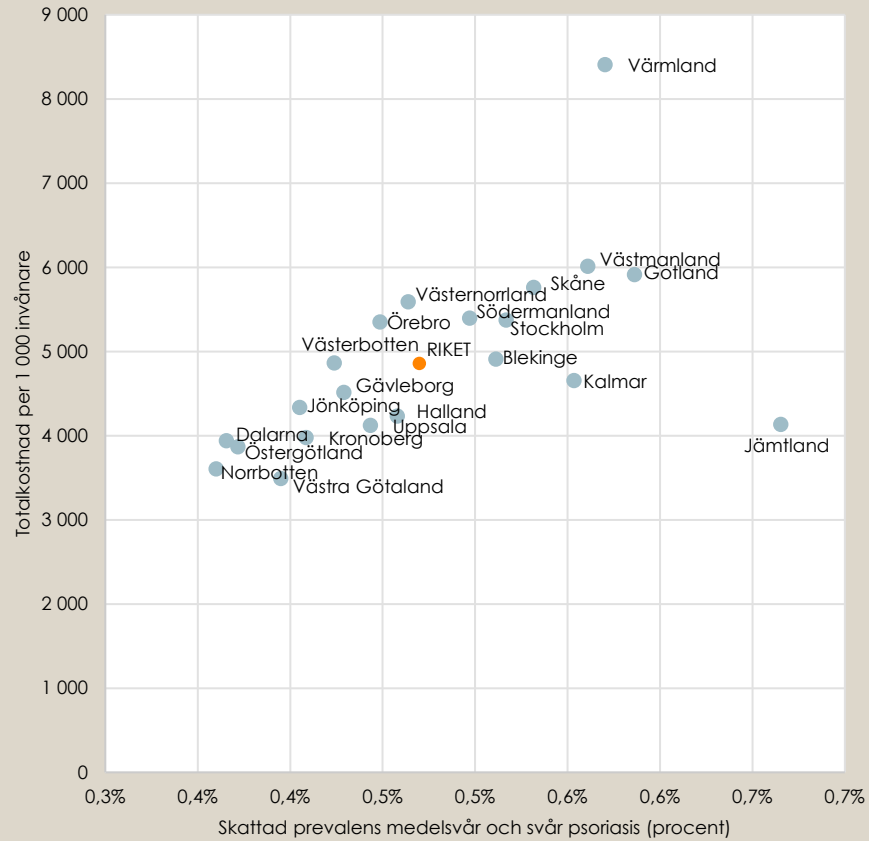
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det är fler personer med lindrig psoriasis som hämtat ut olika typer av topikala behandlingar men andelen i patientgruppen var lägre jämfört med medelsvår och svår psoriasis. Ungefär var femte person med lindrig psoriasis fick mjukgörare under 2012 till 2016 och antalet personer med mjukgörare ökade från ungefär 25 000 till 28 000 personer vid lindrig psoriasis, vilket visas i diagram 3. Antalet personer som fick steroider grupp III eller grupp IV ökade från 34 000 till 37 000 personer vid lindring psoriasis, men andelen minskade från 27 procent till 25 procent. Antalet personer med steroid och kalcipotriol i kombination eller kalcipotriol som monoterapi var konstant kring 30 000 personer, men andelen minskade från 24 till 20 procent.

Knappt 40 procent av personer med lindrig psoriasis, det vill säga omkring 55 000 personer, hade minst ett uttag av någon av de topikala behandlingarna steroider grupp III, steroider grupp IV eller kalcipotriol i kombination med steroid, eller som monoterapi, under 2016. Detta innebär att mer än hälften av personerna med lindrig psoriasis har behandlat sin sjukdom själva eller varit utan topikal behandling. Av dem som hade topikal behandling med en aktiv substans under 2016, hade 47 procent endast steroider och 34 procent hade minst ett uttag av kalcipotriolbehandling, antingen som steroid och kalcipotriol i kombination eller kalcipotriol som monoterapi. Resterande 19 procent hade uttag av både av steroider och av kalcipotriolbehandling.

Den sammanlagda kostnaden för all topikal behandling vid medelsvår och svår psoriasis var 49 miljoner kronor 2016 i riket, vilket motsvarar 4 900 kronor per 1 000 invånare. Diagram 4 visar att denna kostnad skiljer sig mellan landstingen, vilket endast delvis kan förklaras av skillnader i prevalens. Exempelvis skiljer det mer än 30 procent mellan Uppsala och Väster-norrland (omkring 4 100 kronor jämfört med omkring 5 600 kronor per 1000 invånare) som hade likartad prevalens. Värmland sticker ut med den högsta totalkostnaden, cirka 8 400 kronor per 1 000 invånare. Det är mer än dubbelt så mycket som Västra Götaland som hade den lägsta totalkostnaden på cirka 3 500 kronor per 1 000 invånare.

**Diagram 4: Totalkostnad för topikala behandlingar vid medelsvår och svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**

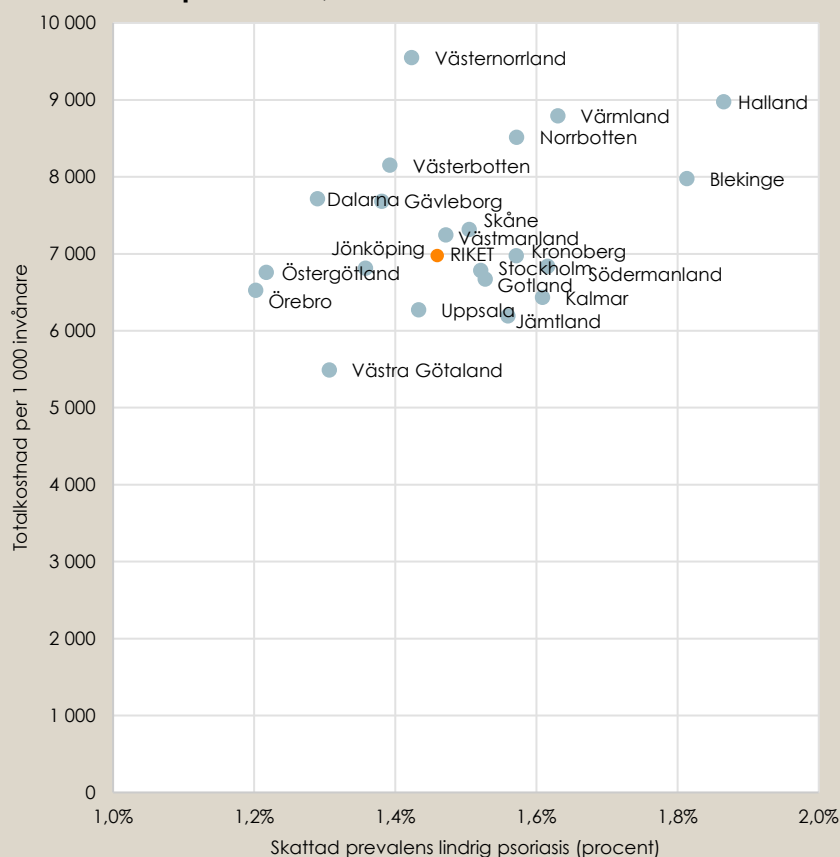


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Den sammanlagda kostnaden för all topikal behandling vid lindrig psoriasis var 70 miljoner kronor 2016 i riket vilket motsvarar knappt 7 000 kronor per 1 000 invånare. En förklaring till den högre totala kostnaden för lindrig psoriasis jämfört med medelsvår och svår psoriasis är att det är fler personer som har lindrig psoriasis.

Diagram 5 visar regionala skillnader i kostnader för topikal behandling vid lindrig psoriasis. Exempelvis hade Västernorrland mer än 50 procent högre kostnader än Uppsala (omkring 9 600 kronor jämfört med omkring 6 300 kronor per 1 000 invånare) trots likartad prevalens. Lägst kostnad per 1 000 invånare hade Västra Götaland med omkring 5 500 kronor per 1 000 invånare.

**Diagram 5: Totalkostnad för topikala behandlingar vid lindrig psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Steroider grupp III

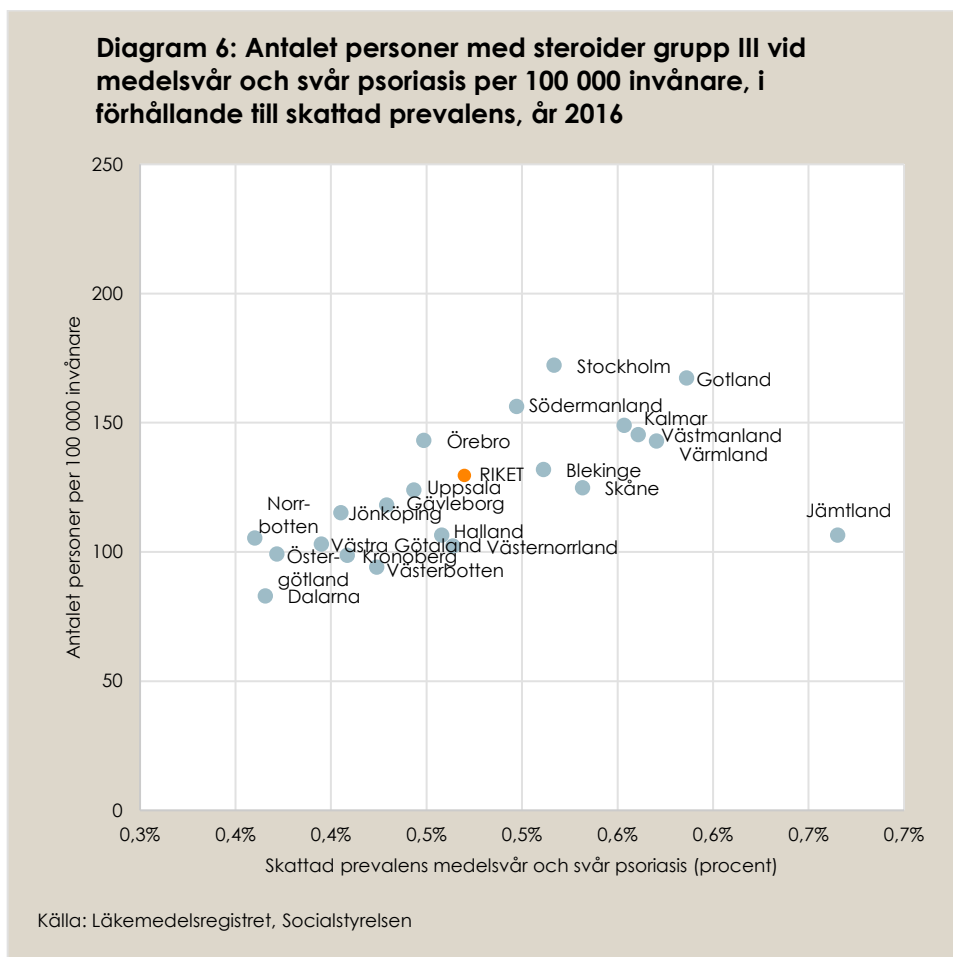
*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 3a–b)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om steroider grupp III vid psoriasis kan öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Var femte person med lindrig psoriasis och drygt var fjärde person med medelsvår och svår psoriasis har minst ett uttag av steroider grupp III.

Personer med psoriasis hämtade 2016 ut steroider grupp III för 13 miljoner kronor varav fem miljoner var vid medelsvår och svår psoriasis och drygt åtta miljoner vid lindrig psoriasis. Om användningen av steroider grupp III ökar med 20 procent ökar hälso- och sjukvårdens kostnader med 2,7 miljoner kronor.

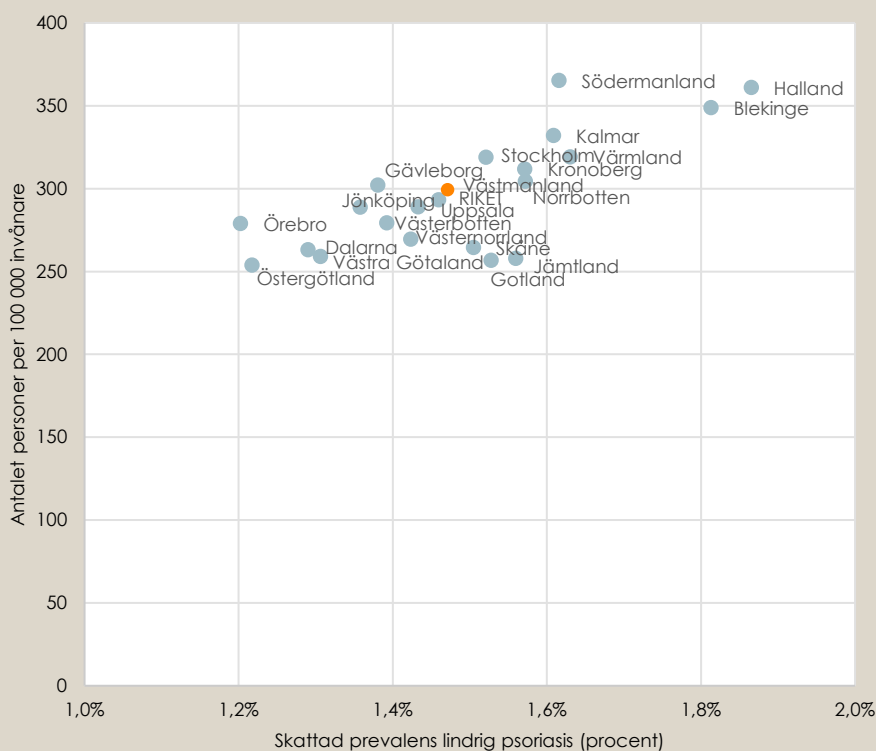
Den regionala variationen i antalet personer med minst ett uttag av steroider grupp III per 100 000 invånare som ses under 2016 kan till stor del förklaras av skillnader i prevalens för både lindrig och medelsvår och svår psoriasis.

Diagram 6 visar att Jämtland hade färre personer med steroider grupp III än förväntat i relation till den skattade prevalensen av medelsvår och svår psoriasis medan Stockholm hade förhållandevis många. De regionala variationerna i kostnad per person för steroider grupp III varierar mellan 310 kronor i Jämtland till 470 kronor i Blekinge vid medelsvår och svår psoriasis.



Bland personer med lindrig psoriasis var det en högre andel i Södermanland med steroider grupp III i förhållande till vad som kan förväntas baserat på prevalensen av lindrig psoriasis såsom diagram 7 visar. För personer med lindrig psoriasis varierade kostnaden per person 2016 mellan 260 kronor i Skåne, Gotland, Jönköping, Kalmar och Norrbotten till 340 i Gävleborgs län.

**Diagram 7: Antalet personer med steroider grupp III vid lindrig psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kostnaden för steroider grupp III var 40 procent högre vid medelsvår och svår psoriasis jämfört med lindrig psoriasis 2016. Kostnaden per person var i genomsnitt 390 kronor vid medelsvår och svår psoriasis och 280 kronor vid lindrig psoriasis i riket.

## Steroid och kalcipotriol i kombination

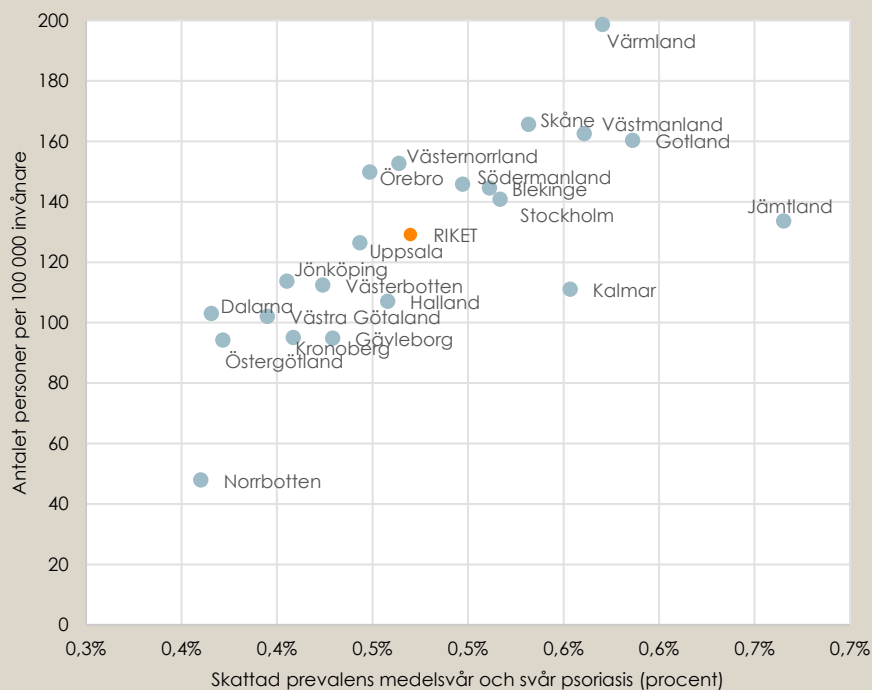
*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 5a–b)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om steroid och kalcipotriol i kombination vid psoriasis kan påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning eftersom förskrivningen till personer med lindrig psoriasis kan minska. Drygt var fjärde person med medelsvår och svår psoriasis och var femte person med lindrig psoriasis och har minst ett uttag av steroid och kalcipotriol i kombination.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan minska antalet personer med lindrig psoriasis som förskrivs steroid och kalcipotriol i kombination med 20 procent. Den totala kostnaden för kombinationsbehandlingen var 71 miljoner kronor 2016 varav förskrivningen till personer med lindrig psoriasis kostade 42 miljoner kronor. Om 20 procent färre personer med lindrig psoriasis gör uttag av kombinationsbehandling skulle det innebära en minskad kostnad för hälso- och sjukvården på 8,4 miljoner kronor per år på nationell nivå.

De regionala skillnaderna i antalet personer med minst ett uttag av steroid och kalcipotriol i kombination per 100 000 invånare 2016 visas i diagram 8 och 9. Det tycks finnas ett samband mellan antalet personer med minst ett uttag av kombinationsbehandling och högre prevalens vid medelsvår och svår psoriasis. Diagram 8 visar dock att antalet personer med medelsvår och svår psoriasis med steroid och kalcipotriol i kombination varierade mellan cirka 48 personer per 100 000 invånare i Norrbotten till 199 personer per 100 000 invånare i Värmland. Kalmar och Värmland hade liknande prevalens men användningen var nästan dubbelt så hög i Värmland som i Kalmar 2016. Kostnaden per person med uttag av steroid och kalcipotriol i kombination varierade mellan 1 810 kronor i Jämtland och 2 880 kronor i Västerbotten vid medelsvår och svår psoriasis 2016.

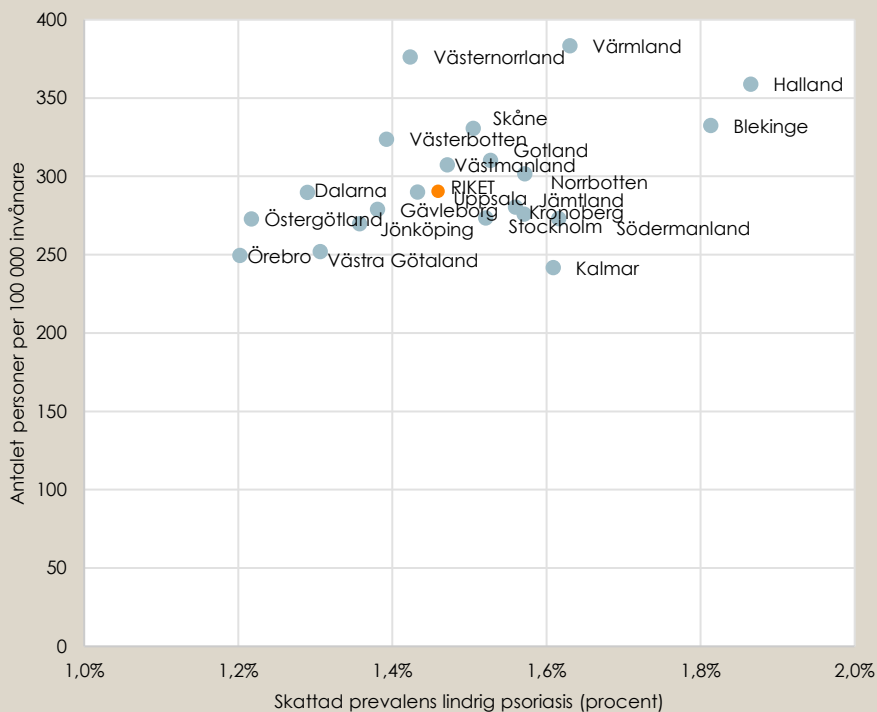
**Diagram 8: Antalet personer med steroid och kalcipotriol i kombination vid medelsvår och svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



**Diagram 9: Antalet personer med steroid och kalcipotriol i kombination per 100 000 invånare vid lindrig psoriasis, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Till skillnad från medelsvår psoriasis, tycks det inte finnas något tydligt samband mellan antalet personer med uttag av steroid och kalcipotriol i kombination och skattad prevalens av lindrig psoriasis. Diagram 9 visar att antalet personer varierar mellan 242 personer per 100 000 invånare i Kalmar och 383 personer per 100 000 invånare i Värmland 2016. Kostnaden per person med uttag av steroid och kalcipotriol i kombination varierade 2016 mellan 1 230 kronor i Uppsala till 1 770 kronor i Västernorrland vid lindrig psoriasis.

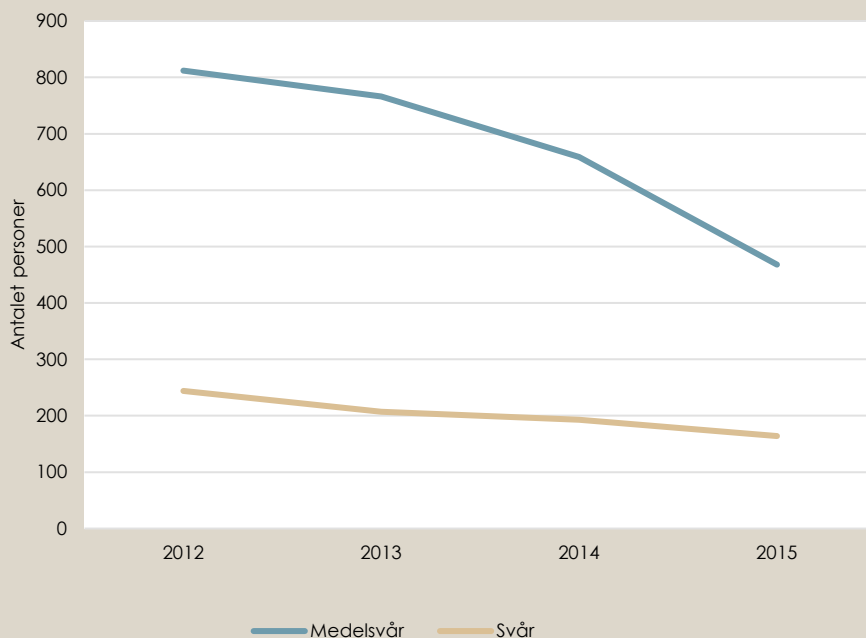
Kostnaden per person var omkring 65 procent högre vid medelsvår och svår psoriasis jämfört med vid lindrig psoriasis i riket 2016. Kostnaden per person var omkring 2 200 kronor vid medelsvår och svår psoriasis och 1 400 vid lindrig psoriasis. Kostnaden per person motsvarar en användning på 210–290 gram vid medelsvår och svår psoriasis och 140–210 gram vid lindrig psoriasis, beroende på om salva, gel eller skum använts.

## Ljusbehandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ljusbehandling har begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens kostnader vid medelsvår och svår psoriasis då användningen redan idag är begränsad. Socialstyrelsens har sammanställt statistik från patientregistret över antalet personer som erhållit ljusbehandling i samband läkarkontakt under 2016. Underlaget bedöms underskatta det totala antalet personer eftersom ljusbehandling ofta ges av annan vårdpersonal. Under 2016 behandlades knappt 500 personer med ljusbehandling i samband med läkarkontakt vid medelsvår psoriasis nationellt. Socialstyrelsen bedömer att användningen av ljusbehandling vid svår psoriasis kan komma att minska ytterligare då denna ersätts med systemisk behandling. Under 2016 behandlades drygt 160 personer med ljusbehandling i samband med läkarkontakt vid svår psoriasis nationellt. En minskning av ljusbehandling innebär organisatoriska konsekvenser då resurser i sjukvården kan frigöras för annan vård. Socialstyrelsen avser att inför slutversionen av riktlinjen sammanställa statistik över personer som fått ljusbehandling omfattar vårdkontakter med läkare och med annan vårdpersonal.

Diagram 10 visar att antalet personer som behandlats med ljusbehandling med PUVA, UVB eller Bucky har minskat vid medelsvår och svår psoriasis från 2012 till 2016 enligt Socialstyrelsens patientregister. Antalet personer som behandlats med ljusbehandling vid medelsvår psoriasis har halverats mellan 2012 och 2016. Andelen har minskat från fyra procent till två procent vid medelsvår psoriasis och från två procent till en procent vid svår psoriasis under tidsperioden. Det kan finnas en underrapportering av antalet ljusbehandlingar i patientregistret.

**Diagram 10: Antalet personer med minst en ljusbehandling vid medelsvår och svår psoriasis, år 2012–2015**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

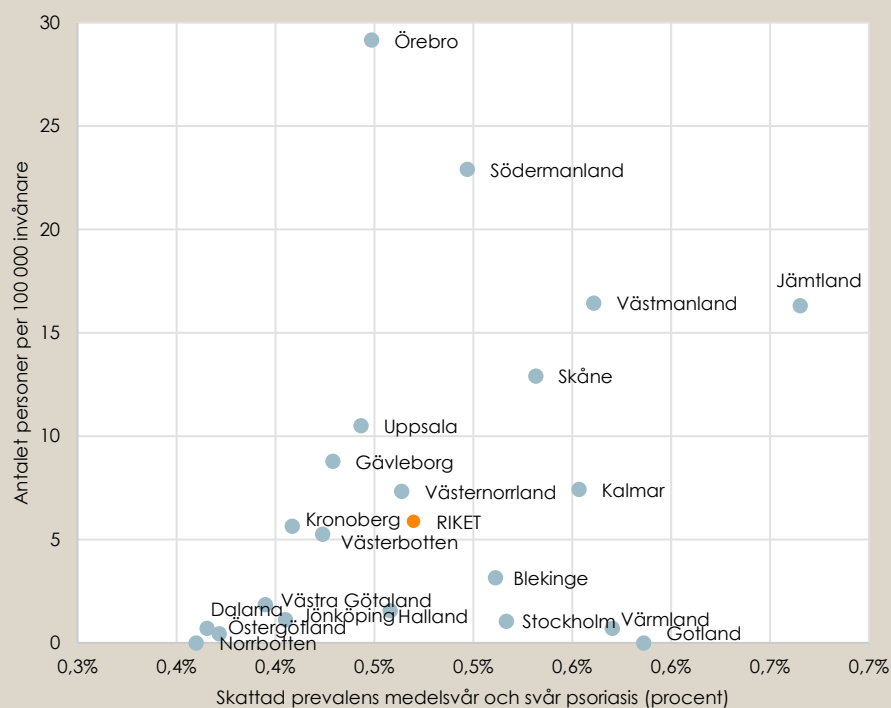
## Ljusbehandling, UVB vid medelsvår och svår psoriasis (Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 7)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ljusbehandling med UVB har begränsad påverkan på hälso- och sjukvårdens kostnader vid medelsvår och svår psoriasis då användningen redan idag är begränsad.

De regionala skillnaderna av behandling med UVB vid medelsvår och svår psoriasis var betydande 2016, vilket visas i diagram 11. I Örebro hade

29 personer per 100 000 invånare haft ett besök med ljusbehandling med UVB. I Östergötland, Norrbotten och Gotland var det mindre än en person per 100 000 invånare som hade ett registrerat besök med UVB. Skillnaderna mellan landstingen kan delvis bero på underrapportering i patientregistret.

**Diagram 11: Antalet personer med UVB vid medelsvår och svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

## Systemiska behandlingar för svår psoriasis

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om systemiska behandlingar inklusive biologiska läkemedel vid svår psoriasis kommer att öka användningen av läkemedlen och även kostnaderna för hälso- och sjukvården. En ökad förskrivning av systemiska läkemedel kommer också att innebära organisatoriska förändringar för att tillgodose att fler patienter behöver mer monitorering och upprepade vårdbesök, särskilt under insättningen av läkemedlet.

På kort sikt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården öka, men den långsiktiga kostnadsutvecklingen är mer osäker på grund av förändrade prisbilder för flera av de biologiska läkemedel som används i behandlingen av svår psoriasis. Dessa prisförändringar kan påverka både antalet personer som får tillgång till behandlingarna och även den långsiktiga kostnadsutvecklingen. Socialstyrelsens bedömning avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt beroende på skillnader i nuvarande användning av olika åtgärder för behandling av svår psoriasis.

Hälso- och sjukvården har i förhandlingar fått rabatt på flera TNF-alfahämmare. Storleken på rabatterna är i flera fall inte offentliga och de har förändrats vid ett flertal tillfällen under de senaste åren, bland annat till följd av att nya biosimilarer tillkommit. Fler biosimilarer förväntas tillkomma

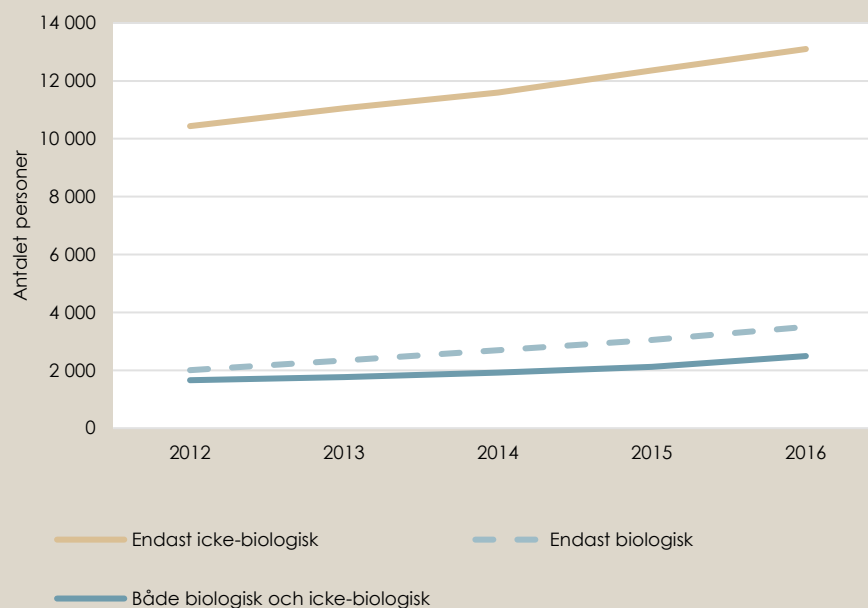
inom de närmaste åren, vilket kan påverka framtida kostnader för behandlingen. Socialstyrelsen bedömer att prisminskningarna på biologiska läkemedel kan öka användningen av både TNF-alfahämmare och de nya interleukin 17-hämmarna. Detta eftersom frigjorda resurser kan användas till att behandla ytterligare personer med svår psoriasis som uppfyller kriterierna för biologiska läkemedel men som inte fått tillgång till behandlingarna tidigare [26]. Rabatter på TNF-alfahämmare jämfört med listpriser gör också att interleukinhämmarna blir relativt sett dyrare och mindre kostnadseffektiva.

Socialstyrelsen bedömer att användningen av TNF-alfahämmare som ges via injektion av patienten själv kan fördubblas givet möjliga rabatter. Det skulle innebära att ytterligare cirka 4 500 personer med svår psoriasis erbjuds biologiska läkemedel. Storleken på kostnadsökningarna går dock inte att beräkna. Det beror på att faktiska priser för vissa biologiska läkemedel inte är transparenta till följd av rabattavtal med landstingen. Det beror också på att prisbildningen kan ändras inom kommande år i och med introduktionen av fler biosimilarer. Socialstyrelsen bedömer att användningen av interleukin 17-hämmare kan öka med ytterligare 1 250 personer. Med nuvarande listpriser skulle det medföra en ökad kostnad på 122 miljoner kronor.

Det är möjligt att behovet av andra åtgärder såsom topikal behandling, ljusbehandling eller annan systemisk behandling kan minska vid insättning av biologiska läkemedel, men storleken på dessa besparingar har inte bedömts inom ramen för riktlinjen.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna för övriga icke-biologiska systembehandlingar kan minska kostnaderna för hälso- och sjukvården med över 30 miljoner kronor eftersom användningen av apremilast kan minska samtidigt som uttaget av acitetrin förväntas vara oförändrat. Bilaga 3 presenterar beräkningar för ekonomiska konsekvenser för apremilast och acitetrin baserat på uppgifter från läkemedelsregistret. Användningen av metotrexat förväntas öka, men hälso- och sjukvårdens kostnadsökning blir begränsad på grund av den relativt låga behandlingens kostnaden på cirka 1 700 kronor per person och år.

**Diagram 12: Antalet personer med biologiska och icke-biologiska systemiska behandlingar, år 2012–2016**



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

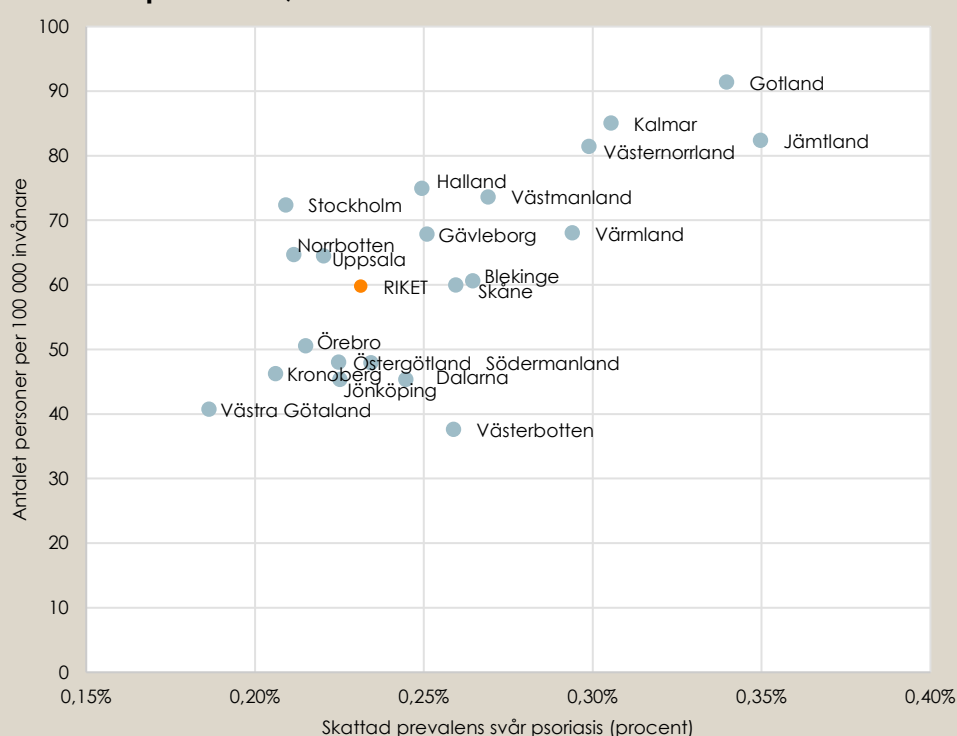
Diagram 12 illustrerar utvecklingen mellan 2012 och 2016 av antalet personer med minst ett uttag av olika typer av systemiska läkemedel. Det totala antalet personer med någon systembehandling ökade med 35 procent under perioden från drygt 14 000 personer till drygt 19 000 personer. Den numerärt största ökningen har skett bland personer med endast icke-biologisk systembehandling som ökat med omkring 2 700 personer. Den procentuellt största ökningen, 64 procent, var bland personer med någon biologisk behandling som totalt ökade med omkring 2 300 personer från 2012 till 2016. Bland personer med svår psoriasis ökade andelen med uttag av biologiska läkemedel från 26 procent till 31 procent och andelen med endast icke-biologiska systemiska behandlingar gick ned från 74 procent till 69 procent mellan 2012 och 2016.

Diagram 13 visar att det finns regionala skillnader i antalet personer med biologiska läkemedel, enligt uppgifter i läkemedelsregistret eller enligt uppgifter i patientregistret om registrering av ett biologiskt läkemedel som administrerats på sjukhus, i förhållande till den skattade prevalensen av svår psoriasis över landet 2016. Västerbotten hade liknande prevalens som Halland och Västmanland, men dubbelt så många personer hade registreringar av biologiska behandlingar i Halland och Västmanland som i Västerbotten. I Västerbotten hade 38 personer per 100 000 invånare registrering av biologisk behandling jämfört med 74 och 75 per 100 000 invånare i Halland och Västmanland. Skillnaderna var också betydande i storstadsregionerna Västra

Götaland och Stockholm: prevalensen var likartad men personer med registrering av biologiska behandlingar per 100 000 invånare i Stockholm var 72 personer och i Västra Götaland 41 personer.

Skillnaderna i biologisk behandling mellan landstingen kan till viss del bero på att tillgången till dermatologer skiljer sig i landet, vilket kan påverka både förskrivningen samt skattningen av prevalensen. Liknande regionala skillnader har dock observerats i en studie baserad på det nationella kvalitetsregistret PsoReg [27] samt i en studie om uttag av TNF-alfahämmare i flera sjukdomsområden [28].

**Diagram 13: Antalet personer med biologiska läkemedel vid svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Metotrexat vid svår psoriasis

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 11)*

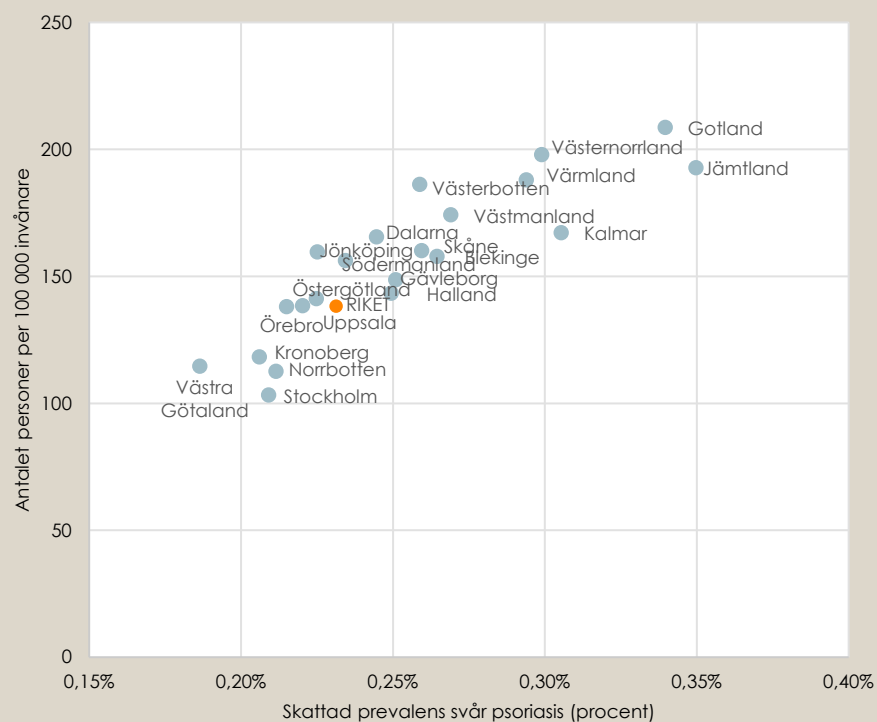
Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen kan öka användningen av metotrexat, men hälso- och sjukvårdens kostnadsökningar blir begränsade på grund av den relativt låga behandlingstkostnaden. Personer med minst ett uttag av metotrexat utgör en stor andel, 60 procent, av personer med svår psoriasis. Kostnaden för metotrexat var 1 700 kronor per person och 23,5 miljoner kronor totalt vid svår psoriasis 2016.

Antalet personer med minst ett uttag av metotrexat var cirka 138 personer per 100 000 invånare nationellt vid svår psoriasis 2016. Diagram 14 visar

små regionala skillnader och skillnaderna är förväntade i relation till den skattade prevalensen. Däremot fanns regionala skillnader i genomsnittlig kostnad per person med minst ett uttag 2016. Lägst var den i Uppsala med omkring 1 120 kronor och högst i Jönköping med omkring 2 860 kronor.

Antalet personer med svår psoriasis och behov av systemisk behandling kan vara underskattat med Socialstyrelsens registerbaserade definition av storlek på populationen. Underskattning kan ske genom att definitionen inte fångar personer som inte söker vård för psoriasis eller som endast söker primärvård och inte redan använder systemläkemedel. Socialstyrelsen beräknade att det finns 23 000 personer med svår psoriasis i Sverige och knappt 14 000 av dessa hade minst ett uttag av metotrexat 2016.

**Diagram 14: Antalet personer med metotrexat (ATC L04AX03) vid svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



## TNF-alfahämmare: etanercept, adalimumab och infliximab vid svår psoriasis

### *Etanercept*

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 14a)*

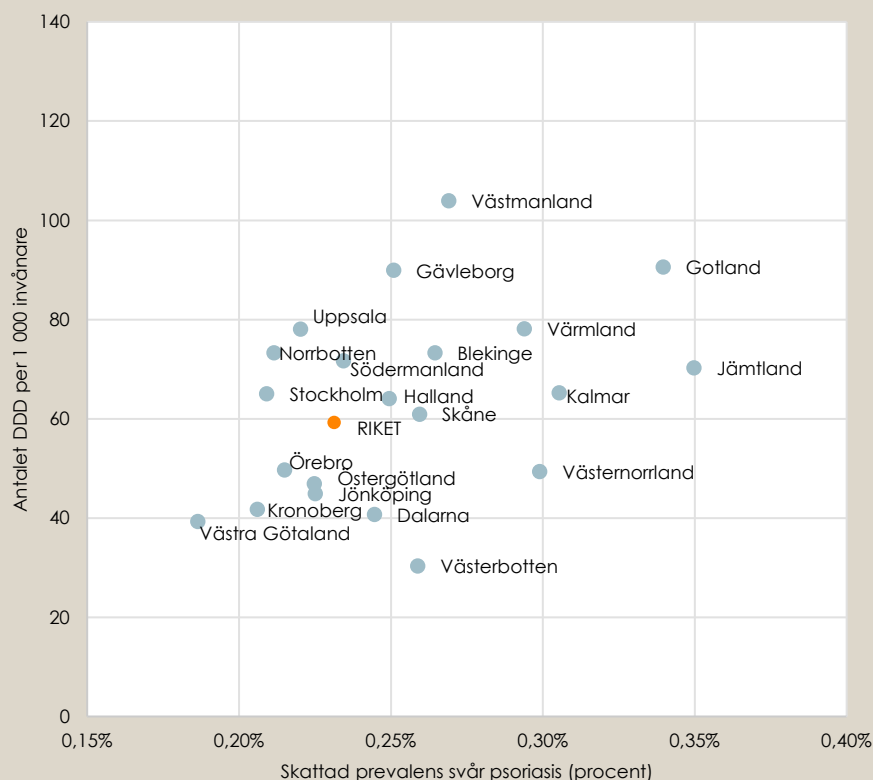
Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om etanercept vid svår psoriasis kan öka hälso- och sjukvårdens kostnader eftersom användningen av biologiska läkemedel vid tillståndet kan öka. En ökning av förskrivning av etanercept kommer också att innebära organisatoriska förändringar för att tillgodose att fler patienter behöver monitorering och upprepade vårdbesök, särskilt under insättningen. På kort sikt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården öka jämfört med nuvarande kostnader men den långsiktiga kostnadsutvecklingen är mer osäker på grund av förändrade prisbilder till följd av förhandlingar om rabatter för flera av de biologiska läkemedel som används i behandlingen av svår psoriasis.

Elva procent av personer med svår psoriasis hade minst ett uttag av etanercept 2016. Kostnaden baserat på listpriser registrerade i läkemedelsregistret innan rabatter var 79 300 kronor per person och 193 miljoner kronor totalt vid svår psoriasis 2016. Denna beräkning överskattar kostnaden eftersom rabatter inte är medräknade.

Socialstyrelsen bedömer att användningen av TNF-alfahämmare kan fördubblas givet möjliga rabatter. Rabatterna på olika TNF-alfahämmare har förändrats vid ett flertal tillfällen under de senaste åren, bland annat till följd av att godkända biosimilarer har ökat antalet behandlingsalternativ för hälso- och sjukvården. Fler biosimilarer förväntas tillkomma inom de närmsta åren, vilket kan påverka framtida priser.

Om andelen personer med svår psoriasis och behandling med etanercept ökar till 20 procent, det vill säga från cirka 2 400 personer till cirka 4 600 personer, skulle kostnaderna öka med 121 miljoner kronor till totalt 257 miljoner kronor vid en rabatt på 30 procent i förhållande till dagens listpris. Om rabatten vore 50 procent, skulle kostnaderna öka med 87 miljoner kronor till totalt 183 miljoner kronor. Om rabatten vore 70 procent, skulle kostnaderna öka med 52 miljoner kronor till totalt 110 miljoner kronor.

**Diagram 15: Antalet definierade dygnsdoser av etanercept (ATC L04AB01) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Den definierade dygnsdosen (DDD) var 59 per 1 000 invånare i riket. Diagram 15 visar en betydande regional spridning mellan landstingen i uttaget av etanercept mätt som DDD per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen av svår psoriasis. Västerbotten hade liknande prevalens som Västmanland, men Västmanland hade mer än tre gånger så högt uttag i DDD (104 DDD jämfört med 30 DDD per 1 000 invånare) 2016.

### Adalimumab

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 14b)*

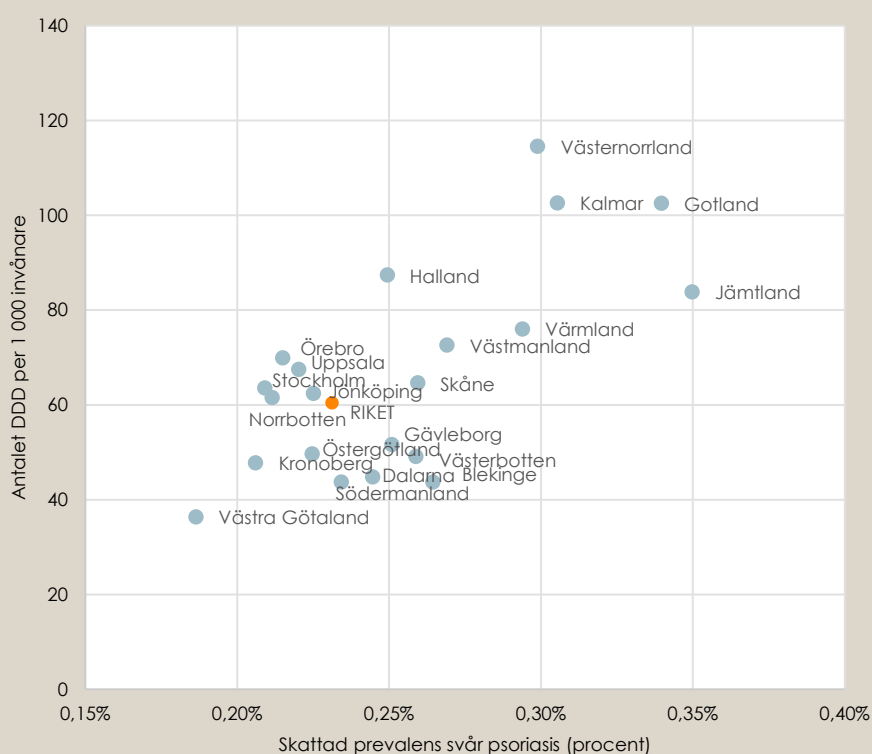
Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om adalimumab vid svår psoriasis kan öka hälso- och sjukvårdens kostnader eftersom användningen av biologiska läkemedel vid tillståndet kan öka. En ökning av förskrivningen av adalimumab kommer också att innebära organisatoriska förändringar för att tillgodose att fler patienter behöver monitorering och upprepade vårdbesök särskilt under insättningen. På kort sikt förväntas kostnaderna för hälso- och sjukvården öka jämfört med nuvarande kostnader, men den långsiktiga kostnadsutvecklingen är mer osäker på grund av förändrade prisbilder till följd av förhandlingar om rabatter för flera av de biologiska läkemedel som används i behandlingen av svår psoriasis och förväntad introduktion av biosimilarer.

Tio procent av personer med svår psoriasis hade minst ett uttag av adalimumab 2016. Kostnaden baserat på listpriser registrerade i läkemedelsregistret innan rabatter var 95 000 kronor per person och 222 miljoner kronor totalt vid svår psoriasis 2016. Denna beräkning överskattar kostnaden eftersom rabatter inte är medräknade.

Socialstyrelsen bedömer att användningen av TNF-alfahämmare kan fördubblas givet möjliga rabatter. Rabatterna på olika TNF-alfahämmare har förändrats vid ett flertal tillfällen under de senaste åren, bland annat till följd av att godkända biosimilarer har ökat antalet behandlingsalternativ för hälso- och sjukvården. Fler biosimilarer förväntas tillkomma inom de närmsta åren, vilket kan påverka framtida priser.

Om andelen personer med svår psoriasis och behandling med adalimumab ökar till 20 procent, det vill säga från cirka 2 300 personer till cirka 4 600 personer, skulle kostnaderna öka med 152 miljoner kronor till totalt 308 miljoner kronor vid en rabatt på 30 procent i förhållande till dagens listpris. Om rabatten vore 50 procent, skulle kostnaderna öka med 109 miljoner kronor till totalt 220 miljoner kronor. Om rabatten vore 70 procent, skulle kostnaderna öka med 65 miljoner kronor till totalt 132 miljoner kronor.

**Diagram 16: Antalet definierade dygnsdoser av adalimumab (ATC L04AB04) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Den definierade dygnsdosen (DDD) var 60 per 1 000 invånare i riket. Diagram 16 visar en betydande regional spridning mellan landstingen i uttaget av adalimumab mätt som DDD per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen personer med svår psoriasis 2016. Halland hade exempelvis liknande prevalens som i Blekinge och Södermanland, men i Halland var uttaget dubbelt så stort: 87 DDD per 1 000 invånare jämfört med 44 DDD per 1 000 invånare i Blekinge och Södermanland. Västernorrland hade högst uttag av adalimumab med 115 DDD per 1 000 invånare och Västra Götaland det lägsta, 36 DDD per 1 000 invånare.

### *Infliximab*

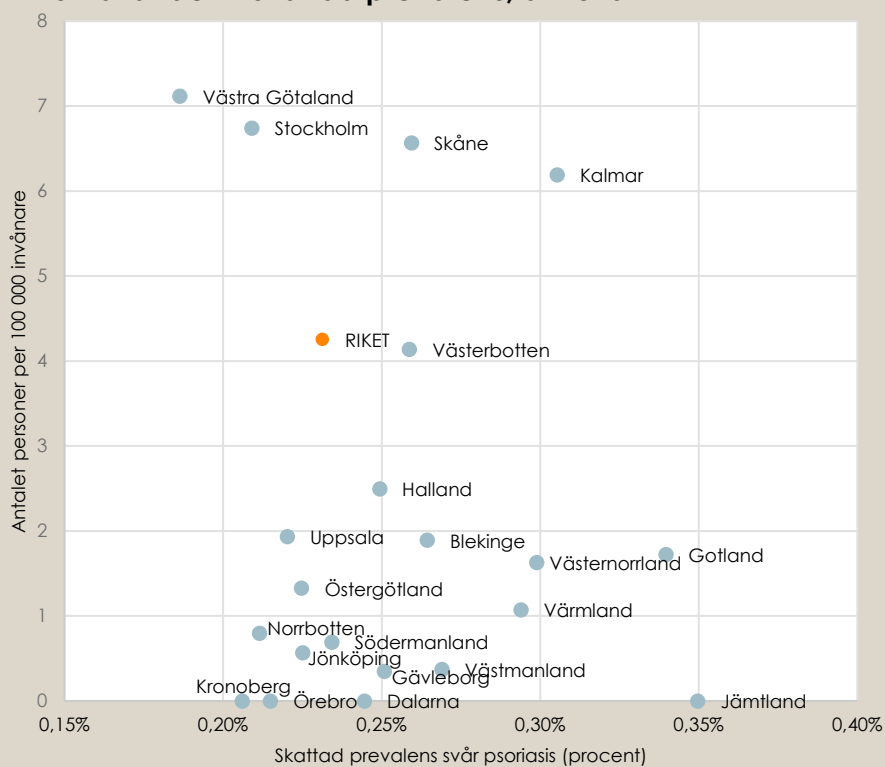
*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 14c)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om infliximab vid svår psoriasis inte behöver ändra den totala förskrivningen av läkemedlet på kort sikt och att hälso- och sjukvårdens kostnader förväntas vara desamma. Däremot visar statistiken från läkemedelsregistret på betydande regionala skillnader. Infliximab har registrerats i läkemedelsregistret eller patientregistret bland två procent av personer med svår psoriasis 2016.

Infliximab administreras vanligtvis på sjukhus som så kallat klinikläkemedel och uttag registreras därför sällan i läkemedelsregistret som endast omfattar öppenvårdsläkemedel. Majoriteten, 93 procent, var personer som fått läkemedel intravenöst under ett läkarbesök för psoriasis i patientregistret och en mindre andel, 7 procent, identifierades via läkemedelsregistret. Bland personer med minst ett uttag i läkemedelsregistret var kostnaden (innan eventuella rabatter) 97 000 kronor per person 2016. Rabatterna skiljer mellan landstingen eftersom infliximab upphandlas enskilt av landstingen som klinikläkemedel. Enligt en rapport från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV var kostnaden för biosimilaren Remsima 23 000 kronor per person i Skåne 2015. Kostnaden för biosimilaren Inflectra var 28 000 kronor per person i Värmland 2016 [29]. Till läkemedelskostnaden kommer administrationskostnaden för besöket då infusionen ges. Socialstyrelsen har beräknat dessa kostnader till omkring 22 000 kronor per person under ett år.

Kostnaderna för infliximab kan komma att minska på lång sikt på grund av minskad nyinsättning och en ökad användning av andra biologiska läkemedel som inte kräver administration på sjukhus. En minskning av infliximab på lång sikt kan innebära organisatoriska konsekvenser då resurser i sjukvården kan frigöras för annan vård.

**Diagram 17: Antalet personer med infliximab (ATC L04AB02) vid svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 17 visar betydande skillnader mellan landstingen i antalet personer per 100 000 invånare som använder infliximab. De tre storstadslandstingen Stockholm, Västra Götaland och Skåne samt Kalmar står för 88 procent av det totala antalet personer som hade infliximab 2016. I dessa landsting var infliximab registrerat hos sex till sju personer per 100 000 invånare. Flertalet landsting hade ingen eller enstaka personer registrerade med infliximab. Det finns vissa osäkerheter om rapporteringen till patientregistret och det är möjligt att den faktiska användningen av infliximab i vissa landsting har underskattats.

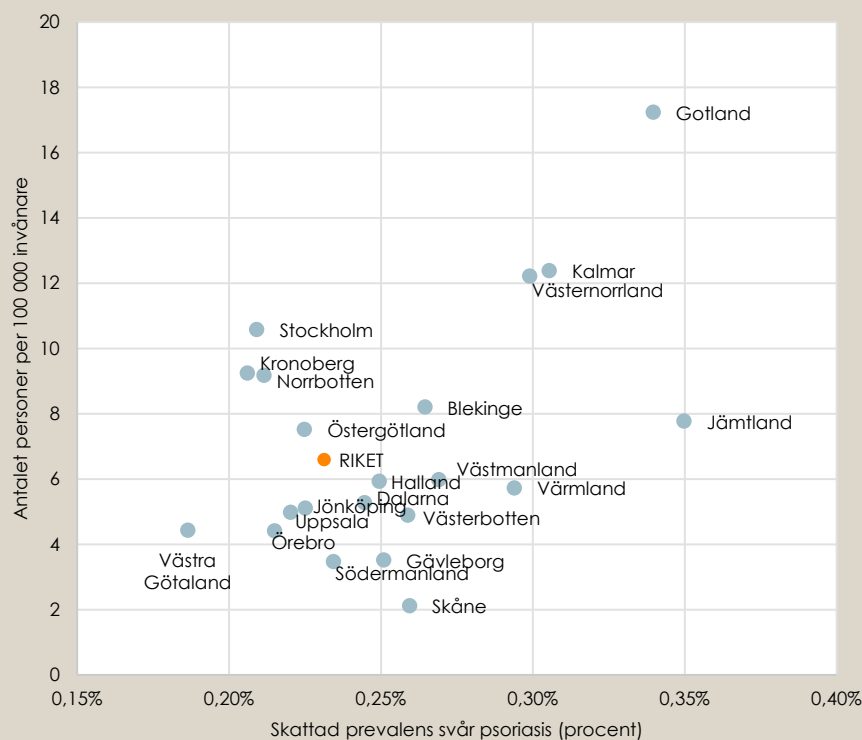
## IL-12/23: ustekinumab vid svår psoriasis

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 16)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ustekinumab vid svår psoriasis inte behöver ändra den totala förskrivningen av läkemedlet på kort sikt och att hälso- och sjukvårdens kostnader förväntas vara de samma. Däremot visar statistiken från läkemedelsregistret på betydande regionala skillnader. Prisskillnaderna mellan ustekinumab och TNF-alfahämmare har ökat sedan ustekinumab introducerades och kan bli större om fler biosimilärer påverkar prisbilden. Förändringar i relativpriser kan påverka vilket biologiskt läkemedel som sätts in.

Ustekinumab vid svår psoriasis fanns registrerat bland tre procent av personer med svår psoriasis 2016. Kostnaderna 2016 baserat på listpriser registrerade i läkemedelsregistret var totalt 81 miljoner kronor i landet.

**Diagram 18: Antalet personer med ustekinumab (ATC L04AC05) vid svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Nationellt var sju personer per 100 000 invånare registrerade med ustekinumab under 2016. Diagram 18 visar större regionala skillnader än vad som kan förväntas utifrån prevalensen av svår psoriasis. I genomsnitt var den definierade dygnsdosen (DDD) per 1000 invånare 30 och kostnaden per person var 123 000 kronor 2016. Kalmar och Västernorrland hade liknande prevalens som i Skåne, men i Skåne var det två personer per 100 000 invånare och i Kalmar och Västernorrland var det 12 personer per 100 000 invånare som hade minst ett uttag av ustekinumab.

Skillnaderna kan delvis bero på organisatoriska faktorer eftersom ustekinumab tillhandahålls på sjukhuset i vissa landsting och dessa fångas inte upp i statistiken ifrån läkemedelsregistret. I patientregistret fanns det ytterligare 152 personer med huvuddiagnos psoriasis vid en registrering med subkutan injektion av ett läkemedel. Det saknas uppgifter om vilket läkemedel som injicerades men en möjlighet är att det är ustekinumab. I så fall skulle ustekinumab ha använts av drygt 800 personer nationellt under 2016, vilket utgör fyra procent av personer med svår psoriasis.

## IL-17: ixekizumab och sekukinumab vid svår psoriasis

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 15b–c)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ixekizumab och sekukinumab vid svår psoriasis kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och öka kostnaderna eftersom användningen av dessa nyligen godkända läkemedel ännu är begränsad. En ökning av ixekizumab och sekukinumab innebär organisatoriska konsekvenser då ytterligare hälso- och sjukvårdsbesök kan behövas för nyinsättning och provtagning.

Knappt tre procent av personer med svår psoriasis behandlades med sekukinumab 2016.

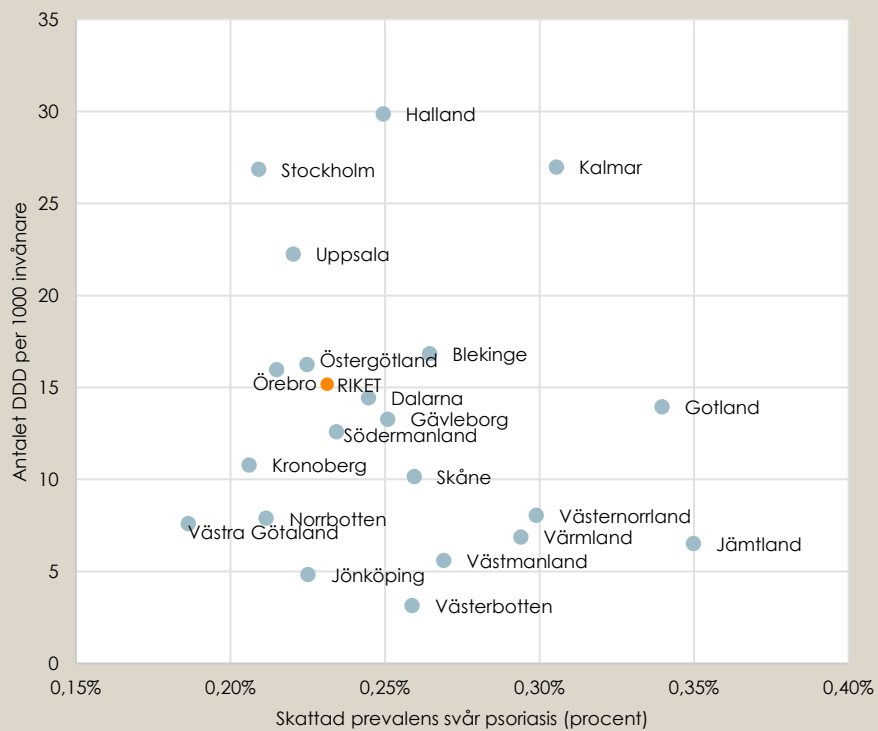
Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan öka andelen personer som erbjuds behandling med interleukin 17-hämmare vid svår psoriasis från nuvarande knappt tre till åtta procent. Det motsvarar en ökning från 600 personer till omkring 1 850 personer, vilket skulle innebära en extra kostnad för hälso- och sjukvården på 122 miljoner kronor per år på nationell nivå vid nuvarande listpriser.

Omkring 600 personer med svår psoriasis hade minst ett uttag av sekukinumab under 2016. Kostnaden baserad på listpriser registrerade i läkemedelsregistret för sekukinumab var 98 000 kronor per person 2016 och den totala läkemedelskostnaden var 59 miljoner kronor.

Den definierade dygnsdosen (DDD) var 15 per 1 000 invånare i riket. Diagram 19 visar en betydande regional spridning i uttaget av sekukinumab mätt som DDD, per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen personer med svår psoriasis. Sekukinumab blev godkänt i läkemedelsförmånen 2015 och 2016 är första hela kalenderåret med data i läkemedelsregistret. Det är vanligt med regionala variationer när ett nytt läkemedel introduceras.

Ixekizumab godkändes i läkemedelsförmånen 2016 och användningen var begränsad i tillgängliga registerdata.

**Diagram 19: Antalet definierade dygnsdoser av sekukinumab (ATC L04AC10) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen



# Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vårdens utveckling av strukturer, processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet och effektivitet.

Uppföljningar, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [30]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg vara baserad på vetenskap, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag för indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelseland om detta är möjligt.

## Indikatorer för vård vid psoriasis

Socialstyrelsen har tagit fram preliminära indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis*. Indikatorerna speglar ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna. Dessutom finns några så kallade övergripande indikatorer, till exempel rapportering till kvalitetsregistret PsoReg. Indikatorerna har inte testats och kan därför komma att ändras eller justeras till slutversionen av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vården vid psoriasis.

De flesta indikatorerna är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med en utvecklingsindikator menas att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp indikatorn på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

Socialstyrelsen har fokuserat på att ta fram indikatorer som ska spegla de centrala rekommendationerna i riktlinjerna och de viktigaste aspekterna av god vård.

## Målnivåer för indikatorerna

Under de senaste åren har Socialstyrelsen arbetat med att ta fram målnivåer för ett urval av de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma ifråga för en viss undersökning eller behandling, och kan användas som utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [31]. Övergripande indikatorer målnivåsätts inte.

Socialstyrelsen kommer att utreda förutsättningarna för att fastställa målnivåer för vården vid psoriasis under 2019.

## Utvärdering av vården vid psoriasis

Utöver att ta fram indikatorer och målnivåer kommer Socialstyrelsen att ta fram en utvärdering av vården vid psoriasis. Syftet med utvärderingen, som kan sägas vara en baslinjeutvärdering, är att beskriva i vilken mån landstingen arbetar i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, men även att belysa andra aspekter av kvaliteten i vården vid psoriasis. Utvärderingen utgår från de indikatorer som har arbetats fram i remissversionen och publiceras i en separat rapport våren 2019.

Resultatet av utvärderingen kan ge underlag för framtida revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, samt ge underlag för förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kommer inom några år att göra en ny utvärdering av vården vid psoriasis. Målet är att upprepa utvärderingen med jämna mellanrum för att följa utvecklingen i hälso- och sjukvården.

## Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer redovisas i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer). Indikatorerna publiceras också i sökbart digitalt format.

Indikatorerna i bilagan redovisas enligt exemplet nedan.

**Tabell 4. Exempel på indikator**

Utvärdering av behandlingseffekt	
Mått	Andelen personer, 18 år och äldre, med medelsvår till svår psoriasis som årligen får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitets- och kliniska instrument.
Syfte	Det är viktigt att kunna följa behandlingseffekten och eventuella biverkningar av insatt behandling. Strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitets- och kliniska instrument ger ett bra underlag för att optimera behandlingen och leder dessutom till att individens delaktighet i vården förbättras.  Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda en strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitets- och kliniska instrument till personer med medelsvår till svår psoriasis (prioritet 2).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå under utredning.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täjljare:</i> Antal personer, 18 år och äldre i PsoReg som fått strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitets- och kliniska instrument, minst en gång under en 12-månadersperiod. <i>Nämnamnare:</i> Antal personer, 18 år och äldre, som under de senaste 5 åren före mätperiodens start nyregistrerats eller haft minst ett registrerat vårdbesök i PsoReg där behandling med systemiska läkemedel framgår.  Med strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitets- och kliniska instrument avses registrerade värden för PASI, DLQI och EQ5D någon gång under mätperioden.  Med utvärdering av behandlingseffekt avses följande variabler i PsoReg a) PASI b) DLQI c) EQ5D
Datakällor	Den geografiska fördelningen baseras på personens folkbokföringsort.  Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis, PsoReg. Registrets ambition är att inkludera alla personer med psoriasis som får systemisk behandling. Alla personer i PsoReg anses ha medelsvår till svår psoriasis.
Redovisningsnivå	Riket, landsting
Redovisningsgrupper	Kön, ålder (18 år och äldre).
Felkällor och tolknings-svårigheter	Otillräcklig täckningsgrad i PsoReg. Täckningsgraden varierar mellan olika landsting vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten. Det är inte heller alla besök som registreras i registret. Personer med medelsvår till svår psoriasis som inte får systemisk behandling finns inte registrerade i PsoReg.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

## Förteckning över indikatorer

Tabellerna i det här avsnittet visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för vården vid psoriasis. Hänvisning till respektive rekommendation i de nationella riktlinjerna framgår i tabellen under *Rekommendation*.

**Tabell 5. Övergripande indikatorer för vård vid psoriasis**

Nummer	Namn
Indikator O1	Dödlighet bland personer med psoriasis
Indikator O2	Inskrivning i slutenvård vid psoriasis

**Tabell 6. Indikatorer som mäter följsamhet till rekommendationer vid topikal och systemiska behandlingar**

Nummer	Namn	Rekommendation
Indikator A1	Steroider grupp III	3a
Indikator A2	Systemiska behandlingar	11, 14a-c, 15b-c, 16

**Tabell 7. Indikatorer som mäter följsamhet till rekommendationer vid uppföljning och utvärdering**

Nummer	Namn	Rekommendation
Indikator B1	Utvärdering av behandlingseffekt	23
Indikator B2	Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis personer med medelsvår till svår psoriasis	25
Indikator B3	Utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer	33
Indikator B4	Utredning av psoriasisartropati	34

**Tabell 8. Indikatorer som mäter följsamhet till rekommendation vid specifik lokalisering och klimatvård**

Nummer	Namn	Rekommendation
Indikator C1*	Medicinsk fotvård	37
Indikator C2*	Klimatvård	18

\*Utvecklingsindikator.

# Projektorganisation

## *Projektledning*

Eva Angesjö	områdesansvarig primärvården distriktsläkare, specialist i allmänmedicin, Brämhults vårdcentral
Susanne Bergqvist	områdesansvarig omvårdnad chefssjuksköterska, Psoriasisföreningens mot- tagning Sundbyberg
Johanna Kain	delprojektledare kunskapsunderlag Socialstyrelsen
Alexandra Karlén	projektledare (från augusti 2017) Socialstyrelsen
Marcus Schmitt-Egenolf	områdesansvarig dermatologi professor (i dermatovenereologi), Umeå uni- versitet, överläkare, Mariehems hälsocentral, Umeå
Åke Svensson	prioriteringsordförande docent, Lunds universitet, överläkare, Hudkli- niken, Skånes Universitetssjukhus Malmö
Louise von Bahr	delprojektledare kunskapsunderlag (från november 2017) Socialstyrelsen
Per-Henrik Zingmark	projektledare (till augusti 2017) Socialstyrelsen

## *Arbetet med det vetenskapliga underlaget*

Kristina Areskoug	docent, Jönköping Academy for Improvement of Josefsson Health and Welfare, Hälsohögss- kolan, Jönköping University, Jönköping
Liv Eidsmo	docent, Karolinska Institutet, specialistläkare i dermatologi, Tema Inflammation och Infekt- ion Karolinska Universitetssjukhuset
Anna-Karin Ekman	medicine doktor, Linköpings Universitet
Carina Grönhagen	medicine doktor, Lunds universitet, specialist- läkare, Diagnostiskt Centrum Hud Malmö
Olle Larkö	professor dermatologi och venereologi, Hud- kliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset

Per T Larsson	docent, överläkare Reumatologi, Karolinska Universitetssjukhuset
Charlotta Remröd	medicine doktor, ST-läkare, Hudkliniken Skånes Universitetssjukhus
Amra Osmanovic	medicine doktor, adjungerad universitetslektor, Göteborgs Universitet, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Hudmottagningen
Ragna Thorleifsdottir	medicine doktor, specialistläkare, Hudkliniken Akademiska sjukhuset Uppsala

*Arbetet med det vetenskapliga underlaget på Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*

Agneta Brolund	informationsspecialist, SBU
Anna Christensson	medicine doktor, projektledare, SBU
Agneta Gånemo	docent i dermatologi, Lunds universitet, leg. sjuksköterska
Charlotte Hall	medicine doktor, avdelningschef, SBU
Christel Hellberg	medicine doktor, biträdande projektledare, SBU
Emin Hoxha Ekström	hälsoekonom, SBU
Jan Liliemark	professor, avdelningschef, SBU
Martin Norman	medicine doktor, biträdande projektledare, SBU
Charlotta Ryk	medicine doktor, biträdande projektledare, SBU
Marcus Schmitt Egenolf	områdesansvarig dermatologi professor (i dermatovenereologi), Umeå universitet, överläkare, Mariehems hälsocentral, Umeå
Oliver Seifert	docent och universitetslektor, Linköpings universitet, hudläkare och överläkare vid länssjukhuset Ryhov
Anneth Syversson	projektadministratör, SBU
Kristofer Thorslund	medicine doktor, Karolinska Institutet, specialistläkare (hudläkare), hudmottagningen Nyköpings lasarett

## *Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget och ekonomiska och organisatoriska konsekvenser*

Katarina Steen Carlsson	filosofie doktor i nationalekonomi, docent i hälsoekonomi vid Lunds universitet, konsult hälsoekonomi Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Jenny Norlin	filosofie doktor, konsult hälsoekonomi Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

## *Prioriteringsarbetet*

Åke Svensson	prioriteringsordförande, docent, Lunds universitet, överläkare, Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus Malmö
Ingela Flytström	medicine doktor, överläkare, Universitetssjukhuset Örebro (till och med 180131),
Karin Gatzwiller	leg. sjuksköterska, Hudmottagningen Frölunda Specialistsjukhus
Balazs Hodosi	överläkare, Hudkliniken, Centralsjukhuset Karlstad
Helena Millholm	pensionerad, tidigare verksam som distrikts-sjuksköterska, Västra Götalands regionen
Tina Norgren	förbundsordförande, Psoriasisförbundet
Ingela Präst	specialist allmänmedicin, Uppsala
Anna Karin Olofsson	vårdenhetschef, Patientområde Gastro, Hud och Reuma öppenvård, Karolinska Universitetssjukhuset
Birgitta Stymne	överläkare, Hudkliniken, Östergötland
Björn Sundström	medicine doktor, Umeå Universitet, leg sjukgymnast, Reumatologkliniken Västerbotten, Västerbottens läns landsting
Toomas Talme	docent, Karolinska Institutet, överläkare, Hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset
Margaretha Uttjek	filosofie doktor och universitetslektor, Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

## *Arbetet med indikatorer*

Eva Angesjö	områdesansvarig primärvården distriktsläkare, specialist i allmänmedicin, Brämhults vårdcentral
-------------	--

Susanne Bergqvist	områdesansvarig omvårdnad chefssjuksköterska, Psoriasisföreningens mot- tagning Sundbyberg
Christina Broman	projektledare (till september 2017), Socialstyrelsen
Melinda Mild	projektledare, Socialstyrelsen
Marcus Schmitt-Egenolf	områdesansvarig dermatologi professor (i dermatovenereologi), Umeå uni- versitet, överläkare, Mariehems hälsocentral, Umeå.
Åke Svensson	prioriteringsordförande docent, Lunds universitet, överläkare, Hudkli- niken, Skånes Universitetssjukhus Malmö
<i>Andra medverkande</i>	
Anders Bengtson	enhetschef indikatorer och utvärdering, Soci- alstyrelsen
Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Linn Cederström	redaktör, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef nationella riktlinjer (från januari 2018), Socialstyrelsen
Kajsa Mulder	produktionsledare, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Elin Sohlberg	utredare, Socialstyrelsen
Alexander Sjöblom	administratör, Socialstyrelsen
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen Karin Palm enhetschef nationella riktlinjer (till juli 2017), Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	utredare, Socialstyrelsen
Erik Åhlin	biträdande enhetschef nationella riktlinjer (från juli 2017 till december 2017)



# Referenser

1. Regeringskansliet. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar : 2014-2017. Stockholm: Socialdepartementet, Regeringskansliet; 2014.
2. Socialstyrelsen. Förstudie om behov av kunskapsstöd för kroniska sjukdomar : endometriosis, epilepsi och psoriasis. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
3. Nast, A, Reytan, N, Rosumeck, S, Erdmann, R, Rzany, B. Low prescription rate for systemic treatments in the management of severe psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis in dermatological practices in Berlin and Brandenburg, Germany: results from a patient registry. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22(11):1337-42.
4. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for Psoriasis 2016 2016:
5. NICE. Psoriasis: assessment and management 2012:
6. Socialstyrelsen. Min guide till säker vård. Stockholm; 2015.
7. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig : handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
8. Bedöma barns mognad för delaktighet – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården. Socialstyrelsen; 2015.
9. Götalandsregionen, V. Regional medicinsk riktlinje - läkemedel. Psoriasis. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. 2017.
10. (SSDV), SSfDoV. SSDV:s behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis. 2017 2017-09-22. Hämtad 2018-02-06 från: [https://ssdv.se/images/SSDVs\\_behandlingsrekommendationer\\_for\\_systemisk\\_behandling\\_av\\_psoriasis.pdf](https://ssdv.se/images/SSDVs_behandlingsrekommendationer_for_systemisk_behandling_av_psoriasis.pdf)
11. Läkemedelsverket. Behandling av psoriasis – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket 2011; 22(4):11-24.
12. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Psoriasis och pustulosis palmoplantaris (PPP) - L40 Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/psoriasisochpustulosispalmopla>
13. FYSS. FYSS 2017 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer : remissversion : prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
19. Broqvist, M, Branting Elgstrand, M, Carlsson, P, Eklund, K, Jakobsson, A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård

- [Elektronisk resurs]. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2011.
20. Augustin, M, Kruger, K, Radtke, MA, Schwippel, I, Reich, K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology*. 2008; 216(4):366-72.
  21. Dubertret, L, Mrowietz, U, Ranki, A, van de Kerkhof, PC, Chimenti, S, Lotti, T, et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol*. 2006; 155(4):729-36.
  22. Krueger, G, Koo, J, Lebwohl, M, Menter, A, Stern, RS, Rolstad, T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001; 137(3):280-4.
  23. Lofvendahl, S, Theander, E, Svensson, A, Carlsson, KS, Englund, M, Petersson, IF. Validity of diagnostic codes and prevalence of physician-diagnosed psoriasis and psoriatic arthritis in southern Sweden--a population-based register study. *PLoS One*. 2014; 9(5):e98024.
  24. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten 2013–2016 Hämtad från: [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A\\_Folkhalsodata/A\\_Folkhalsodata\\_k10Matvanor\\_bVikt/vikt.px/table/tableViewLayout1/?r\\_xid=7c112f70-3a66-4146-b153-263a19851e99](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_k10Matvanor_bVikt/vikt.px/table/tableViewLayout1/?r_xid=7c112f70-3a66-4146-b153-263a19851e99)
  25. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling –Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/>
  26. Norlin, JM, Calara, PS, Persson, U, Schmitt-Egenolf, M. Real-world outcomes in 2646 psoriasis patients: one in five has PASI  $\geq 10$  and/or DLQI  $\geq 10$  under ongoing systemic therapy. *J Dermatolog Treat*. 2017; 28(6):500-4.
  27. Calara, P, Althin, R, Carlsson, K, Schmitt-Egenolf, M. Regional Differences in the Prescription of Biologics for Psoriasis in Sweden: A Register-Based Study of 4168 Patients. *BioDrugs*. 2017; 31(1):75-82.
  28. Neovius, M, Sundstrom, A, Simard, J, Wettermark, B, Cars, T, Feltelius, N, et al. Small-area variations in sales of TNF inhibitors in Sweden between 2000 and 2009. *Scand J Rheumatol*. 2011; 40(1):8-15.
  29. TLV. Analys av marknaden för biologiska läkemedel med konkurrens av biosimilärer 2016:15 juni 2016
  30. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg 2017:
  31. Socialstyrelsen. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. . PM 2012-01-24 Dnr 22497/2011. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se); 2012.

# Bilaga 1. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis innehåller cirka 41 rekommendationer, vilka presenteras nedan. Rekommendationerna omfattar följande områden:

- Icke-farmakologiska åtgärder
- Uppföljning och utredning
- Topikala behandlingar
- Specifik lokalisering
- Ljusbehandlingar
- Systemiska behandlingar

En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
1a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Behandling med mjukgörare</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Mjukgörande behandling är grunden i all psoriasisvård. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
1b	Psoriasis, lindrig <i>Behandling med mjukgörare</i>	Tillståndets svårighetsgrad är liten. Mjukgörande behandling är grunden i all psoriasisvård. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	10
2a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Steroider grupp IV</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis, och kostnaderna är låga. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet.	4
2b	Psoriasis, lindrig <i>Steroider grupp IV</i>	Tillståndets svårighetsgrad är liten. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis och kostnaderna är låga. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet, basbehandling vid psoriasis.	7
3a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Steroider grupp III</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis och kostnaderna är låga. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet, basbehandling vid psoriasis.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
3b	Psoriasis, lindrig <i>Steroider grupp III</i>	Tillståndets svårighetsgrad är liten. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis och kostnaderna är låga. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet, basbehandling vid psoriasis.	6
4a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>kalcipotriol</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har något mindre effekt än både kortikosteroider och kombinationsbehandling med steroid och kalcipotriol på läkning av psoriasis, och kostnaderna är högre.	6
4b	Psoriasis, lindrig <i>kalcipotriol</i>	Tillståndets svårighetsgrad är liten. Åtgärden har något mindre effekt än både kortikosteroider och kombinationsbehandling med steroid och kalcipotriol på läkning av psoriasis, och kostnaderna är högre.	8
5a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Steroid och kalcipotriol i kombination (salva, gel eller skum)</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har måttligt bättre effekt än kortikosteroider på läkning av psoriasis, men kostnaderna är mycket högre.	7
5b	Psoriasis, lindrig <i>Steroid och kalcipotriol i kombination (salva, gel eller skum)</i>	Tillståndets svårighetsgrad är liten. Åtgärden har måttligt bättre effekt än kortikosteroider på läkning av psoriasis, men kostnaderna är mycket högre.	9
6	Svårbehandlad lokaliserad psoriasis <i>Buckybehandling</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har stor effekt på svårbehandlad lokaliserad psoriasis. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet. Användningen begränsas av total livsdos av strålningen. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	4
7	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Ljusbehandling, UVB</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis och är ett alternativ till systemisk läkemedelsbehandling. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
8	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Re-UVB</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
		rande. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet, mindre lämpligt för kvinnor i fertil ålder.	
9	Svårbehandlad psoriasis med otillräcklig effekt av annan behandling  <i>PUVA, under förutsättning att behandlingen sker under begränsad tid och enligt adekvat behandlingsprotokoll, samt med uppföljning</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Åtgärden har stor effekt på svårbehandlad psoriasis med otillräcklig effekt av annan behandling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet.	4
10	Psoriasis, svår  <i>acitretin</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Effekten är måttlig men kostnaderna är låga och åtgärden möjliggör kombinationsbehandlingar. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet.	4
11	Psoriasis, svår  <i>metotrexat</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Effekten är stor och kostnaderna är låga. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet, kräver regelbunden monitorering.	2
13	Psoriasis, svår  <i>apremilast</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Effekten är måttlig och risk för suicid kan inte uteslutas. Kostnadseffektiviteten är osäker på grund av pris-sänkningar av jämförelseläkemedel.	7
14a	Psoriasis, svår  <i>TNF-alfa-hämmare etanercept</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Effekten är stor och tillgänglighet till biosimilarer innebär lägre kostnader än adalimumab.	3
14b	Psoriasis, svår  <i>TNF-alfa-hämmare adalimumab</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Fler patienter läker ut huden jämfört med patienter med etanercept, men kostnaden för behandlingen är högre än alternativet.	3
14c	Psoriasis, svår  <i>TNF-alfa-hämmare infliximab</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Fler patienter läker ut huden jämfört med patienter med etanercept, men behandlingen kräver besök hos vårdgivare vilket tar tid för patienten och kräver ökade resurser från hälso- och sjukvården.	4
15b	Psoriasis, svår  <i>IL-17-hämmare ixekizumab</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Fler patienter läker ut huden jämfört med patienter med etanercept, men kostnaden för behandlingen är högre. Kommentar: Den kliniska erfarenheten är begränsad. Det saknas kunskap om långtidseffekter av behandlingen.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
15c	Psoriasis, svår <i>IL-17-hämmare sekukinumab</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Fler patienter läker ut huden jämfört med patienter med etanercept, men kostnaden för behandlingen är högre. Kommentar: Den kliniska erfarenheten är begränsad. Det saknas kunskap om långtidseffekter av behandlingen.	4
16	Psoriasis, svår <i>IL-12/23-hämmare ustekinumab</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Fler patienter läker ut huden jämfört med etanercept, men kostnaden för behandlingen är dock för tillfället högre än för alla andra biologiska läkemedel.	4
18	Svår psoriasis, otillräcklig effekt av andra behandlingsprinciper och särskilt behov av utbildning, förändrade levnadsvanor samt fysisk aktivitet <i>Klimatvård med vårdteam i minst tre veckor</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Åtgärden är omfattande och ger ökade förutsättningar till förbättrad symtomlindring och minskar risken för framtida besvär. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
22	Psoriasis <i>Tidig insättning av systemisk behandling</i>	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att granska effekten av tidig insättning av systemisk behandling vid psoriasis. Det finns pågående kliniska studier.	FoU
23	Psoriasis, svår <i>Strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Åtgärden förbättrar patientens delaktighet i vården och ger ett underlag för att optimera behandlingen. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	2
24	Psoriasis och låg livskvalitet <i>Samtalsstöd</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Åtgärden har en måttlig effekt på psoriasis i huden. Kommentar: Åtgärden bör ses som en del i ett helhetsgrepp om sjukdomen.	3
25	Psoriasis, svår <i>Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Genomgång av riskfaktorer och levnadsvanor ger grunden för att ta hand om sin egen sjukdom. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	2

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
26	Psoriasis <i>Psoriasisutbildning</i>	Tillståndets svårighetsgrad är måttlig. Genomgång av sjukdomen, behandling, riskfaktorer och levnadsvanor ger patienten grunden för att ta hand om sin egen sjukdom. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Psoriasisutbildning kan erbjudas individuellt eller i grupp.	5
31	Psoriasis och hög stress <i>Stresshantering med KBT</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har måttlig effekt på stress och liten effekt på psoriasis i huden.	7
33	Psoriasis, svår <i>Återkommande utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Svår psoriasis medför en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar och metabolt syndrom. Återkommande utvärderingar förbättrar möjligheten att hitta behandlingsbara riskfaktorer.	3
34	Psoriasis med misstänkt psoriasisatrofi <i>Utredning av psoriasisartropati</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Korrekt diagnos möjliggör att rätt behandling sätts in. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
35	Barn med psoriasis <i>Psoriasisutbildning för barn och vårdnadshavare</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Kunskap om sjukdomen, behandling och hur levnadsvanor kan påverka den ger förutsättningar för barnet att ta hand om sin sjukdom och för närstående att hjälpa till. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
36	Barn med misstänkt psoriasis <i>Dermatologisk specialistbedömning</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. En dermatologisk specialistbedömning ger grunden för en korrekt diagnos och rätt insatser från vården. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
37	Svår psoriasis på fötterna <i>Medicinsk fotvård</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Åtgärden har stor effekt på aktivitetsförmåga och delaktighet och förbättrar den upplevda livskvaliteten. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
38	Psoriasis i hårbotten <i>Steroider grupp III-IV</i>	Tillståndets svårighetsgrad är måttlig till stor. Effekten är stor på läkning av psoriasis, och kostnaden är låg.	3
39	Psoriasis i hårbotten <i>Steroider grupp III-IV och kalcipotriol</i>	Tillståndets svårighetsgrad är måttlig till stor. Effekten är likvärdig med enbart steroider klass III-IV på läkning av psoriasis, men kostnaden är betydligt högre.	5
40	Psoriasis i ansiktet <i>takrolimus</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har måttlig effekt på läkning av psoriasis. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: används på tunn hud när steroider inte har önskad effekt.	7
41	Psoriasis i ansiktet <i>Steroider grupp I-II</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har måttlig effekt på läkning av psoriasis, och kostnaderna är låga. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Lång klinisk erfarenhet.	3
42	Psoriasis invers <i>Steroid grupp II-III</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har stor effekt på läkning av psoriasis och kostnaderna är låga. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärdens effekt har stöd i beprövad erfarenhet som tagits fram genom ett systematiskt konsensusförfarande.	3
43	Psoriasis invers <i>takrolimus eller pimekrolimus</i>	Tillståndets svårighetsgrad är stor. Åtgärden har likvärdig effekt som grupp II-III-steroider på läkning av psoriasis, men kostnaderna är högre.	6



## Bilaga 2. Metodbeskrivning av framtagande av populationerna

Socialstyrelsen har skattat prevalensen av psoriasis utifrån uppgifter i två nationella hälsodataregister, patientregistret och läkemedelsregistret. Personer med psoriasis har identifierats genom att de haft minst ett läkarbesök på sjukhus eller inläggning med psoriasis som huvud- eller bidiagnos i patientregistret, eller genom att de haft minst ett uttag av kalcipotriol i läkemedelsregistret under en tioårsperiod mellan 2007 och 2016. Den långa tidsperioden innebär att metoden även fångar personer som mindre regelbundet använder specialiserad sjukhusvård. Kalcipotriol används enbart för behandling av psoriasis. Metoden innebär en underskattning av den totala psoriasispopulationen eftersom den inte fångar personer med psoriasis som endast sökt vård i primärvården, som bara besökt annan vårdpersonal än läkare på sjukhus och som inte använder kalcipotriol.

Socialstyrelsen har beräknat antal personer med psoriasis i tre olika svårighetsgrader utifrån de tillstånd som inkluderas i riktlinjerna. Följande

kriterier har använts för att definiera de tre tillstånden svår psoriasis, medelsvår psoriasis samt lindrig psoriasis:

- *Svår psoriasis*: Personer som haft minst två läkarbesök med psoriasis som huvuddiagnos i patientregistret samt regelbunden användning av systemläkemedel aktuella för behandling av psoriasis under 2012–2016.
- *Medelsvår psoriasis*: Personer som haft minst två läkarbesök med psoriasis som huvuddiagnos under 2012–2016 utan att ha haft regelbunden användning av systemläkemedel.
- *Lindrig psoriasis*: Personer som uppfyller kriterierna för psoriasis men inte kriterierna för medelsvår och svår psoriasis.

De flesta systemiska behandlingar som används för svår psoriasis kan också användas för behandling av andra sjukdomar, såsom led- och tarmsjukdom. Det betyder att valet av förskrivning och nyttan av behandling kan påverkas av både psoriasis och annan sjukdom. Bland personer med svår psoriasis hade 45 procent minst ett uttag av ett systemiskt läkemedel som förskrivits från en hudklinik. Detta kan tolkas som att personerna har fått läkemedel primärt för sin psoriasis. Cirka en tredjedel av personerna med svår psoriasis hade även minst två läkarbesök med diagnosen ledsjukdom eller tarmsjukdom. Det är inte möjligt att utifrån registerdata avgöra om den systemiska behandlingen till dessa personer förskrevs primärt för psoriasis, ledsjukdom eller tarmsjukdom. Oavsett primär diagnos kan psoriasisens uttryck påverkas positivt vid behandlingen. För resterande 22 procent av gruppen personer med svår psoriasis förskrevs systemläkemedlet i en annan del av hälso- och sjukvården utan att det finns indikationer på att annan sjuklighet

än psoriasis skulle vara primär orsak. En förklaring till det kan vara organisatoriska faktorer såsom skillnader i tillgång till dermatolog i olika landsting och hur mindre sjukhus organiserar vården för personer med kronisk sjukdom.

# Bilaga 3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser:

## Tillägg

Inom ramen för riktlinjerna har Socialstyrelsen även sammanställt underlag för ett urval av åtgärder som inte är centrala rekommendationer men som har uppgifter i läkemedelsregistret om nuvarande uttag. Dessa åtgärder kan också vara alternativa behandlingar och jämförelsealternativ till de åtgärder som ingår i de centrala rekommendationerna.

- mjukgörare vid lindrig psoriasis
- mjukgörare vid medelsvår till svår psoriasis
- steroider grupp IV vid medelsvår till svår psoriasis
- steroider grupp IV vid lindrig psoriasis
- kalcipotriol vid medelsvår till svår psoriasis
- kalcipotriol vid lindrig psoriasis
- Acitetrin vid svår psoriasis
- Apremilast vid svår psoriasis

### Mjukgörare

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 1a–b)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om mjukgörare vid psoriasis kan leda till en omfördelning av hälso- och sjukvårdens resurser eftersom cirka två tredjedelar av personer med medelsvår och svår psoriasis inte har uttag av mjukgörare på recept samtidigt som ungefär var femte person med lindrig psoriasis har minst ett uttag av mjukgörare på recept.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan erbjuda alla personer med medelsvår och svår psoriasis mjukgörare vilket skulle innebära en ökning från 16 000 till 47 000 personer. Vid samma kostnad per person som 2016 skulle detta kunna innebära en ökad kostnad för hälso- och sjukvården på 23,5 miljoner kronor per år på nationell nivå. Om hälso- och sjukvården slutar förskriva mjukgörare vid lindrig psoriasis innebär det en minskning av hälso- och sjukvårdens kostnader på nationell nivå med 16,6 miljoner kronor. Enligt läkemedelsregistret hade merparten av alla personer med mjukgörare, 99 procent för medelsvår och svår psoriasis samt 98 procent för lindrig psoriasis, förskrivningar inom läkemedelsförmånen vilket betyder att kostnaden för patienten begränsas av högkostnadsskyddet. Rekommendationerna kan leda till en total kostnadsökning på cirka 6,8 miljoner kronor för mjukgörare och en omfördelning av resursanvändningen mellan patientgrupper. Personer med lindrig psoriasis kan fortsätta att använda mjukgörare men får bekosta behandlingen själv.

Under 2016 hade cirka 16 000 personer minst ett uttag av mjukgörare nationellt vid medelsvår och svår psoriasis och cirka 28 000 personer hade minst

ett uttag vid lindrig psoriasis. Antalet personer med minst ett uttag av mjukgörare per 100 000 invånare under 2016 skiljer sig mer mellan landstingen än vad som kan förväntas baserat på variationer i skattad prevalens såsom visas i diagram 1 och 2. Västra Götaland hade ett relativt lågt antal personer med mjukgörare vid båda tillstånden och Värmland hade relativt en hög andel personer med mjukgörare vid båda tillstånden. I övriga landsting var det inte alltid samma landsting som hade en hög andel personer med mjukgörare vid medelsvår och svår psoriasis som vid lindrig psoriasis.

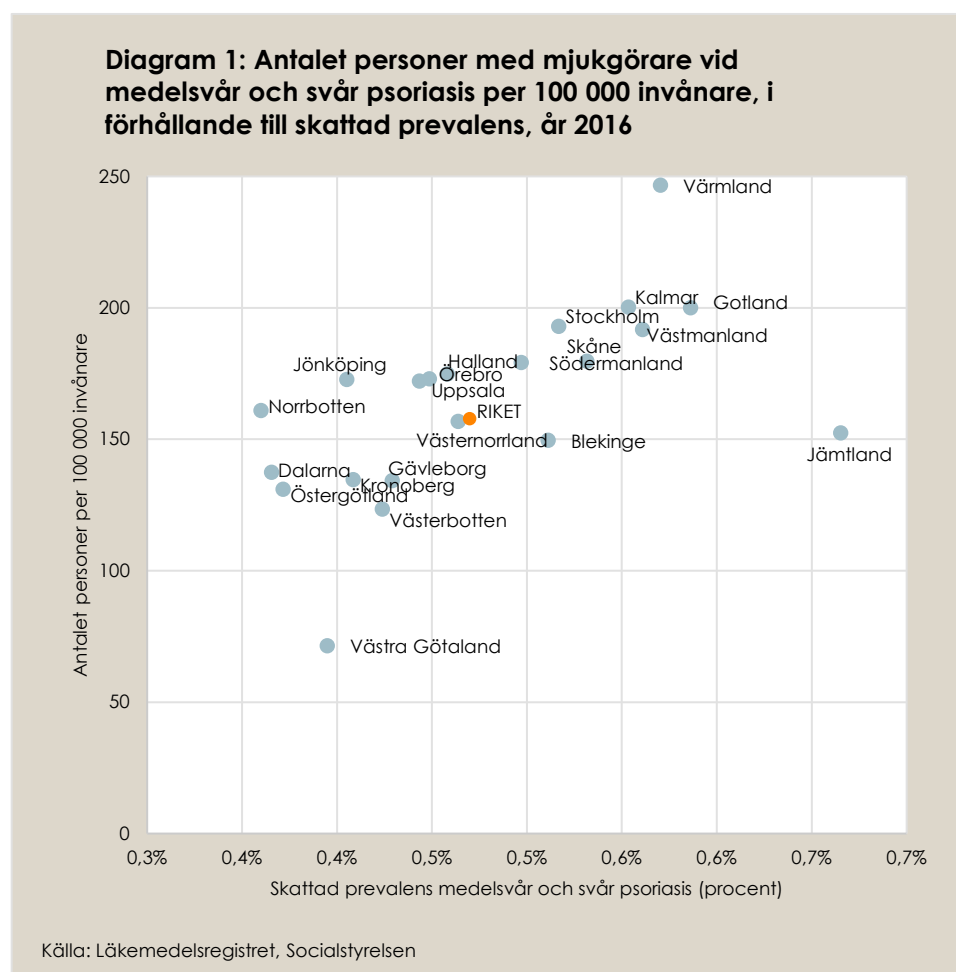
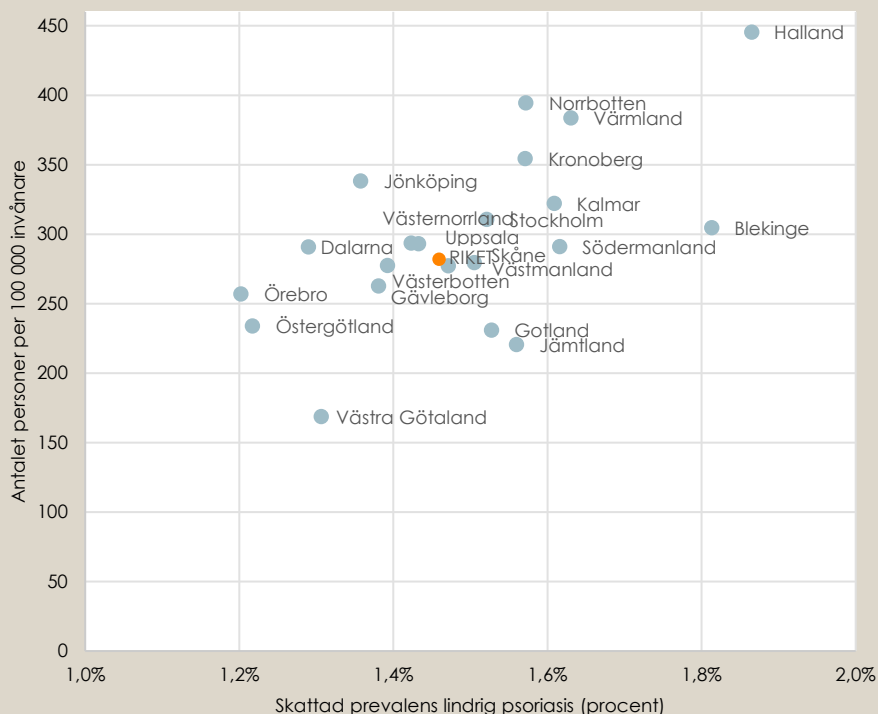


Diagram 1 visar att antalet personer med mjukgörare vid medelsvår och svår psoriasis varierar mellan 71 personer per 100 000 invånare i Västra Götaland till 247 personer per 100 000 invånare i Värmland. Prevalensen av medelsvår och svår psoriasis var densamma i Jönköping och Västra Götaland, men antalet personer som fått tillgång till mjukgörare är mer än dubbelt så hög i Jönköping i relation till befolkningen. Det finns regionala variationer i kostnad per person med mjukgörare vid medelsvår och svår psoriasis: lägst kostnad 2016 hade Gotland och Uppsala med omkring 640 kronor och högst var Norrbotten med 1000 kronor per person.

**Diagram 2: Antalet personer med mjukgörare vid lindrig psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 2 visar att antalet personer med mjukgörare vid lindrig psoriasis varierade mellan 169 personer per 100 000 invånare i Västra Götaland till 445 personer per 100 000 invånare i Halland, år 2016. Västra Götaland och Jönköpings län hade likande prevalens, men antalet personer som får tillgång till mjukgörare var dubbelt så hög i Jönköping i relation till befolkningen. De regionala variationerna i kostnad per person med mjukgörare vid lindrig psoriasis var mindre än vid medelsvår och svår psoriasis. Lägst var Kalmar och Kronoberg med cirka 550 kronor 2016 och högst var Örebro och Norrbotten med 650 kronor per person.

Kostnaden för mjukgörare var ungefär 30 procent högre vid medelsvår och svår psoriasis jämfört med vid lindrig psoriasis i riket 2016. Kostnaden per person med medelsvår och svår psoriasis var i genomsnitt 750 kronor och motsvarande vid lindrig psoriasis var 590 kronor 2016.

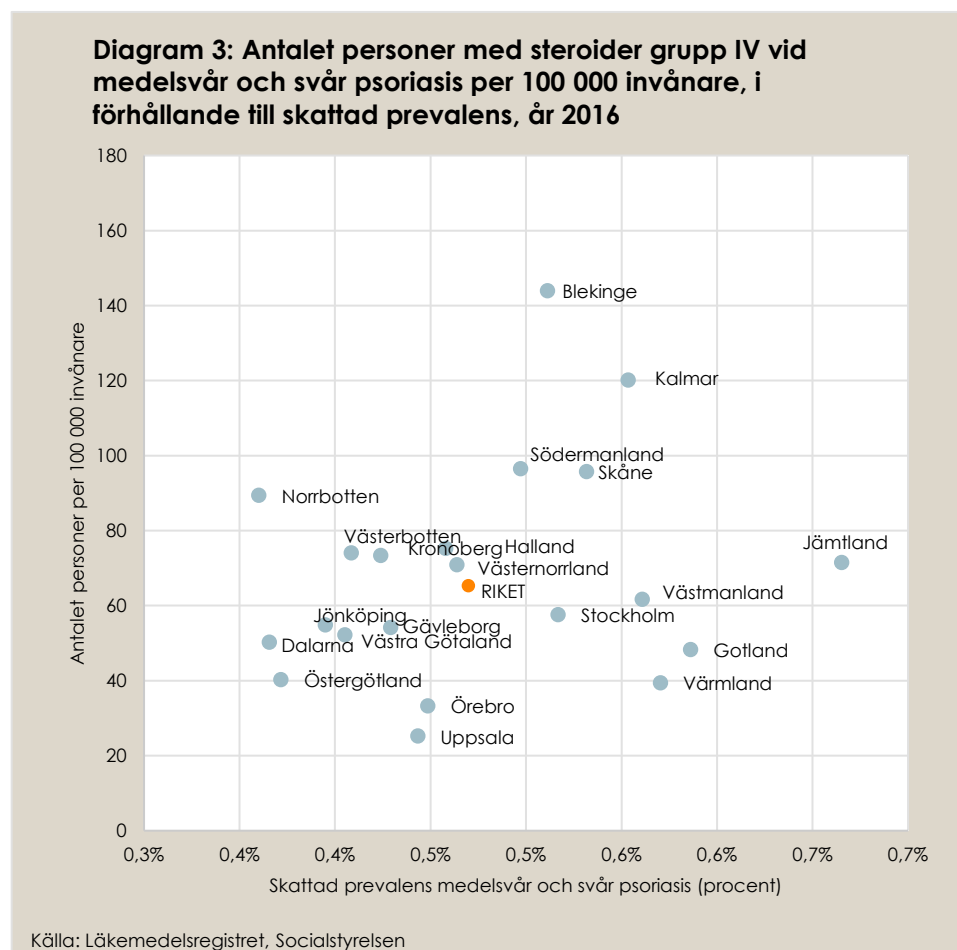
## Steroider grupp IV

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 2a–b)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om steroider grupp IV vid psoriasis kan leda till ökade kostnader inom hälso- och sjukvården eftersom endast sju procent av personer med lindrig psoriasis och 14 procent av personer med medelsvår och svår psoriasis har minst ett uttag av steroider grupp

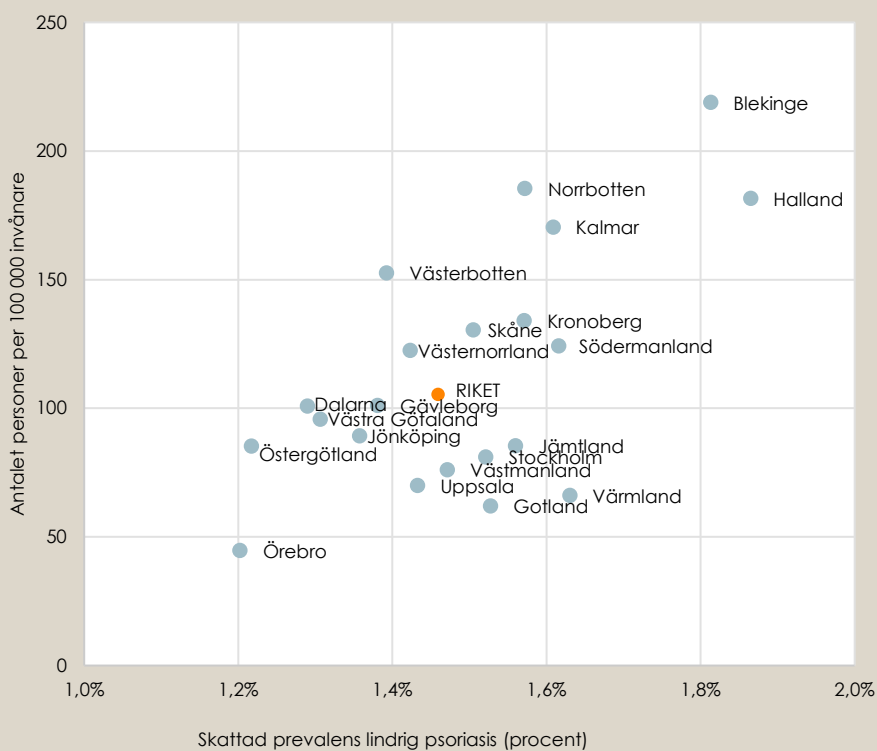
IV. Personer med psoriasis hämtade 2016 ut steroider grupp IV för 5,4 miljoner kronor varav 2,5 miljoner var vid medelsvår och svår psoriasis och drygt 2,9 miljoner vid lindrig psoriasis.

Om användningen av steroider grupp IV ökar med 20 procent bland personer med psoriasis, så ökar hälso- och sjukvårdens kostnader med 1 miljon kronor. Diagram 3 och 4 visar att antalet personer med minst ett uttag av steroider grupp IV per 100 000 invånare under 2016 skiljer sig mer än vad som kan förväntas i relation till beräknad prevalens.



Uppsala och Blekinge hade likartad prevalens av medelsvår och svår psoriasis, men antalet personer med minst ett uttag av steroider grupp IV var lägst i Uppsala län, 25 personer per 100 000 invånare, och som högst i Blekinge, 144 personer per 100 000 invånare såsom diagram 3 visar. Kostnaden per patient 2016 var också som lägst i Uppsala län, 260 kronor per person. Blekinge hade bland de högsta kostnaderna per person, 400 kronor. Norrbotten hade högst kostnad med 530 kronor per person vid medelsvår och svår psoriasis.

**Diagram 4: Antalet personer med steroider grupp IV vid lindrig psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 4 visar spridningen i antalet personer med steroider grupp IV vid lindrig psoriasis 2016. Den varierade mellan 45 personer per 100 000 invånare i Örebro till 219 personer per 100 000 invånare i Blekinge. En del av skillnaderna kan förklaras med skillnader i prevalensen av lindrig psoriasis mellan landstingen, men även andra faktorer bidrar. Kostnaden per person varierade mellan 200 kronor per person på Gotland till 330 kronor i Blekinge och Östergötland vid lindrig psoriasis.

Kostnaden för steroider grupp IV var ungefär 40 procent högre vid medelsvår och svår psoriasis jämfört med lindrig psoriasis i riket 2016. Kostnaden per person var i genomsnitt 380 kronor vid medelsvår och svår psoriasis och 280 kronor vid lindrig psoriasis.

## Kalcipotriol

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 4a–b)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om kalcipotriol vid psoriasis kan påverka resursanvändningen och kostnaderna eftersom den nuvarande användningen är begränsad.

Knappt 250 personer i riket hade minst ett uttag av kalcipotriol 2016, varav omkring 110 personer med lindrig psoriasis och omkring 140 personer med medelsvår och svår psoriasis. Den begränsade användningen av kalcipotriol som monoterapi idag kan bero på att produkten inte fanns på

svenska apotek under ett antal år. Innan 2012 var det mellan 10 000 och 20 000 personer som årligen hämtade ut kalcipotriol men sedan fanns behandlingen endast som steroid och kalcipotriol i kombination. Den totala kostnaden för kalcipotriol 2016 var knappt 420 000 kronor varav merparten var för personer med medelsvår och svår psoriasis (320 000 kronor).

Genomsnittskostnaden per person med medelsvår och svår psoriasis var 2 350 kronor 2016. Den genomsnittliga kostnaden per person var nästan tre gånger större bland personer med medelsvår och svår psoriasis än dem med lindrig psoriasis. Kostnaderna per person motsvarar en användning på 620–880 gram vid medelsvår och svår psoriasis och 230–330 gram vid lindrig psoriasis, beroende på om salva eller gel används.

## Acitetrin vid svår psoriasis

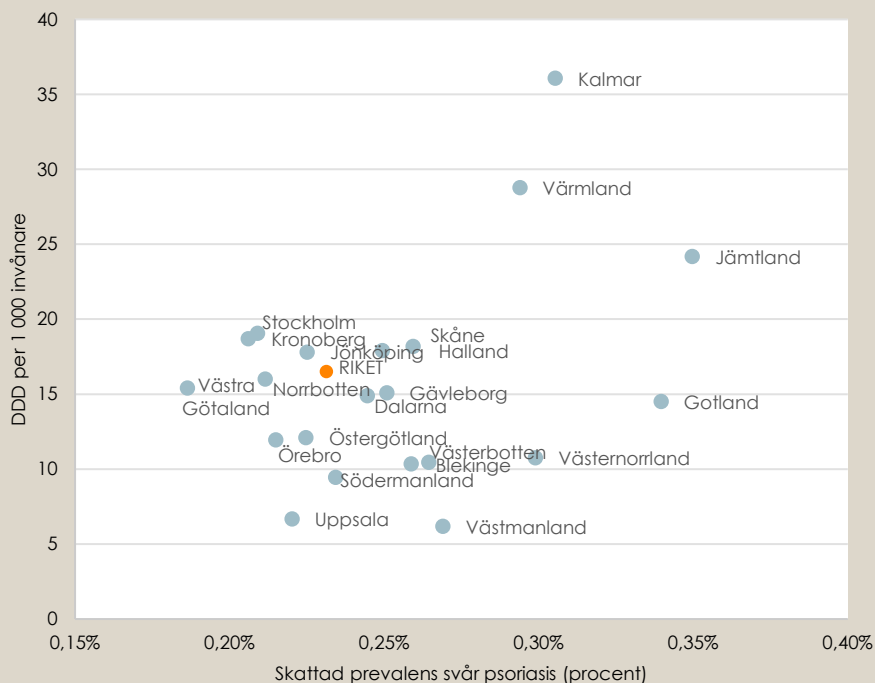
*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 10)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om acitetrin vid svår psoriasis inte behöver ändra den totala förskrivningen av acitetrin i ett nationellt perspektiv. Däremot visar statistiken från läkemedelsregistret på betydande regionala skillnader. Fem procent av patienter med svår psoriasis hade minst ett uttag av acitetrin under år 2016. Totalkostnaden var tre miljoner nationellt vid svår psoriasis och kostnaden per person var 2 500 kronor.

Diagram 5 visar att det finns en betydande regional spridning mellan landstingen i antal uttagna DDD acitetrin per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen personer med svår psoriasis. DDD per 1 000 invånare i riket var 17. Kalmar hade en något lägre prevalens än Västmanland, men DDD per 1 000 invånare var sex gånger högre.



**Diagram 5: Antalet definierade dygnsdoser av acitetrin (ATC D05BB02) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



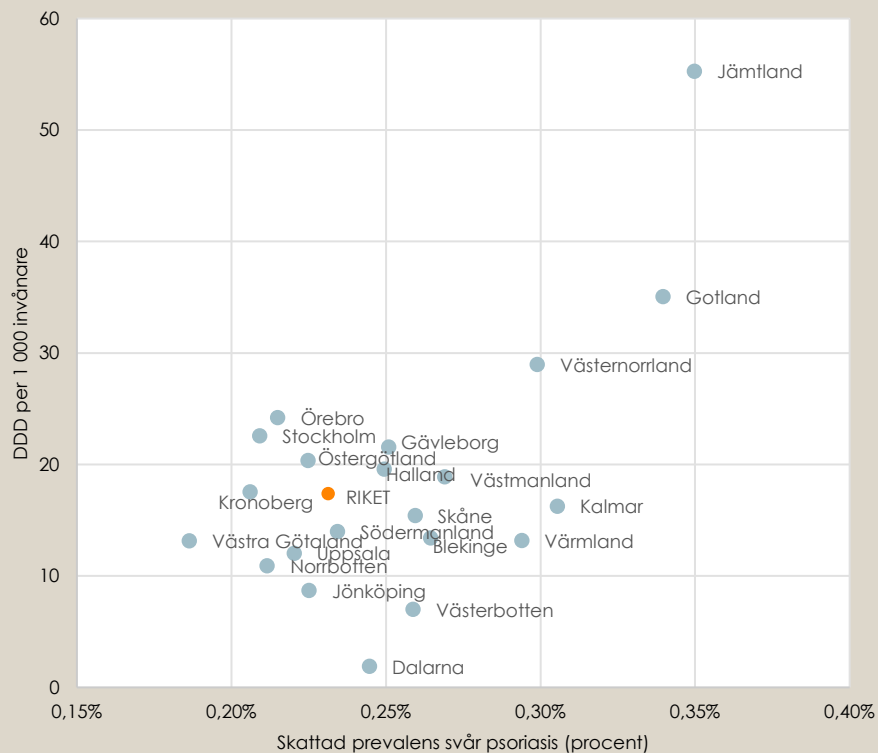
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Apremilast vid svår psoriasis

*(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 13)*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om apremilast kan minska hälso- och sjukvårdens kostnader för apremilast till en fjärdedel. Cirka 1 000 personer med svår psoriasis hade uttag av apremilast under 2016, vilket motsvarar cirka fyra procent av personer med svår psoriasis. I riket hämtades det ut 17 definierade dygnsdoser, DDD, per 1 000 invånare och kostnaden var 45 000 kronor per person med uttag 2016. I riket var läkemedelskostnaden för apremilast 47 miljoner kronor. Socialstyrelsen bedömer att antalet personer kan minska till en fjärdedel. Hälso- och sjukvårdens kostnader kan då minska med 35 miljoner kronor.

**Diagram 6: Antalet definierade dygnsdoser av apremilast (ATC L04AA32) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, år 2016**



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 6 visar en betydande regional spridning i uttagsvolymen av apremilast per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen personer med svår psoriasis. Prevalensen var liknande i Jämtland och Kalmar, men DDD per 1 000 invånare var mer än tre gånger så hög i Jämtland. DDD per 1 000 invånare var 16 i Kalmar och 55 i Jämtland. Dalarna hade lägst DDD per 1000 invånare och det är få personer med psoriasis som hade uttag av apremilast i landstinget. Det är vanligt med regionala variationer för nyligen godkända läkemedel och apremilast ingår i läkemedelsförmånen sedan 2015.

## Bilaga 4. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Tillstånds-och åtgärdslista (fullständig)
- Kunskapsunderlag
- Hälsöekonomiskt underlag
- Indikatorer
- Metodbeskrivning

Samtliga bilagor finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer).