

Nationella riktlinjer – utvärdering

Utvärdering 2019 – vård vid psoriasis

Indikatorer och underlag för bedömningar

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

Artikelnummer 2019-12-6484
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2019

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av vård vid psoriasis. Utvärdering beskriver vården av personer med psoriasis utifrån de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis som publicerades i mars 2019. Utvärderingen ger en beskrivning av nuläget och är ett underlag för det framtida prioriterings- och kvalitetsarbetet inom området.

Utvärderingen består av två rapporter, huvudrapport och underlagsrapport. Denna huvudrapport är en sammanfattning med förbättringsområden och vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regionen men den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar, berörda yrkesgrupper samt media. I underlagsrapporten publiceras samtliga resultat och en metodbeskrivning.

Projektledare för utvärderingen har varit Tobias Edbom. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Christina Broman, Carolin Holm, Alistair Hind, Alexandra Karlen, Max Köster, Mikael Nyman och My Raquette. Externa experter har varit, Eva Angesjö, Susanne Bergqvist, Marcus Schmitt-Egenolf och Åke Svensson.

Ett särskilt tack riktas till det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis, som har bidragit med underlag till utvärderingen.

Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning	7
Beskrivning av uppdraget	7
Syfte och avgränsningar	7
Metod	8
Övriga metodaspekter	11
Begrepp och definitioner	12
Indikatorförteckning	13
Levnadsvanor och samsjuklighet.....	15
Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis.....	15
Utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer	17
Utvärdering av misstänkt psoriasisartropati	18
Depression vid psoriasis.....	20
Uppföljning av levnadsvanor och samsjuklighet i primärvården	21
Analys av resultat för levnadsvanor och samsjuklighet	22
Utredning och uppföljning	23
Planerade besök i öppen specialiserad vård.....	23
Tillgång till specialistläkare i dermatologi och venerologgi	25
Strukturerad uppföljning av behandling	26
Dermatologisk specialistbedömning av barn och unga med misstänkt psoriasis	29
Utredning och uppföljning av psoriasis i primärvården.....	30
Analys av resultat.....	31
Behandling och uppföljning vid specifikt lokaliserad psoriasis	32
Medicinsk fotvård och uppföljning vid svår psoriasis på fötterna.....	32
Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis.....	33
Klimatvård och uppföljning med vårdteam vid svår psoriasis.....	34
Analys av resultat.....	37
Systemisk behandling och uppföljning	38
Metotrexat	38
Uppföljning av metotrexat	40
Biologiska läkemedel	43
Uppföljning av biologiska läkemedel	45
Analys av resultat.....	47
Organisation och styrning av vården vid psoriasis	48

Samverkan på regionnivå	48
Samverkan inom specialiserad vård	48
Samverkan inom primärvård	50
Analys av resultat	50
Rapportering till registret för systembehandling av psoriasis	51
Analys av resultat	53
Referenser	54
Bilaga 1 Projektorganisation	56
Projektledning	56
Expertstöd	56
Övriga projektmedarbetare	56
Bilaga 2 Socialstyrelsens hälsodataregister	57
Bilaga 3 Indikatorer	58
Bilaga 4 Enkäter	59

Inledning

Beskrivning av uppdraget

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva de egenskaper som en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. God vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån en god vård och omsorg. Detta innebär bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och målnivåer, samt genomföra utvärderingar av vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

De nationella riktlinjerna och utvärderingen för är en del av ett regeringsuppdrag, och syftar till att utveckla vården och omsorgen för personer med kroniska sjukdomar. Denna första utvärdering utgår från de rekommendationer som Socialstyrelsen tog fram i de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis som publicerades i mars 2019 [1].

Syfte och avgränsningar

Utvärderingens syfte

Utvärderingens syfte är att beskriva och jämföra regionernas strukturer och processer för vård vid psoriasis, utifrån ett diagnostiserings-, behandlings- och omvårdnadsperspektiv. Utvärderingen utgår från de nationella riktlinjernas centrala rekommendationer. Rekommendationerna gäller organisation, diagnostik och behandling.

Rapportens avgränsningar

Utvärderingen tar inte upp barn och ungdomar eftersom behandling specifikt för barn och unga under 18 år inte ingår i riktlinjerna. Däremot ingår en rekommendation om utredning av misstänkt psoriasis hos barn. Utvärderingen tar inte heller upp kostnader för läkemedelsrekommendationerna eller socioekonomiska faktorer.

Intressenter

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och-, verksamhetschefer inom regionerna. Rapporten kan även vara till nytta för andra intressenter, som patientföreningar, professioner och medier.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en projektgrupp inom Socialstyrelsen, med stöd av externa experter. Arbetsgruppen har samverkat med det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg). Socialstyrelsen har även samverkat med Svenska Psoriasisförbundet, en intresseorganisation för personer med psoriasis och psoriasisartrit. Ett stort antal personer har medverkat i och på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Nationella målnivåer

Socialstyrelsen kommer att ta fram nationella målnivåer för ett urval av de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna under 2020. Målnivåerna anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna kan användas som utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som stöd i arbetet med styrning och ledning av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen fastställer målnivåerna enligt en beprövad modell där statistiska underlag och konsensusförfarande ingår [2].

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer ett metodavsnitt, som beskriver arbetet med att samla in uppgifter om regionernas insatser till personer med psoriasis. Avsnittet beskriver de datakällor vi har använt och andra relevanta metodaspekter, och tydliggör centrala begrepp och definitioner i rapporten.

Därefter följer utvärderingen av psoriasisvården utifrån de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis. Vissa rekommendationer följs upp med riktade indikatorer, men det finns även indikatorer som inte har specifika rekommendationer kopplat till sig.

Rapporten avslutas med en utvärdering av samverkan mellan de olika vårdnivåer som utreder och behandlar personer med psoriasis.

Bilagorna innehåller följande:

1. förteckning över projektdeltagare och andra som har bidragit i arbetet
2. beskrivning över populationen som tagits fram genom Socialstyrelsens hälsodataregister
3. indikatorbeskrivningar
4. enkäter.

Metod

Denna rapport presenterar en första utvärdering av vården vid psoriasis utifrån de nationella riktlinjernas rekommendationer publicerade i mars 2019 [2]. Rapporten ger en beskrivning av nuläget och kan ses som ett underlag för det framtida prioriterings- och kvalitetsarbetet inom området.

Utvärderingen bygger på uppgifter från nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsens hälsodataregister och enkäter.

Datakällor

Socialstyrelsen har använt data från det nationella kvalitetsregistret PsoReg. Andra datakällor är läkemedelsregistret, patientregistret och dödsorsaksregistret.

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är både obligatorisk och lagstadgad, medan rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig. Regionerna väljer själva om de vill ansluta sig till kvalitetsregistren, och personerna kan avböja att deras uppgifter registreras.

I utvärderingen har uppgifter även inhämtats via enkätundersökningar till regionledningen, den specialiserade vården och primärvården.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. Det ger bättre förutsättningar för att kunna följa vårdens utveckling både regionalt och nationellt.

Det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg) följer personer med psoriasis som behandlas inom den specialiserade vården. I PsoReg registreras mest personer med svår psoriasis som också får biologiska läkemedel, även om en stor andel av dem också får syntetiska läkemedel.

Syftet med PsoReg är att

- mäta effekten av insatt systembehandling samt följsamheten till behandlingsriktlinjer, såsom behandlingsmål PASI < 3 och DLQI ≤ 5
- uppmärksamma samsjuklighet och levnadsvanors betydelse för psoriasis och behandlingseffekt
- bidra till kvalitetshöjning genom jämförelser mellan klinikernas sätt att handlägga personer
- återföra kunskapsvinster till sjukvården och patienter och därigenom kontinuerligt förbättra psoriasisvården med fokus på patientsäkerhet, behandlingsutfall och jämlik och effektiv vård.

Registrets målgrupp är i första hand personer med psoriasis som får systembehandling. Denna grupp sköts i regel av dermatologer, det vill säga inom den specialiserade vården.

Socialstyrelsens hälsodataregister

Patientregistret

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister och innehåller uppgifter om personernas vårdkontakter och diagnoser vid läkarbesök. Registret omfattar offentliga och privata vårdgivare, i både den öppna och slutna, specialiserade vården, även om bortfallet från privata vårdgivare är större än från offentliga.

Däremot omfattar patientregistret inte primärvården, eftersom Socialstyrelsen saknar lagstöd för att samla in och behandla dessa uppgifter. Patientregistret kan därför endast användas i begränsad omfattning för att beskriva

insatser vid psoriasis, eftersom personer med lindrig och medelsvår psoriasis ofta utreds och behandlas inom primärvården.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som hämtats ut mot recept eller motsvarande från 2005 och framåt. Registret uppdateras varje månad.

Läkemedel som ges i den slutna vården, tas ur läkemedelsförråd eller köps utan recept ingår inte i registret.

Fram till i dag har registret inte innehållit information om orsaken till att läkemedlet skrivs ut, men framöver kommer även det att registreras.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid tiden för dödsfallet. Dödsorsaksregistret uppdateras årligen och innehåller uppgifter från år 1961 och framåt.

När vi gjorde analyserna i denna rapport fanns uppgifter om dödsdatum för avlidna fram till och med år 2017.

Enkätundersökningar

För att samla in information till utvärderingen har Socialstyrelsen genomfört tre enkätundersökningar, till

- regionledningar
- den specialiserade vården som ansvarar för vård vid psoriasis
- primärvården.

Med primärvård avses vårdcentraler eller motsvarande.

Alla vårdgivare som ingår i undersökningen hör till en region, eller har avtal med en region.

Enkäten till den specialiserade vården var en totalundersökning, medan enkäten till primärvården endast skickades till ett representativt urval, cirka en tredjedel av landets vårdcentraler eller motsvarande.

Vid utskicket användes ett elektroniskt enkätverktyg (Survey Generator). Frågorna avsåg att mäta förhållandena från 2017 och fram till augusti 2018, om inget annat angavs i frågan.

Samtliga enkätfrågor finns i bilaga 4.

Enkät till regionledningar

Alla regionledningar svarade på enkäten.

De personer som svarade i respektive region var huvudsakligen verksamhetschefer alternativt chefsläkare eller överläkare. I vissa regioner besvarades enkäten av personer med en befattning som motsvarar verksamhetsutvecklare.

Vilken befattning respondenten har kan ha betydelse för validiteten i svaren på enkäten.

Enkät till den specialiserade vården

Enkäten till den specialiserade vården var en totalundersökning till alla 118 hudspecialistmottagningar, både privata och offentliga. 64 procent svarade på enkäten.

Enkät till primärvården

Enkäten till primärvården skickades till ett urval av alla primärvårdsmottagningar i Sverige, både privata eller offentliga. 388 mottagningar fick enkäten, vilket motsvarar cirka 30 procent. Av dem svarade 140 mottagningar, vilket motsvarar 36 procent.

Åldersstandardisering

Resultaten för flera indikatorer och läkemedel har åldersstandardiserats genom en så kallad direkt standardisering. Ålderskategorierna har då viktats om för att ge varje jämförd grupp standardpopulationens åldersfördelning.

Åldersstandardisering underlättar jämförelser mellan kön, regioner och år, genom att eliminera de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättning.

När mätningarna relaterar till Sveriges befolkning används åldersfördelningen i befolkningen för 2017 som standard. För övriga mått används populationens åldersfördelning i respektive mätning som standard.

Den totala åldersfördelningen för män och kvinnor används alltid som standard i denna rapport. Detta gör det möjligt att jämföra resultaten för män och kvinnor.

Jämförelser av data

I rapporten presenteras resultaten utifrån organisatorisk nivå (riket och region). Syftet med att jämföra uppgifterna utifrån denna nivåindelning är att synliggöra eventuella regionala ojämlikheter i vården till personer med psoriasis.

Samtliga indikatorer jämförts utifrån kön, men resultaten presenteras i diagram enbart när det finns statistiskt signifikanta könsskillnader. Tidsserier presenteras endast för riket.

I mätningar som enbart baseras på Socialstyrelsens datakällor eller när dessa samkörts med data från PsoReg eller andra datakällor, redovisas resultaten efter personens hemorts län. För indikatorer och övriga resultat som enbart baseras på data från PsoReg redovisas resultaten utifrån vilken region som utfört vården.

Om inget annat anges avser uppgifterna personer 18 år och äldre.

Övriga metodaspekter

Presentation av uppgifter i diagram

I utvärderingen redovisas informationen för riket som helhet samt för regionerna. Samtliga diagram rangordnar regionerna utifrån principen att det bästa resultatet finns högst upp och det sämsta längst ner. Där det inte går att värdera resultatet rangordnas regionerna utifrån principen högsta till lägsta värde.

Statistisk osäkerhet och konfidensintervall

Den statistiska osäkerheten, det vill säga risken att resultatet beror på slumpen, illustreras i de flesta fall genom ett så kallat konfidensintervall. Mindre

regioner har jämförelsevis få fall inom olika kategorier, vilket ger en större osäkerhet i resultaten och därmed större konfidensintervall.

På grund av den högre statistiska osäkerheten finns små regioner oftare i toppen eller botten av diagrammen, medan det omvända gäller för de största regionerna.

Begrepp och definitioner

Svårighetsgrad av psoriasis utifrån bedömningsinstrument

Psoriasis kan delas in i lindrig, medelsvår och svår sjukdom. Detta gör läkaren med bedömningsinstrumentet psoriasis area and severity index (PASI).

Patienten kan också själv bedöma hur mycket sjukdomen påverkar livskvaliteten. Detta görs med bedömningsinstrumentet dermatology life quality index (DLQI). Patienten får då svara på 10 frågor om sin vardag, där varje fråga ger 0 till 3 poäng (3 poäng innebär störst påverkan på livskvaliteten).

Så här ser indelningen i svårighetsgrad ut, enligt de två bedömningsinstrumenten:

- lindrig psoriasis: PASI < 3, DLQI ≤ 5
- medelsvår psoriasis: PASI 3–9, DLQI > 5–9
- svår psoriasis: PASI ≥ 10, DLQI ≥ 10.

I vissa fall kan patientens livskvalitet påverkas kraftigt även om inte en stor hudyta är drabbad. Det gäller till exempel om hudförändringarna finns på händerna, på naglarna, på fötterna, i hårbotten, i ansiktet eller genitalt. Vidare får en viss andel av personerna inte tillräckligt stor effekt av behandling. Sjukdomen kallas då svårbehandlad psoriasis.

Svårighetsgrad av psoriasis utifrån Socialstyrelsens hälsodataregister

Svårighetsgraden i psoriasispopulationen operationaliseras med hjälp av Socialstyrelsens patientregister samt läkemedelsregistret. I utvärderingen har svårighetsgraden i psoriasispopulationen klassats som lindrig, medelsvår och svår.

Den huvudsakliga psoriasispopulationen, oberoende av svårighetsgrader, består av diagnoserna psoriasis (L40 exkluderad L40.2 och L40.3) som huvud- eller bidiagnos i patientregistret, eller uttag av läkemedel såsom kalcipotriol (D05AX02) eller kalcipotriolkombinationer (D05AX52). Inom psoriasispopulationen används definitionerna lindrig, medelsvår och svår.

I Socialstyrelsens hälsodataregister förekommer endast diagnos satt av läkare i den specialiserade vården, inte i primärvården. För att bedöma svårighetsgraden i psoriasispopulationen kopplas diagnostik enligt ovan därför ihop med frekvensen av uttag av systemiska läkemedel (se bilaga 2).

Specialiserad vård

I rapporten används benämningen specialiserad vård liktydigt med dermatologisk vård, eller för alla hudspecialistmottagningar drivna i offentlig eller privat regi.

I delar av rapporten benämns även specialistläkare i dermatologi och venerologi som hudspecialister.

Primärvård

I rapporten används benämningen primärvård för vårdcentraler eller motsvarande. Med vårdcentraler avses även husläkarmottagningar, allmänläkarmottagningar, hälsocentraler eller motsvarande. Primärvårdsmottagningarna är drivna i regionens regi, eller i privat regi med vårdavtal med regionen.

Indikatorförteckning

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis. Vi har också tagit fram andra indikatorer med stor relevans för området, till exempel uppnådda behandlingsmål.

De flesta indikatorerna är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor. Andra är så kallade utvecklingsindikatorer, vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp indikatorerna 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.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid psoriasis. Hänvisning till aktuellt radnummer för respektive rekommendation i Nationella riktlinjer framgår i tabellen under *Rekommendation*.

Tabell 1. Indikatorer som mäter följsamhet till rekommendationer för vård vid psoriasis

Nummer	Namn	Rekommendation
Indikator 1	Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis	25
Indikator 2*	Utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer	33
Indikator 3*	Utredning av psoriasisartropati	34
Indikator 4.1	Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått	23
Indikator 4.2	Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått 3 till 12 månader efter insättning	23
Indikator 5*	Medicinsk fotvård	37
Indikator 6*	Klimatvård	18

*Utvecklingsindikator.

Tabell 2. Resultatindikatorer och övriga indikatorer med stor relevans för vård vid psoriasis

Nummer	Namn
Indikator 7	Antidepressiva läkemedel
Indikator 8	Planerade besök i öppen specialiserad vård
Indikator 9	Inskrivning i slutenvård vid psoriasis
Indikator 10	Uppnådda behandlingsmål
Indikator 11	Rapportering till registret för systembehandling av psoriasis, PsoReg

Levnadsvanor och samsjuklighet

Samsjuklighet vid psoriasis är vanligt och viktigt att vara uppmärksam på. Därför är det viktigt för personer med psoriasis, och för vården, att vara uppmärksam på symtom som kan tyda på förekomst av andra sjukdomar som hjärt-kärlproblem, mag-tarmbesvär och depression. Det är inte heller ovanligt med ett riskbeteende när det gäller levnadsvanor såsom kosthållning, fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion. Ett sådant riskbeteende kan förvärra både samsjukligheten och psoriasissjukdomen i sig.

Åtgärder vid psoriasis såsom patientutbildning och samtalsstöd är därmed minst lika viktiga som läkemedelsbehandling vid psoriasis. Med sådana insatser får personer bättre förutsättningar att både hantera och förbättras i sin sjukdom.

Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis

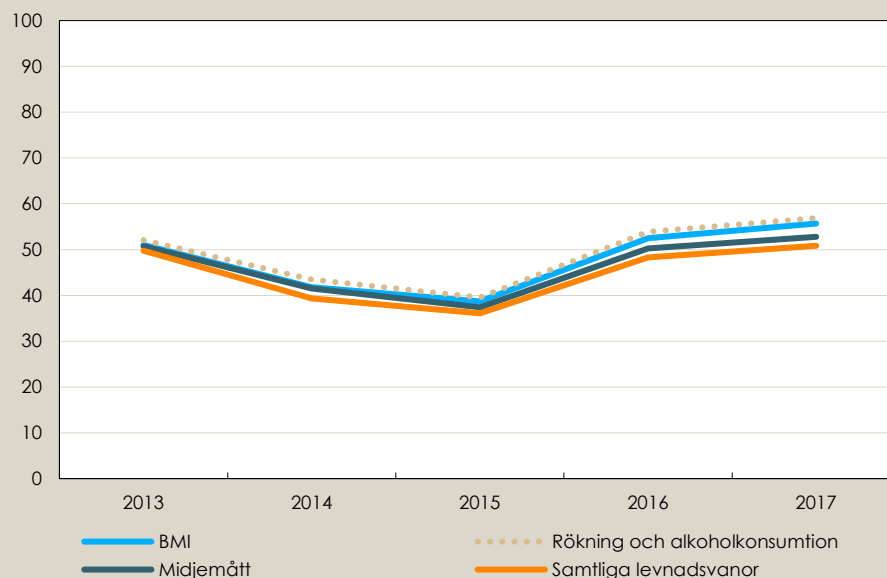
Genomgångar av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor såsom body mass index (BMI), midjemått, rökning och alkoholkonsumtion gör det lättare att sätta in åtgärder tidigt. Uppföljning av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis är en central rekommendation med prioritet 2 i de nationella riktlinjerna [1].

Diagram 1 visar att vården följer upp cirka hälften av personerna med svår psoriasis avseende riskfaktorerna BMI, midjemått, rökning och alkoholkonsumtion. Det är liten variation både mellan de olika livsstilsfaktorerna och över tid. Diagram 2 visar variationen mellan regionerna. Det varierar från knappt 5 procent i den region med lägst andel till drygt 60 procent i den region med högst andel personer som får insatser.

Diagram 1. Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis

Andelen personer 18 år och äldre, med svår psoriasis som får individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis under ett kalenderår.

Procent

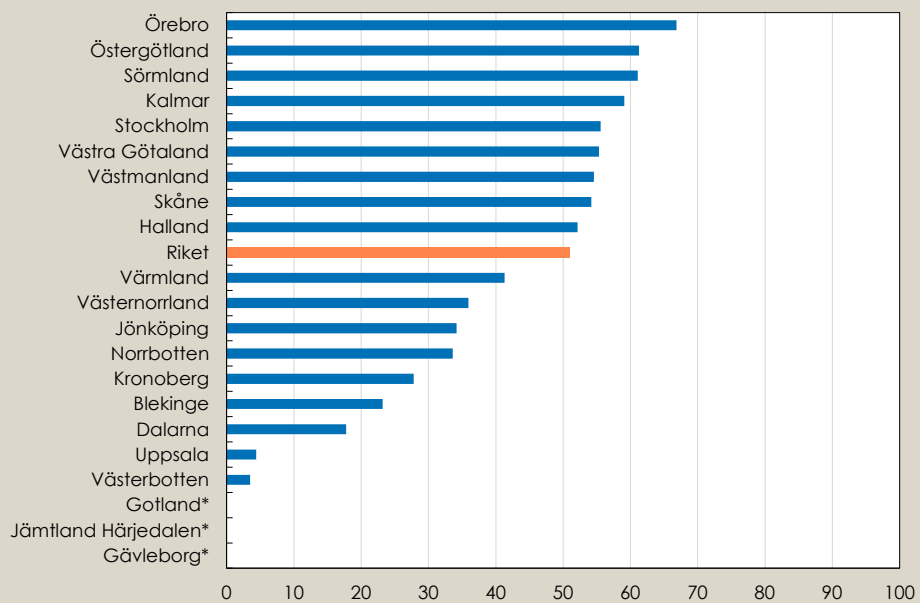


* Rökning och alkoholkonsumtion har identiska värden, men klassas som två olika riskfaktorer.

Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg).

Diagram 2. Riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis

Andelen personer 18 år och äldre, med svår psoriasis som får individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis under 2017.



* Det saknas data för Gotland, Gävleborg och Jämtland Härjedalen.

Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg).

Utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer

På senare tid har forskningen uppmärksammat kopplingen mellan psoriasis och en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Personer med svår psoriasis har oftare än andra hypertoni, diabetes, höga blodfetter och fetma, vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns också en ökad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar hos personer med psoriasis, framför allt personer med medelsvår och svår psoriasis [3]. Därför är det värdefullt att undersöka om personer med psoriasis har dessa riskfaktorer, för att försöka påverka sjukdomsutvecklingen i ett tidigare skede [3, 4].

Genomgång av kardiovaskulära riskfaktorer är en central rekommendation med prioritet 3. Riskfaktorerna är rökning, högt blodtryck och högt kolesterol. Andra kardiovaskulära riskfaktorer relaterade till svår psoriasis som bör följas upp är low-density lipoprotein (LDL) samt faste-P-glukos.

För närvarande finns endast totalkolesterol med som inrapporterad variabel i PsoReg. Registret kommer dock att utvecklas för att möjliggöra registrering av fler variabler inom klinisk kemi. Kolesterol är nödvändigt för kroppens alla celler, men samtidigt ett ämne med en stor varningsstämpel. Det fastnar i blodkärlens väggar och leder till våra vanligaste hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp och stroke.

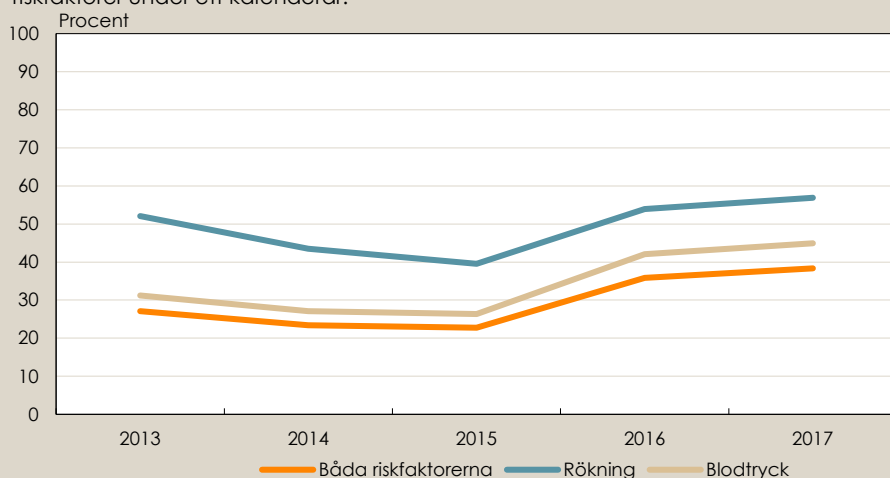
Eftersom det i nuläget saknas en tillräcklig mängd data för att utvärdera kolesterol som en riskfaktor, är kolesterol exkluderat i de kommande analyserna av kardiovaskulära riskfaktorer. Det innebär att endast frågor om rökning och blodtryckskontroll ingår i resultaten.

Diagram 3 visar att drygt hälften av personerna med svår psoriasis registrerade i PsoReg får en genomgång av kardiovaskulära riskfaktorer. Resultaten visar att det är vanligare att personer får frågor om rökning än undersökning av blodtryck. Sett över tid har dock både kontroll av blodtryck och frågor om rökning ökat med drygt 10 procent.

Diagram 4 visar att det är stor spridning mellan regionerna vad gäller kontroll av blodtryck och frågor om rökning. I Region Kalmar får cirka 60 procent av personerna med svår psoriasis registrerade i PsoReg både blodtryckskontroll och frågor om rökning, jämfört med knappt 4 procent i Region Västerbotten.

Diagram 3. Utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer

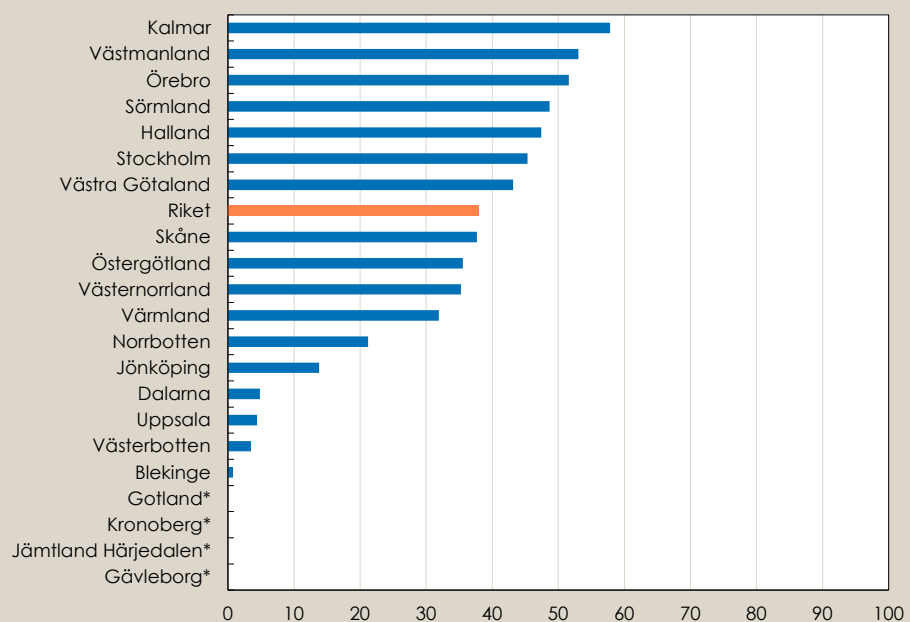
Andel personer med svår psoriasis, 18 år och äldre, som utvärderas för kardiovaskulära riskfaktorer under ett kalenderår.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg).

Diagram 4. Genomgång av kardiovaskulära riskfaktorer

Andel personer med svår psoriasis som fått individuell genomgång av kardiovaskulära riskfaktorer 2017.



* Data saknas för Gotland, Gävleborg, Jämtland Härjedalen och Kronoberg

Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg).

Utvärdering av misstänkt psoriasisartropati

Upp till en tredjedel av alla personer med psoriasis har besvär från leder, senfästen eller muskelfästen. Besvären har ett samband med psoriasis sjukdomen, men inte med hudförändringarnas svårighetsgrad. En person med

utbredd psoriasis på huden kan helt sakna ledbesvär, medan hudsymtomen kan vara lindriga vid svåra ledbesvär.

Besvären innebär ofta

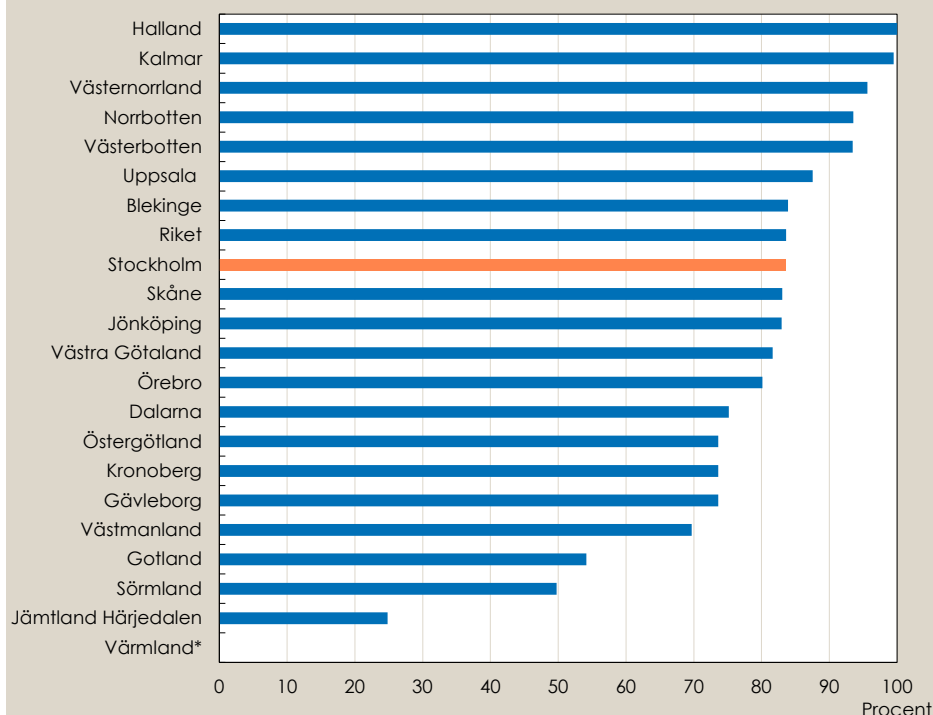
- värk eller ömhet i leder
- värk i ryggen
- generaliserad värk och smärta
- belastningssmärta
- rörelseinskränkning.

Utredning av misstänkt psoriasisartropati gör det möjligt att erbjuda adekvat behandling. Liksom vid annan smärtproblematik behandlas personerna med fysioterapi och smärtstillande läkemedel. En del personer får också lokala kortisoninjektioner. Med denna behandling blir mer än hälften bättre. Andra har fortfarande besvär, och en del utvecklar den inflammatoriska ledsjukdomen psoriasisartrit.

Utredning av misstänkt psoriasisartropati är en central rekommendation med prioritet 3. Resultatet visar att drygt 80 procent av personerna med svår psoriasis utretts för psoriasisartropati. I två regioner, Halland och Kalmar, utreds nästan alla personer registrerade i PsoReg (diagram 5)

Diagram 5. Utvärdering av psoriasisartropati

Andel personer med psoriasis, 18 år och äldre, och med misstänkt psoriasisartropati, som utreds för psoriasisartropati under ett kalenderår. Utredning ska ha skett inom 12 månader efter skattade symtom.



* Data saknas för Värmland

Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg).

Depression vid psoriasis

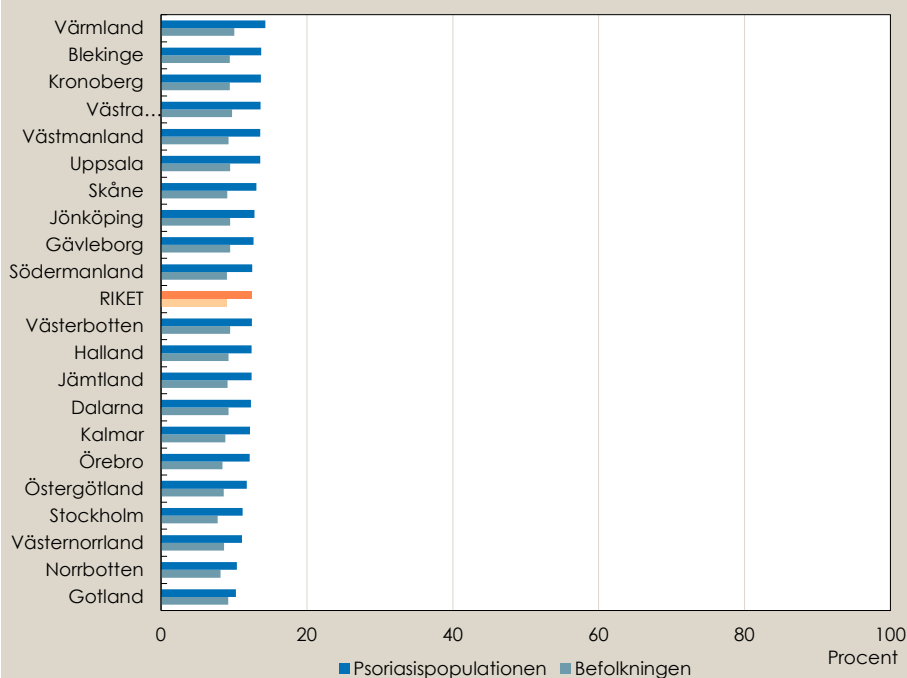
Personer med psoriasis har en ökad risk att drabbas av depression (5). Denna risk kan förstås som ett resultat av en svårbehandlad psoriasis med många symtom som ger påfrestningar på det dagliga livet och livskvaliteten i stort. Det finns också forskning som visar på rent biologiska samband mellan depression som inflammatorisk sjukdom, där samma mekanismer påverkar både depressionsförloppet och psoriasissjukdomen.

I utvärderingen analyseras sambandet mellan depression och psoriasis. Vi operationaliserar depression som minst två uttag av antidepressiva läkemedel per år. När det gäller antidepressiva läkemedel har vi i analysen exkluderat tricykliska läkemedel. Dessa läkemedel, såsom klomipramin, amitriptylin och nortriptylin, används till stor del vid neuropatisk smärta. Vidare är tricykliska läkemedel numera ersatta av andra effektivare läkemedel mot depression, såsom SSRI, som också har färre biverkningar.

Det är en ökad risk att personer med psoriasis hämtar ut antidepressiva läkemedel jämfört med befolkningen. Denna ökade risk finns i alla regioner (diagram 6), och andelen personer med psoriasis som hämtar ut antidepressiva läkemedel ökar över tid jämfört med befolkningen (diagram 7).

Diagram 6. Antidepressiva läkemedel

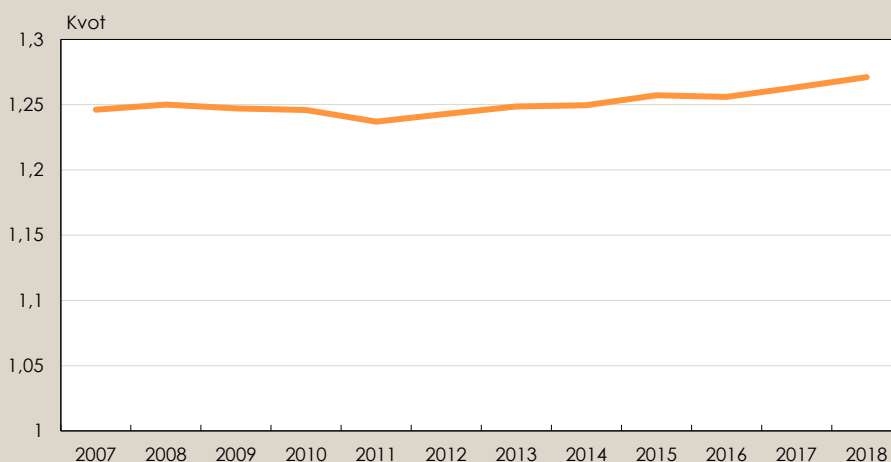
Andel med psoriasis, 18 år och äldre, som hämtat ut antidepressiva läkemedel på recept vid minst två tillfällen under ett kalenderår, jämfört med befolkningen, uppdelat på region. Tricykliska läkemedel är exkluderade i analysen.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregistret.

Diagram 7. Antidepressiva läkemedel

Kvot för uttag av antidepressiva läkemedel i psoriasispopulationen jämfört med befolkningen. Tricykliska läkemedel är exkluderade i analysen.



Källa: Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregistret.

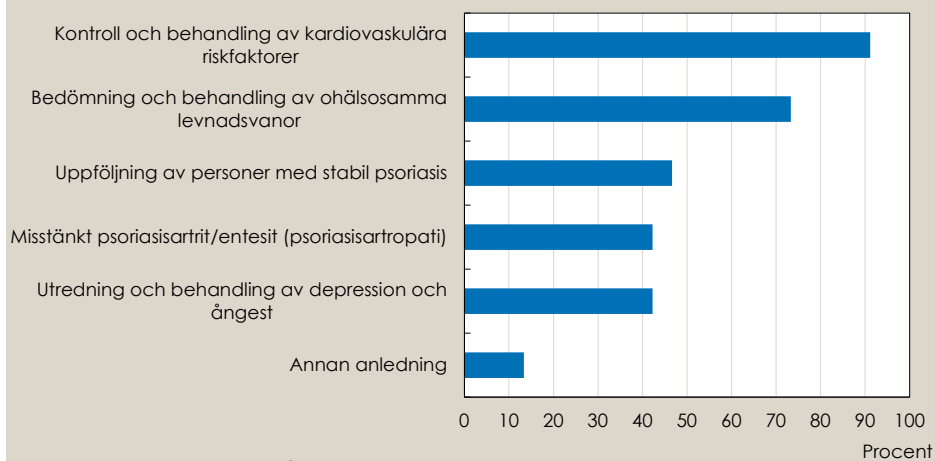
Uppföljning av levnadsvanor och samsjuklighet i primärvården

Personer med lindrig psoriasis följs upp i primärvården. I vissa fall kan personer med psoriasis behandlas för sin psoriasis i den specialiserade vården, men följas upp i primärvården. Denna uppföljning kan bland annat gälla levnadsvanor och samsjuklighet.

Resultaten från enkätundersökningen till specialistvården visar att 2017–2018 skickade cirka 20 procent av specialistvårdens mottagningar fler än 10 remisser till primärvården för uppföljning. Vanligaste remissorsaken, mer än 70 procent, till att specialistvården remitterar personer med psoriasis till primärvården är kontroll och behandling av kardiovaskulära riskfaktorer samt bedömning av levnadsvanor (diagram 8).

Diagram 8. Uppföljning av levnadsvanor, riskfaktorer och samsjuklighet i primärvård

Remissorsak av vuxna personer med psoriasis från hudspecialistmottagning till primärvård, under 2017–2018?



Analys av resultat för levnadsvanor och samsjuklighet

Resultatet visar att endast hälften av personer med svår psoriasis får en individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor. Vi ser en ökning med drygt 10 procent från 2015 till 2017 men det är stor variation mellan regionerna. Det varierar från knappt 5 procent i den region med lägst andel och till 60 procent i den region med högst andel personer som får insatser.

Resultatet visar att knappt 40 procent av personerna med svår psoriasis följs upp avseende kardiovaskulära riskfaktorer såsom rökning och kontroll av blodtryck. Under en treårsperiod har genomgången av kardiovaskulära riskfaktorer ökat med drygt 15 procent för personer med svår psoriasis. Även här är variationen stor mellan regionerna. När det gäller kontroll av blodtryck och total kolesterol är följsamheten något lägre.

Psoriasisartropati utreds i större utsträckning än övrig samsjuklighet. Åtta av tio regioner följer upp psoriasisartropati hos personer med svår psoriasis. Variationen är inte så stor och över tid och utvecklingen går åt rätt håll.

Resultaten visar att det är en ökad risk att personer med psoriasis hämtar ut antidepressiva läkemedel jämfört med befolkningen, och att risken ökat knappt 3 procent 2007–2018. Det är viktigt att vara uppmärksam på depression vid psoriasis, eftersom det är ett allvarligt tillstånd som påverkar patientens möjlighet att tillgodogöra sig behandling och dess påverkan på sjukdomsutvecklingen.

Personer som diagnostiseras inom den specialiserade vården kan remitteras till primärvården för just uppföljning av levnadsvanor och samsjuklighet. Resultaten visar att det är framför allt kardiovaskulära riskfaktorer samt levnadsvanor som följs upp i primärvården.

Utredning och uppföljning

Psoriasis är en komplex sjukdom, där kontinuerlig uppföljning av status och behandlingseffekt är en förutsättning för en jämlik vård och hälsa för personer med psoriasis. Utan kontinuerliga bedömningar, uppföljningar och modifierad behandling utifrån aktuell status kan dessa personer utsättas för onödigt lidande och sänkt livskvalitet. Dessutom kan risken för följsjukdomar öka. Personer med svår psoriasis har vidare större risk för hjärt- och kärlsjukdomar och metabola sjukdomar än den övriga befolkningen.

Planerade besök i öppen specialiserad vård

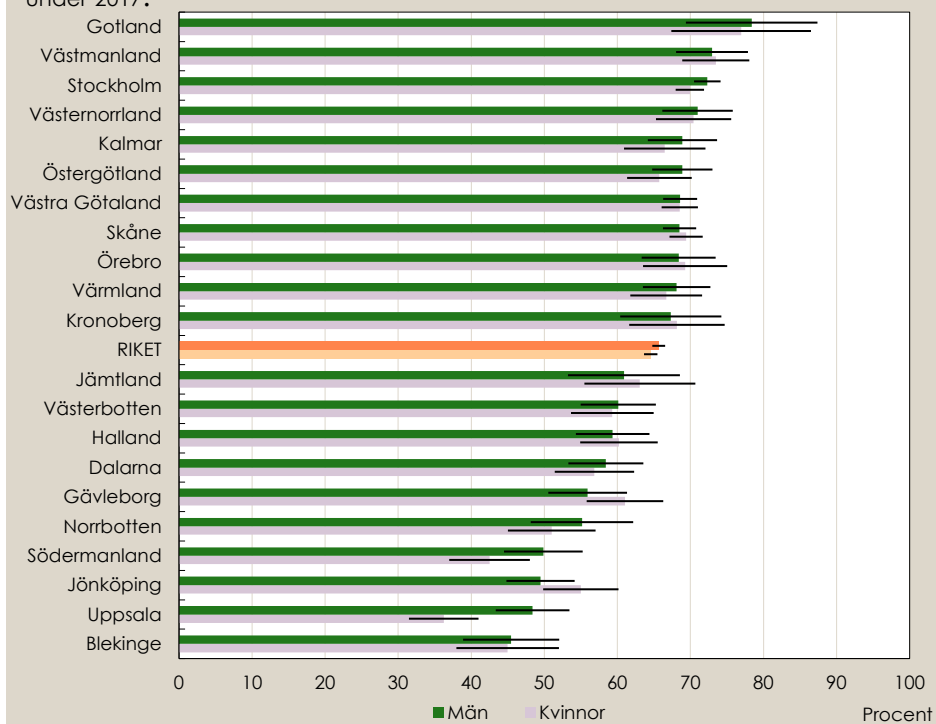
Psoriasis är en kronisk systemsjukdom med hög samsjuklighet. Det gäller, särskilt personer med svår psoriasis, men också dem med medelsvår psoriasis. En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och löpande uppföljning är en förutsättning för god vård, vilket leder till vårdinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av sluten vård. Detta är en rekommendation som har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Resultaten visar att för personer med svår psoriasis får 65 procent årligen minst ett planerat återbesök i den specialiserade vården. Motsvarande siffra för personer med medelsvår psoriasis är 27 procent. Dessa siffror har de senaste 5 åren varit relativt stabila, men har minskat med cirka 2 procent för båda grupperna.

Det finns skillnader mellan regionerna i huruvida personer med svår eller medelsvår psoriasis får minst ett planerat besök i den specialiserade vården. För personer med svår psoriasis skiljer det 35 procent mellan regionen med störst andel planerade besök, och den med lägst andel planerade besök (diagram 9). För personer med medelsvår psoriasis är skillnaden 17 procent. Resultaten visar också att män i större utsträckning än kvinnor får ett planerat besök i den specialiserade vården (diagram 10).

Diagram 9. Planerade besök i specialiserad vård

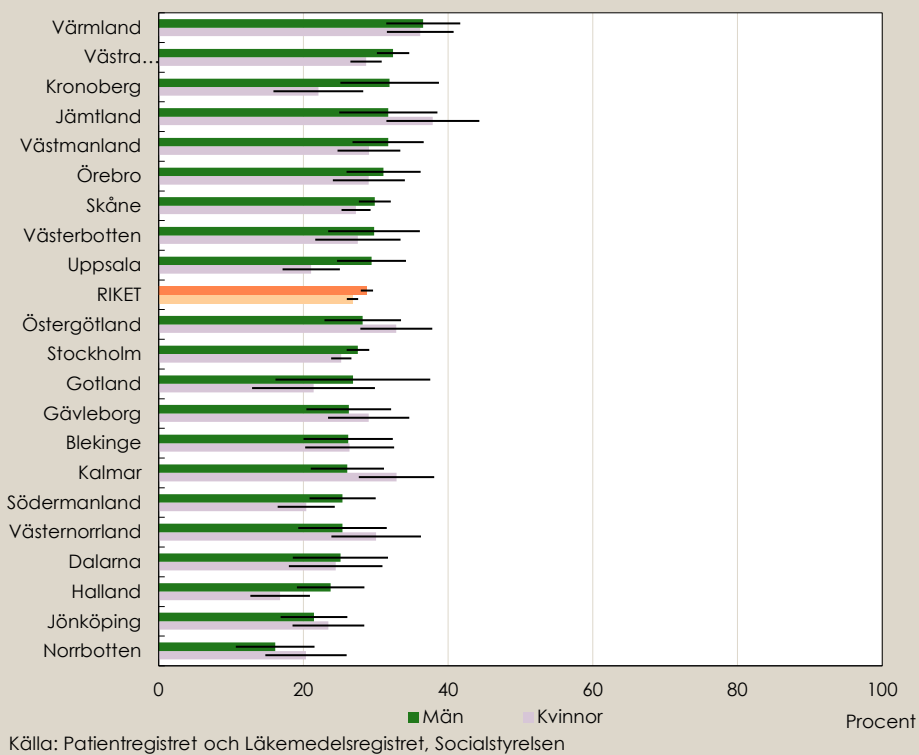
Andel personer med svår psoriasis som fått ett planerat besök i specialiserad vård under 2017.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 10. Planerade besök i den specialiserade vården

Andels personer med medelsvår psoriasis som fått ett planerat besök i specialiserade vården under 2017



Tillgång till specialistläkare i dermatologi och venerologi

En förutsättning för en god vård och effektiv vårdprocess med löpande uppföljning är att det finns specialister inom området dermatologi och venerologi. I riket fanns det 2017 fem specialister per 100 000 invånare, men tillgången till specialister inom området varierar mellan regionerna. I Region Uppsala fanns nio sysselsatta specialistläkare i dermatologi och venerologi per 100 000 invånare, medan det i de regioner med minst antal specialister fanns två specialister per 100 000 invånare (tabell 1).

Tabell 1. Specialister i dermatologi och venerologi (hudspecialister)

Antal sysselsatta specialister, i dermatologi och venerologi, oberoende av sysselsättnings grad per 100 000 invånare per region

Region	Sysselsatta specialister i dermatologi och venerologi (hudspecialister)
Uppsala	9
Skåne	6
Stockholm	6
Gotland	5
Västra Götaland	5
Örebro	5
Kalmar	4
Kronoberg	3
Jönköping	3
Blekinge	3
Östergötland	3
Halland	3
Värmland	3
Västerbotten	3
Västmanland	3
Dalarna	2
Gävleborg	2
Västernorrland	2
Jämtland Härjedalen	2
Sörmland	2
Norrbottn	2

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas om hälso- och sjukvårdspersonal.

Strukturerad uppföljning av behandling

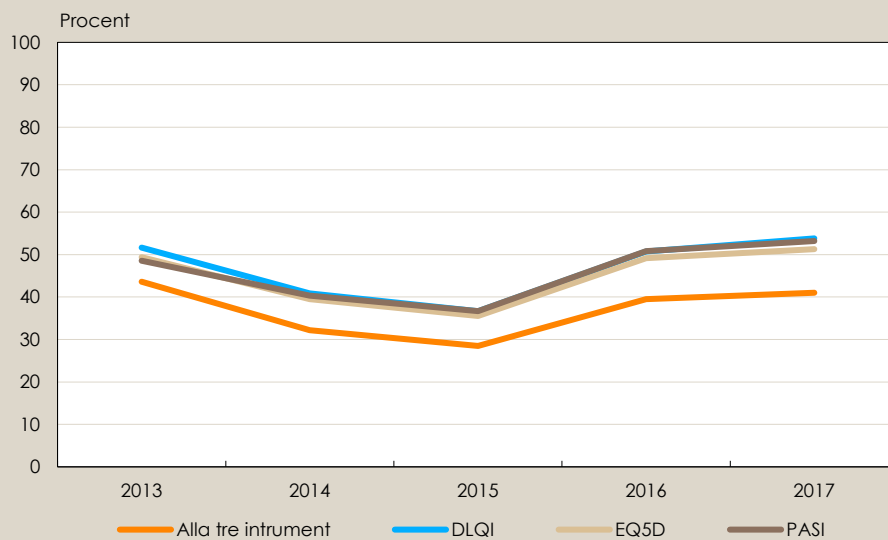
De kroppsliga och psykologiska aspekterna av psoriasis försämrar ofta livskvaliteten betydligt. För att kunna bedöma effekten av behandlingen, behövs en strukturerad uppföljning med kliniska instrument och livskvalitetsinstrument, så kallade processmått. Uppföljningarna görs med instrumenten PASI, DLQI och EQ5D.

Att erbjuda dessa strukturerade uppföljningar av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument till personer med svår psoriasis är en central rekommendation med prioritet 1.

Resultatet visar att cirka 41 procent av personerna med svår psoriasis följs upp under ett kalenderår med alla tre instrumenten. Sedan 2015 har uppföljningen med alla instrument ökat med 10 procent (diagram 11).

Diagram 11. Bedömning med kliniska instrument och patientrapporterade mått

Andel personer med svår psoriasis, 18 år och äldre, som får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument under ett kalenderår.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg).

Strukturerade bedömningar av behandlingseffekt efter behandling

Personer med svår psoriasis som får systemisk behandling med läkemedel bör få regelbundna uppföljningar minst kvartalsvis i början av behandlingen. Därefter bör uppföljningen ske minst två gånger per år, för att effekten och eventuella biverkningar ska kunna bedömas över tid. Drygt hälften av personerna med svår psoriasis följs upp 3 - 12 månader efter insättning av systemiska läkemedel (diagram 12).

Det är stor variation mellan regionerna i strukturerad bedömning. I Region Västerbotten utvärderas knappt 20 procent av personerna med svår psoriasis 2 - 12 månader efter insättning av systemiska läkemedel en strukturerad uppföljning. I Region Västernorrland utvärderas nästan 70 procent av personerna med svår psoriasis 3 - 12 månader efter insättning av systemiska läkemedel (diagram 13). Dessutom är Region Västernorrland en av de regioner där biologiska läkemedel i hög utsträckning hämtas ut (se kapitlet om läkemedelsbehandling).

Diagram 12. Bedömning med kliniska instrument och patientrapporterade mått

Andel personer med svår psoriasis, 18 år och äldre, som får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument, 3–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel, under år 2013–2016.

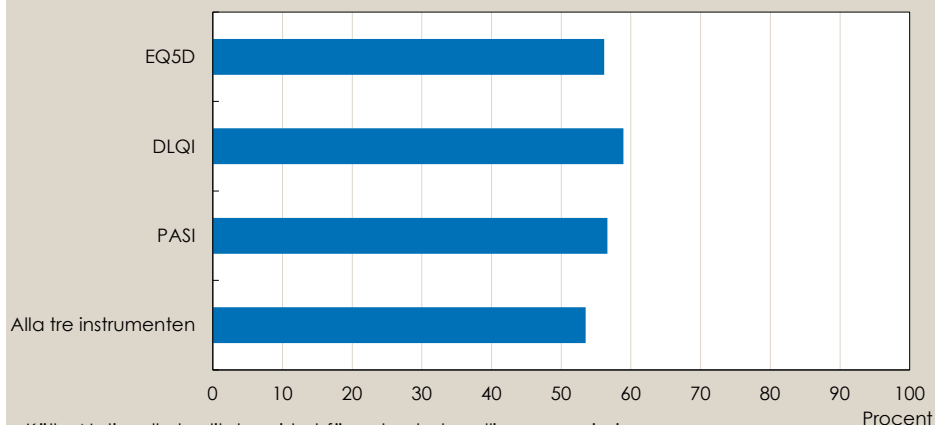
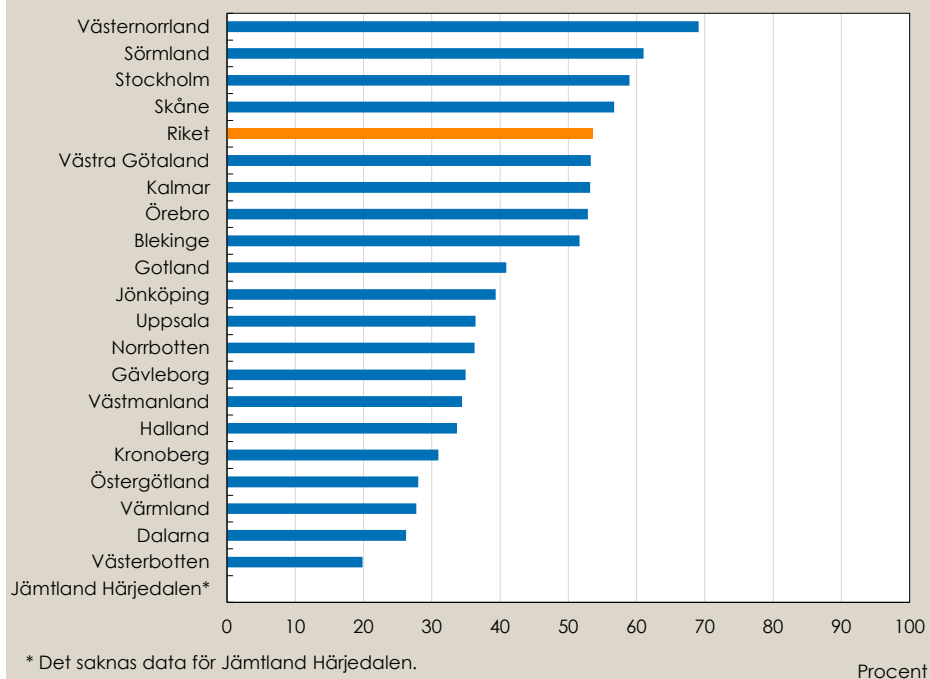


Diagram 13. Strukturerad uppföljning för att utvärdera behandlingseffekt

Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått 3–12 månader efter insättning av läkemedel.



Behandlingsmål

De kroppsliga och psykologiska aspekterna av psoriasis försämrar ofta livskvaliteten betydligt. Många personer är inte nöjda med sin behandling trots regelbunden kontakt med en hudläkare. Svenska sällskapet för dermatologi och venerologi (SSDV) har därför satt ett behandlingsmål som utgår från

sjukdomens svårighetsgrad och påverkan på livskvaliteten enligt bedömningsinstrumenten PASI och DLQI [6]. För att behandlingen ska ses som framgångsrik bör patienten ha ett PASI-värde under 3 och ett DLQI-värde under eller lika med 5.

För att kunna utvärdera om behandlingsmålet uppnåts krävs det att processmått som PASI och DLQI mäts vid insättning av behandling samt 3–12 månader efter behandling. Resultatet av dessa processmått genererar då ett resultatmått, i detta fall skillnaden i symtom och livskvalitet skattat med de kliniska instrumenten vid påbörjad behandling och vid uppföljning efter behandlingen. Resultaten visar att 52 procent av personerna uppnår behandlingsmålet 3–12 månader efter påbörjad behandling.

Dermatologisk specialistbedömning av barn och unga med misstänkt psoriasis

Psoriasis diagnostiseras ofta i vuxen ålder. Hudförändringar kopplade till psoriasis hos barn och unga är ofta svåra att skilja från andra hudsjukdomar. Därför är det svårt att ställa diagnosen psoriasis hos barn och unga.

En förutsättning för att kunna ställa rätt diagnos är att det finns möjlighet att erbjuda dermatologisk specialistbedömning till barn med misstänkt psoriasis. Denna rekommendation har prioritet 3.

För att kunna utvärdera vården har vi använt enkäter som visar att cirka 90 procent av den specialiserade vården beskriver att de har resurser att både diagnostisera och följa upp behandling av barn och unga med psoriasis. Nio av tio mottagningar inom primärvården remitterar barn och unga med misstänkt psoriasis till den specialiserade vården.

När det gäller behandling och speciellt insättning av systemiska läkemedel hos barn och ungdomar med psoriasis finns det hos drygt 40 procent av specialistvårdsmottagningarna rutiner för hur samverkan med primärvården ska gå till.

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

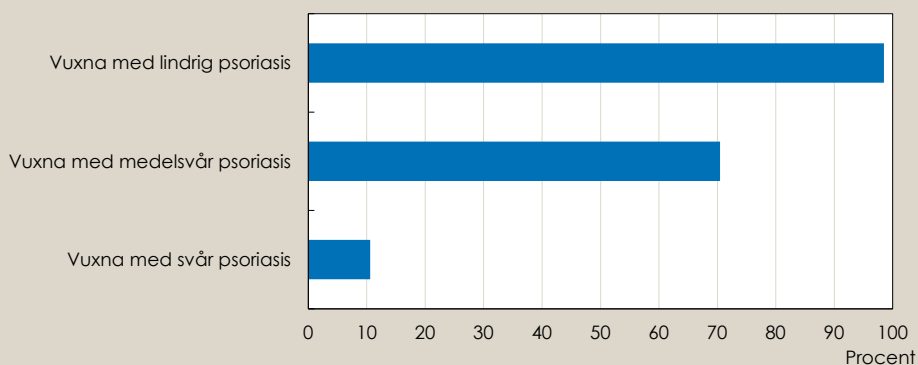
Utredning och uppföljning av psoriasis i primärvården

I den totala psoriasispopulationen har 70 procent lindrig psoriasis. De flesta av dessa personer utreds och behandlas i primärvården. Enkäter till primärvården visar att de flesta mottagningar själva utreder och behandlar personer med misstänkt lindrig psoriasis. Hälften av personerna med misstänkt medelsvår psoriasis utreds av primärvården, medan nästan alla personer med misstänkt svår psoriasis remitteras till den specialiserade vården (diagram 14).

Personer med psoriasis får också lokalbehandling för och uppföljning av sin psoriasis inom primärvården. Utvärderingen visar att endast tre av tio mottagningar inom primärvården har rutiner för dessa uppföljande återbesök. Inom primärvården följer ungefär var tionde mottagning upp sina patienter med psoriasis minst två gånger per år. Resultat från enkäter visar att nästan var sjunde mottagning inom primärvården anger att de har tagit över det medicinska ansvaret för dessa personer (diagram 15).

Diagram 14. Lokalbehandling vid psoriasis

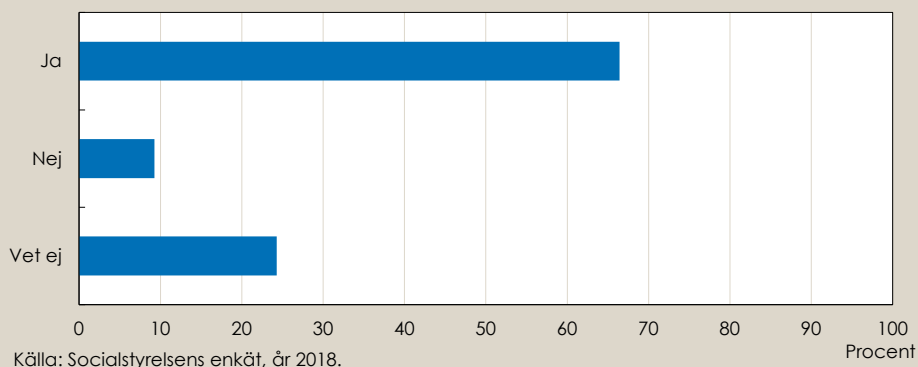
Personer med psoriasis som behandlas inom primärvård, 2017–2018.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 15. Medicinskt ansvar inom primärvård

Primärvårdsmottagningar som tagit över det medicinska ansvaret från den specialiserade vården, 2017–2018.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Analys av resultat

Trots vikten av planerade återbesök i den specialiserade vården för personer med svår och medelsvår psoriasis ser vi att endast sex av tio personer med svår psoriasis får minst ett planerat återbesök inom den specialiserade vården. Motsvarande siffra för medelsvår psoriasis är knappt tre av tio personer. Dessa resultat är stabila över tid med en marginell minskning de senaste åren.

Vi ser även regionala skillnader i besök inom den specialiserade vården. I riket är det statistiskt signifikant fler män än kvinnor med medelsvår psoriasis som får ett återbesök i den specialiserade vården.

En förutsättning för att den specialiserade vården skall kunna utreda och behandla personer med psoriasis är att det finns specialistläkare. Mellan regionerna varierar det från två till nio sysselsatta specialister per 100 000 invånare.

Det är av stor vikt att följa upp behandlingen av psoriasis med systemiska läkemedel, för att utvärdera om behandlingen har effekt. Mellan regionerna skiljer det sig stort i strukturerade uppföljningar. Endast 20 procent av patienterna i Västerbotten får strukturerad uppföljning medan 70 procent av patienterna i Västernorrland följs upp. Uppföljningen har ökat med 10 procent sedan 2015. Vi ser också att Västernorrland är en av de regioner där det hämtats ut flest biologiska läkemedel (se kapitlet om läkemedelsbehandling) vilket är i linje med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Det är något vanligare att personer med svår psoriasis följs upp med något av de tre instrumenten var för sig. Uppföljningen har också ökat med 10 procent sedan 2015, även om variationen mellan regionerna är stor. Vidare visar resultaten att hälften av personerna uppnår behandlingsmålet 3–12 månader efter påbörjad behandling.

En specialistbedömning av en hudläkare (dermatolog) ökar möjligheten till rätt diagnos och lämplig behandling tidigt i sjukdomsförloppet. Det gäller framför allt diagnostisering av barn och unga. Den specialiserade vården anser sig dock ha goda möjligheter att både diagnostisera och behandla barn och unga med psoriasis. När det gäller patientutbildning visar dock resultatet att endast 10 procent av den specialiserade vården erbjuder patientutbildning till barn och unga samt vårdnadshavare.

Inom primärvården ligger fokus på lindrig psoriasis, och endast 10 procent med svår psoriasis får behandling där. Det kan tyckas lågt, men det medicinska ansvaret för personer med svår psoriasis ligger till stor del inom specialiserade vården. Personer med lindrig stabil psoriasis remitteras i stor utsträckning till primärvården för fortsatt behandling.

Behandling och uppföljning vid specifikt lokaliserad psoriasis

Psoriasis kan förekomma på enbart specifika delar av kroppen och kräver ofta specifik behandling. Det gäller till exempel psoriasis i hårbotten, i ansiktet och på fötterna. Sjukdomens lokalisering i sig påverkar livskvaliteten. Dessutom kan personer med psoriasisförändringar på framför allt händerna och fötterna få nedsatt funktionsförmåga. Även psoriasis med en begränsad utbredning kan ha en stor svårighetsgrad.

Medicinsk fotvård och uppföljning vid svår psoriasis på fötterna

Psoriasis kan förekomma på fötterna och ge ömma fotsulor vilket kan leda till svårigheter att gå och vara funktionsnedsättande. Medicinsk fotvård utförs av medicinska fotterapeuter. Behandlingen kan förebygga svårläkta sår, felställningar och gångsvårigheter och är av stor vikt för personer med svår psoriasis på fötterna. Att erbjuda medicinsk fotvård till dessa personer med är en rekommendation med hög prioritet i de nationella riktlinjerna och är ett viktigt komplement till läkemedelsbehandling.

I enkäten till regionledningarna frågade vi om regionerna erbjuder subventionerad medicinsk fotvård till personer med svår psoriasis på fötterna. Resultaten visar att knappt hälften av regionerna erbjuder subventionerad fotvård till sådana personer (tabell 2). Några regioner har kommenterat i enkäterna att fotvård är en insats som vissa personer med svår psoriasis på fötterna bekostar själva, eftersom regionen inte erbjuder subventionerad fotvård. Enkäterna visar också att personer med svår psoriasis väljer att bekosta fotvård själva då väntetiden inom den offentligt drivna fotvården är lång.

Tabell 2. Medicinsk fotvård

Regioner som erbjuder medicinsk fotvård till personer med svår psoriasis på fötterna.

Region	Subventionerad medicinsk fotvård
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Nej
Kalmar	Nej
Gotland	Nej
Blekinge	Nej
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Nej
Örebro	Nej
Västmanland	Nej
Dalarna	Nej
Gävleborg	Nej
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Nej
Västerbotten	Nej
Norrbotten	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis

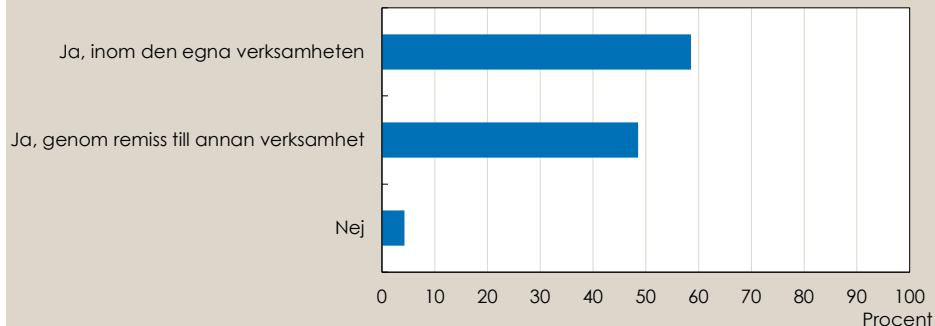
Ljusbehandling med ultraviolett belysning (UVB) är en standardbehandling vid psoriasis. Behandlingen är ofta nästa steg när topikal behandling inte räcker. Den kan också ges till personer med psoriasis som inte kan eller vill gå igenom systemisk behandling. Ljusbehandlingen ges tre gånger per vecka, och det är vanligt med 15–25 behandlingstillfällen för att sjukdomen ska läka.

Rekommendationen har prioritet 3 i de nationella riktlinjerna.

Resultat från enkäterna visar att inom den specialiserade vården erbjuder nästan alla behandling med ljus (diagram 17). Omkring hälften av behandlingarna genomförs inom den egna verksamheten. Annars sker ljusbehandlingen genom remiss till en annan verksamhet. År 2017 ljusbehandlades 50–100 personer med svår psoriasis av knappt 25 procent av mottagningarna inom den specialiserade vården som erbjuder behandling med ljus (diagram 18).

Diagram 17. Behandling med ljus (UVB)

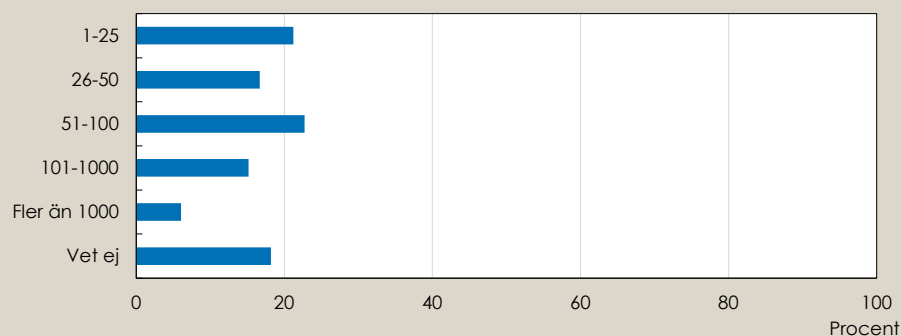
Mottagningar inom den specialiserade vården som erbjuder behandling med ljus



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 18. Behandling med ljus (UVB)

Antal personer med psoriasis som erbjuds behandling med ljus inom den specialiserade vården.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Klimatvård och uppföljning med vårdteam vid svår psoriasis

Klimatvård ges i varmt och soligt klimat med ett vårdteam i minst tre veckor. Vårdteamet består ofta av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller hälsopedagog och i vissa fall psykolog och arbetsterapeut. Klimatvård är en rekommendation med prioritet 3 i de nationella riktlinjerna.

Klimatvård är ett komplement till läkemedelsbehandling. Idag får fler personer med svår psoriasis effektiv läkemedelsbehandling. Därmed har personer med svår psoriasis aktuella för klimatvård blivit färre, men det är fortfarande stort behov av behandlingen.

För att få tillgång till klimatvård behöver vården informera patienten om denna behandling och en hudläkare inom den specialiserade vården ordinerar den. Utöver läkare finns en uttagningssperson inom regionen som tillstyrker och prioriterar behandlingen.

Vårdteam

I klimatvården ingår bland annat ett vårdteam som ofta består av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller hälsopedagog och i vissa fall psykolog och arbetsterapeut. De ger bland annat patientutbildning, som hjälper personer med svår psoriasis att hantera sjukdomen. Flera personer upplever att de mår bättre psykiskt av klimatvård, att de kommer i gång med fysisk aktivitet och att det blir lättare att hantera sjukdomen.

Möjligheten att få klimatvård varierar dock stort i landet, och vissa regioner erbjuder det inte alls. Av Sveriges 21 regioner erbjuder 11 klimatvård, se tabell 3. I Norra sjukvårdsregionen erbjuder ingen region klimatvård. I Uppsala-Örebro sjukvårdsregion erbjuder hälften av regionerna klimatvård. Detsamma gäller Stockholms sjukvårdsregion, där Region Stockholm erbjuder klimatvård men inte Region Gotland. I den Sydöstra sjukvårdsregionen erbjuder alla regioner klimatvård. I Västra och Södra sjukvårdsregionen erbjuder alla regioner utom Blekinge klimatvård.

Uppföljning av klimatvårdsbehandlingen är en viktig del för att kunna utvärdera om behandlingen gett effekt. Uppföljningen görs mestadels inom den specialiserade vården. Resultat från enkäten visar att under 2017 var det endast en av fyra mottagningar inom den specialiserade vården som följde upp de flesta personer inom en månad efter avslutad klimatvård (diagram 19). Samma resultat gäller inom två månader efter klimatvården (diagram 20).

Tabell 3. Klimatvård

Regioner som erbjuder klimatvård för personer med svår psoriasis och har kriterier för uttagning till klimatvård

Region	Klimatvård	Kriterier för prioritering av klimatvård
Stockholm	Ja	Nej
Uppsala	Nej	Inget svar
Sörmland	Ja	Ja, skriftliga
Östergötland	Ja	Ja, skriftliga
Jönköping	Ja	Ja, skriftliga
Kronoberg	Ja	Ja, muntliga
Kalmar	Ja	Nej
Gotland	Nej	Inget svar
Blekinge	Nej	Inget svar
Skåne	Ja	Ja, skriftliga
Halland	Ja	Ja, skriftliga
Västra Götaland	Ja	Ja, skriftliga
Värmland	Ja	Ja, skriftliga
Örebro	Nej	Inget svar
Västmanland	Ja	Ja, skriftliga
Dalarna	Nej	Inget svar
Gävleborg	Nej	Inget svar
Västernorrland	Nej	Inget svar
Jämtland Härjedalen	Nej	Inget svar
Västerbotten	Nej	Inget svar
Norrbotten	Nej	Inget svar

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 19. Uppföljning efter klimatvård

Andel av personerna med psoriasis som har fått klimatvård under 2017, som fått uppföljande återbesök inom en månad.

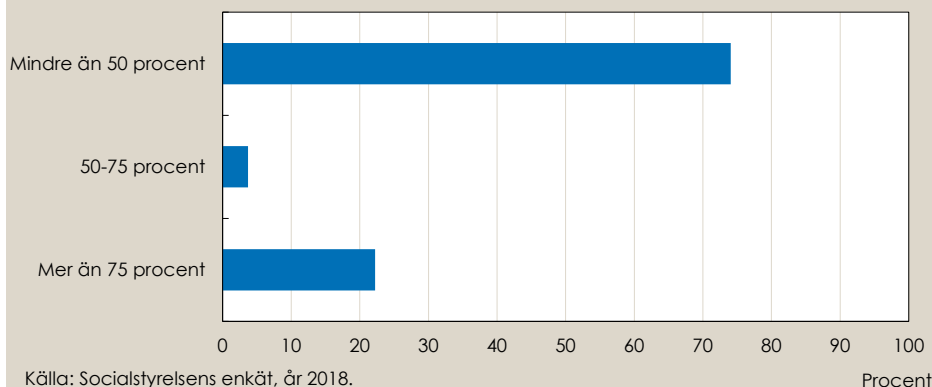
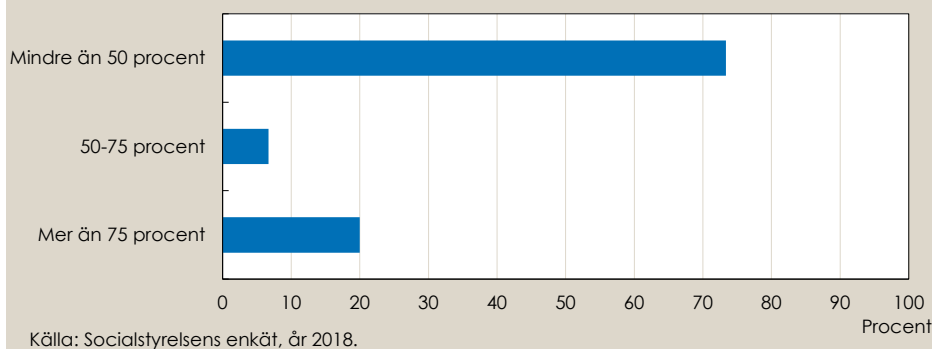


Diagram 20. Uppföljning efter klimatvård

Andel av personerna med psoriasis som har fått klimatvård under 2017, som fått uppföljande återbesök inom 2 månader.



Analys av resultat

För att vården vid psoriasis ska vara av hög kvalitet är det viktigt att personer med svår psoriasis på fötterna erbjuds medicinsk fotvård. Detta eftersom symtomen ger stora rörelseinskränkningar. Utvärderingen visar att knappt hälften av regionerna erbjuder subventionerad medicinsk fotvård. Vissa regioner anger att patienterna bekostar det själva, eftersom väntetiderna är för långa. Medicinsk fotvård är en underutnyttjad åtgärd, och de som inte behandlas trots behov löper en ökad risk för bland annat hudsprickor, sår och eventuellt gångsvårigheter.

Utvärderingen visar att nästa all specialiserad vård erbjuder behandling med ljus (UVB) till personer med psoriasis.

Trots att behandling med framför allt biologiska läkemedel ökat behöver personer med svår psoriasis erbjudas klimatvård. Vi ser att det i dag är endast hälften av regionerna som erbjuder klimatvård. I norra sjukvårdsregionen erbjuder ingen region klimatvård över huvud taget. Varje region har idag egna kriterier eller inga kriterier alls för prioritering av klimatvård till personer med svår psoriasis. Ett sätt att nå en mer jämlik psoriasis vård kan vara att ta fram nationella kriterier för prioritering av klimatvård.

Systemisk behandling och uppföljning

Vid svårbehandlad psoriasis, när utvärtes behandling inte gett önskat resultat, kan det vara aktuellt med någon form av invärtes behandling. Behandlingen finns som både tabletter, injektioner och infusioner. Behandlingsmetoderna kan växla för att uppnå bästa effekt och minimera eventuella biverkningar.

Det finns två huvudsakliga typer av invärtes behandlingar: systembehandling och behandling med biologiska läkemedel.

Systembehandling avser behandling med läkemedel som kan verka i hela kroppen, i motsats till lokala behandlingar som salvor eller kortisoninjektioner.

Behandling med injektion eller infusion av biologiska läkemedel är till för de svårast sjuka och ges när andra behandlingar inte fungerar.

De syntetiska läkemedlen består av små molekyler som framställs genom kemisk syntes. När ett syntetiskt läkemedel har förlorat sitt patentskydd kan det produceras generiska läkemedel (generika), som innehåller exakt samma molekyl som "originalet".

I nästan nio av tio regioner finns rutiner för hur behandlingen ska följas upp, både vad gäller frekvens och innehåll.

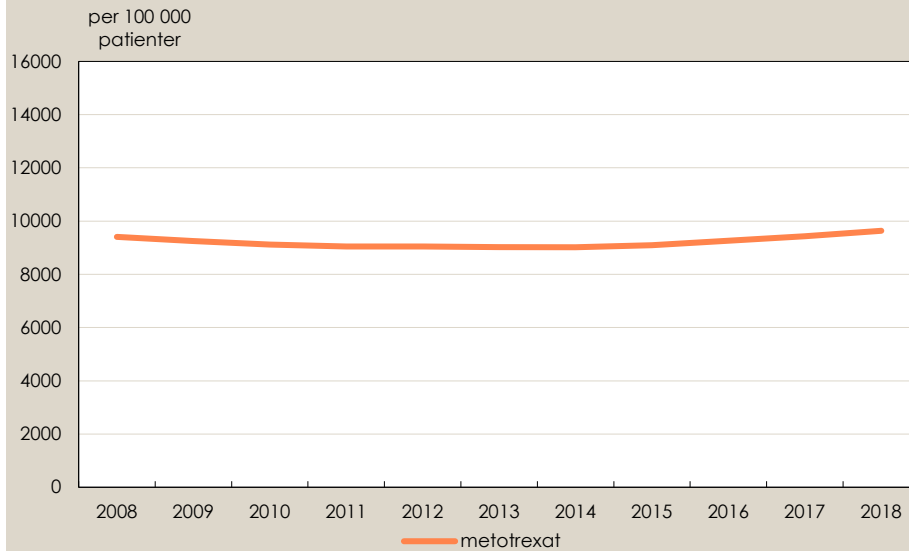
Metotrexat

Det vanligaste syntetiska läkemedlet för systemisk behandling vid psoriasis är metotrexat. Metotrexat är ett syntetiskt läkemedel som har använts i flera decennier. Metotrexat är fortfarande den mest använda systemiska behandlingen av psoriasis i Sverige, trots att det vetenskapliga underlaget för metotrexat baseras på relativt få studier.

Användandet av läkemedlet har varit stabilt de senaste fem åren (diagram 21). Det finns dock vissa regionala skillnader. Det gäller framför allt Region Stockholm, där det hämtas ut minst metotrexat av alla regioner (diagram 22).

Diagram 21. Syntetiska läkemedel

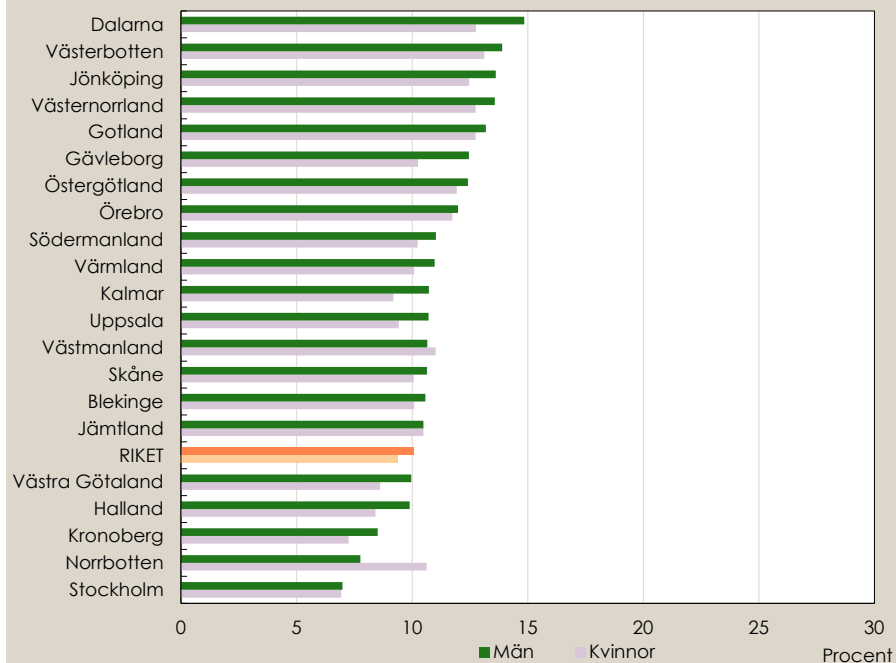
Antal patienter med psoriasis som hämtat ut metotrexat per 100 000 patienter, år 2008–2018.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 22. Syntetiska läkemedel

Andel personer med psoriasis som hämtat ut metotrexat, år 2018.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Uppföljning av metotrexat

Behandling med metotrexat kräver regelbundna uppföljningar enligt gällande rutiner. Syftet är att dels följa upp effekten, dels kontrollera för biverkningar och andra riskfaktorer kopplade till psoriasis.

Resultatet från enkäten till den specialiserade vården visar att nästan alla mottagningar inom den specialiserade vården anser att personer behandlade med metotrexat ska följas upp inom 6 månader. Fler än hälften anser att de ska följas upp inom 3 månader (diagram 23).

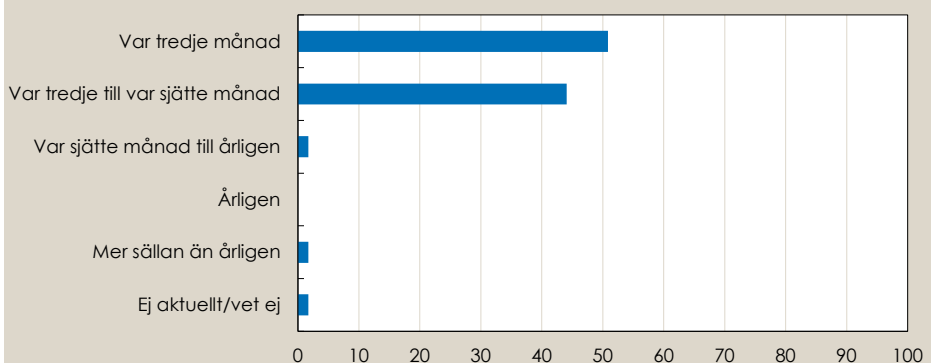
Vidare visar resultaten att i den specialiserade vården genomförs uppföljningar inom 6 månader vid nyinsättning av metotrexat hos drygt två tredjedelar av specialistvårdsmottagningarna (diagram 24).

Hos de mottagningar inom den specialiserade vården som har rutiner för återbesök får nästan alla personer med psoriasis återbesök enligt rutinen. Innehållet i besöken varierar. Alla mottagningar går igenom läkemedelsbehandling och biverkningar. Nästan alla mottagningar går även igenom riskfaktorer och använder strukturerade metoder för att bedöma läkemedelseffekten (diagram 25). Nästan alla personer får träffa en dermatolog vid återbesöket (diagram 26).

För personer med underhållsbehandling med metotrexat anser tre fjärdedelar av specialistmottagningarna att uppföljning bör ske 1–2 gånger per år (diagram 27). Mer än hälften av mottagningarna genomför också det (diagram 28). För att kunna utvärdera behandlingseffekten av metotrexat är det viktigt att patientens symtom och livssituation följs upp vid underhållsbehandling, inte bara vid nyinsättning. Resultaten visar att nästan alla personer med psoriasis följs upp avseende behandling, symtom och biverkningar (diagram 29).

Diagram 23. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Frekvens i uppföljande återbesök efter behandling med metotrexat vid nyinsättning, enligt gällande rutin.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Procent

Diagram 24. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Andel personer med psoriasis som har fått återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat vid nyinsättning, under 2017–2018.

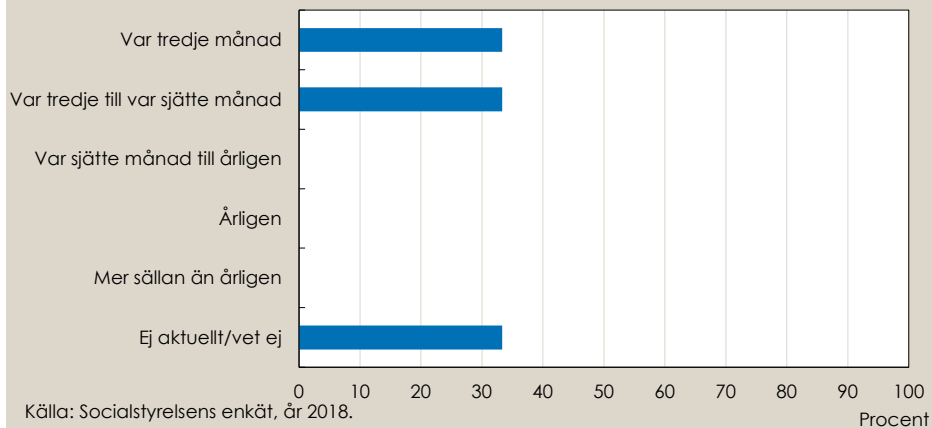


Diagram 25. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Innehåll i uppföljning vid behandling med metotrexat vid nyinsättning, under 2017–2018.

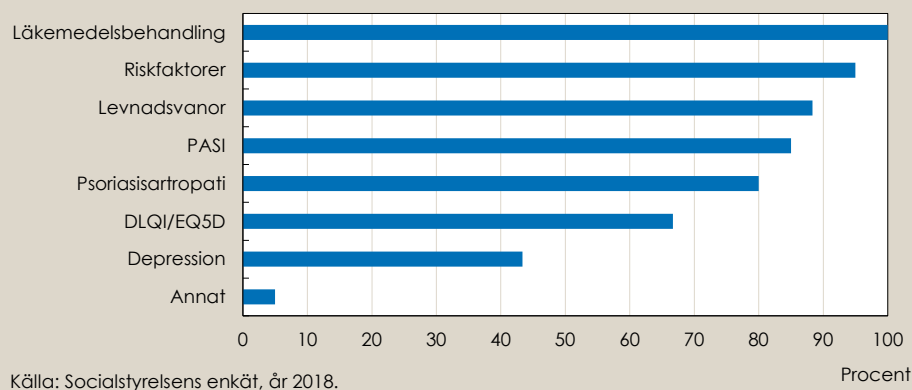


Diagram 26. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Personalkategori som vanligtvis utfört de uppföljande återbesöken under 2017–2018, vid behandling med metotrexat vid nyinsättning.

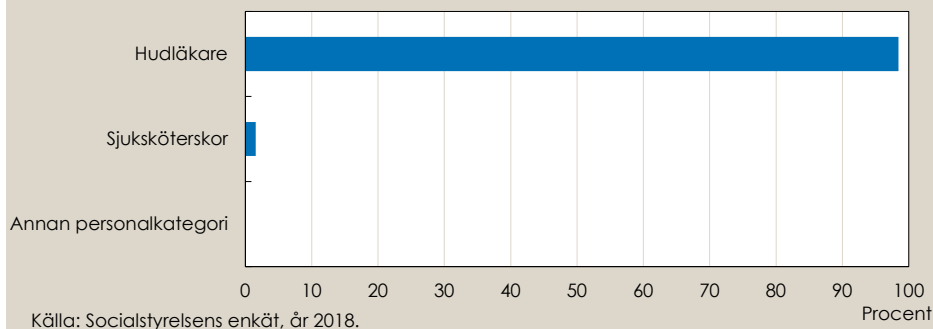


Diagram 27. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Frekvens i uppföljande återbesök efter behandling med metotrexat vid underhållsbehandling, enligt gällande rutin.

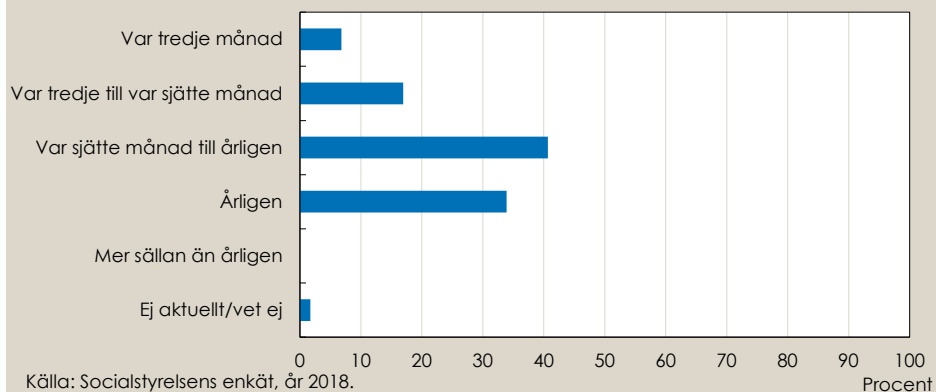


Diagram 28. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Andel personer med psoriasis som har fått återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat vid underhållsbehandling, under 2017–2018.

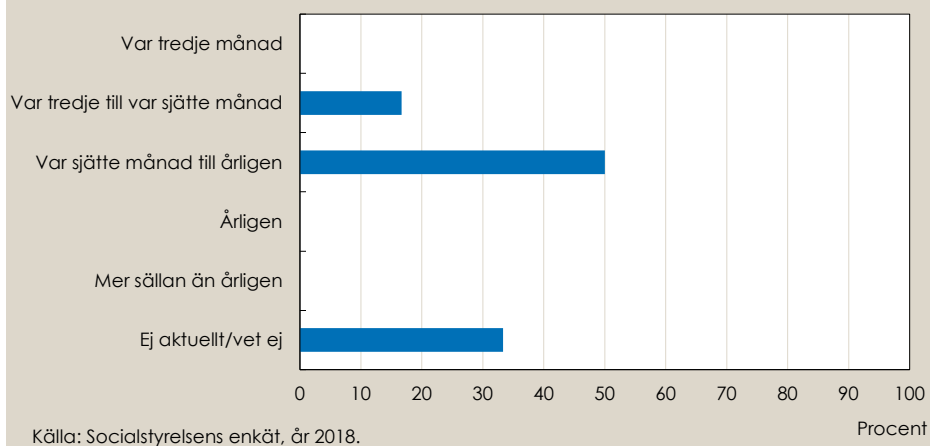
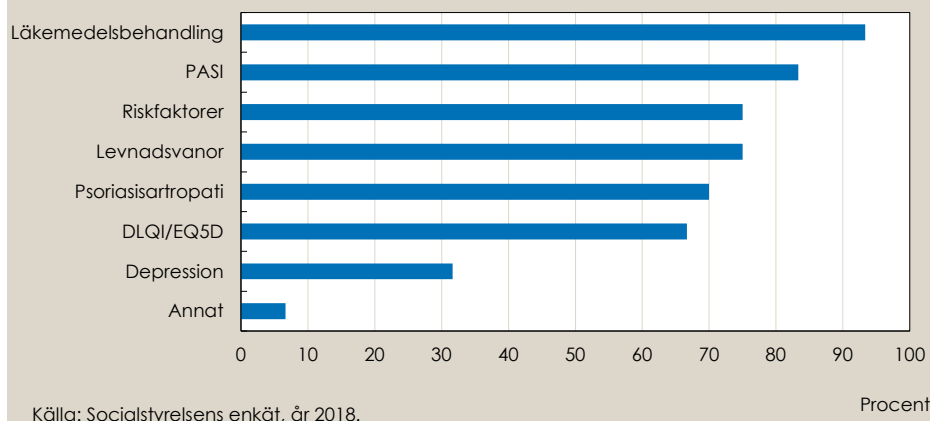


Diagram 29. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med metotrexat

Innehåll i uppföljning vid behandling med metotrexat vid underhållsbehandling, under 2017–2018.



Biologiska läkemedel

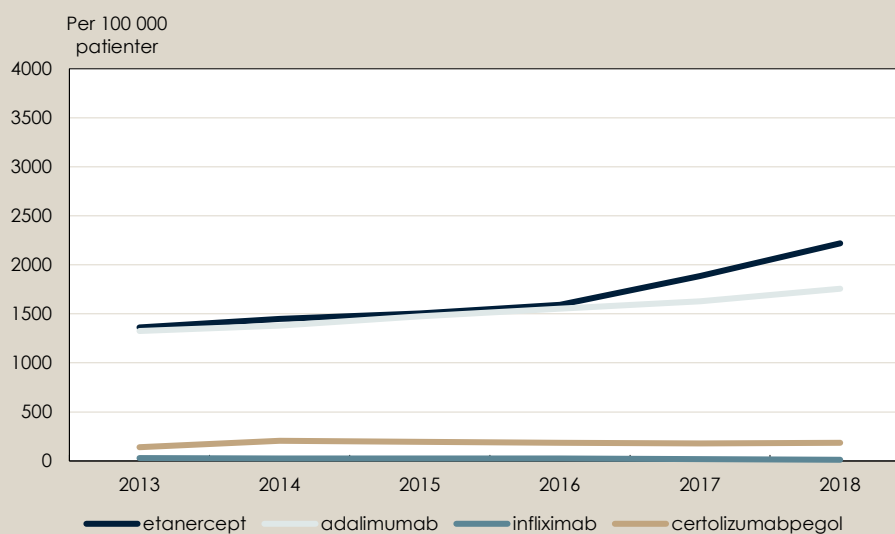
TNF-hämmare är biologiska läkemedel som motverkar inflammationen i kroppen vid psoriasis. I de nationella riktlinjerna har läkemedlen etanercept och adalimumab hög prioritet. Andra TNF-hämmare är certolizumabpegol och infliximab. Dessa läkemedel ges i vissa fall till patienterna direkt på mottagningen som rekviderar läkemedlen från apoteket. I denna utvärdering ingår endast uthämtade läkemedel på recept, vilket bör beaktas i tolkningen av resultatet.

Resultatet visar att uthämtade TNF hämmare ökar över tid (diagram 30). TNF hämmarna adalimumab (diagram 31) och i synnerhet etanercept (diagram 32) är de övervägande läkemedlen som används i regionerna och hämtas ut på recept. Däremot varierar det mellan regionerna vilka läkemedel som används mest. Certolizumabpegol och infliximab är läkemedel med begränsad uthämtning där certolizumabpegol hämtas ut av endast 0,2 procent av personerna med psoriasis.

Dessa variationer kan förklaras av hur regionerna hanterar förskrivningen av läkemedel som ges som injektion eller infusion. Av de biologiska läkemedel som utgörs av så kallade interleukinhämmare är det få läkemedel som hämtas ut. Det vanligaste läkemedlet, sekukinumab hämtas ut av 0,7 procent av personer med psoriasis. Ännu ovanligare är ustekinumab som hämtas ut av 0,5 procent.

Diagram 30. TNF-hämmare

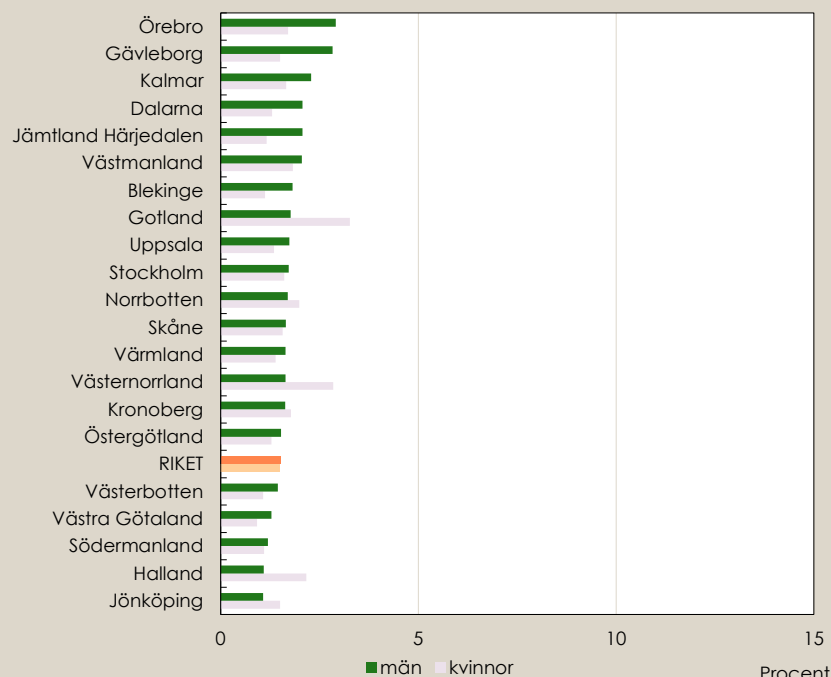
Antal patienter med svår psoriasis som fått TNF hämmare per 100 000 patienter, år 2013-2018



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 31. TNF-hämmare

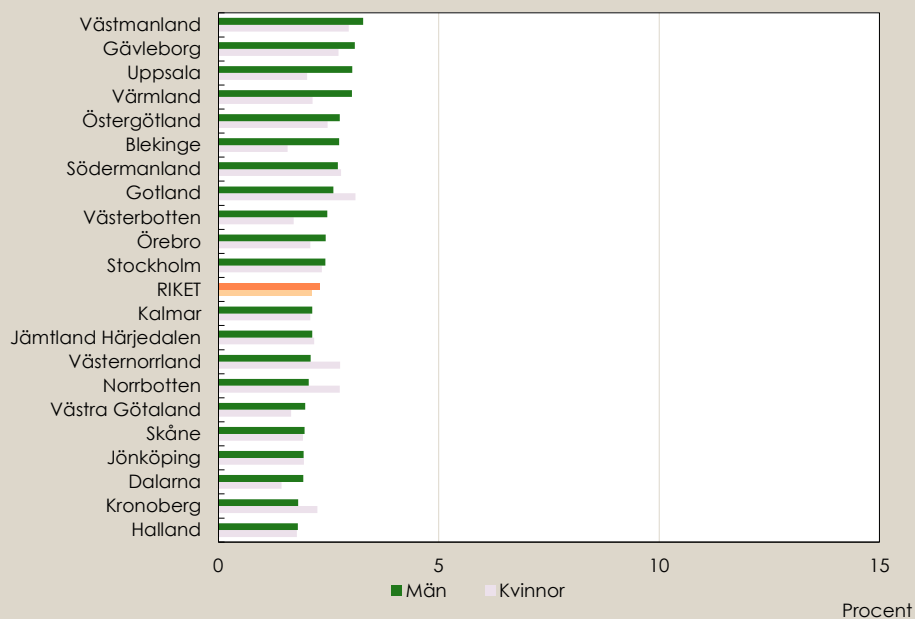
Andel personer med psoriasis som hämtat ut adalimumab, år 2018 (män n=1436, kvinnor n=1917).



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, socialstyrelsen

Diagram 32. TNF-hämmare

Andel personer med psoriasis som hämtat ut etanercept, år 2018 (män n=2041, kvinnor n=2196)



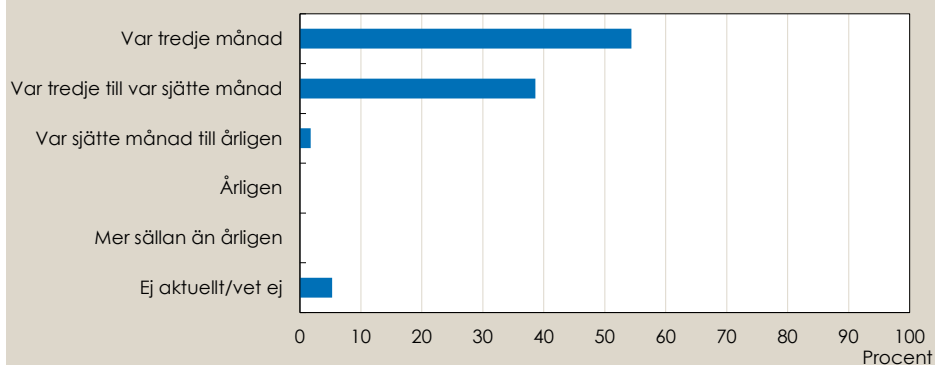
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, socialstyrelsen

Uppföljning av biologiska läkemedel

Inom den specialiserade vården sker uppföljning för att kontrollera behandlingseffekt och biverkningar. Personer med svår psoriasis som påbörjat behandling med biologiska läkemedel bör följas upp var tredje till var sjätte månad, visar resultatet från enkäten. Fler än hälften av specialistmottagningarna anger att uppföljning ska ske fyra gånger per år enligt gällande rutin (diagram 33). Vidare visar resultatet att personer med svår psoriasis som påbörjat behandling med biologiska läkemedel följs upp var tredje månad hos hälften av mottagningarna inom den specialiserade vården (diagram 34). Åtta av tio mottagningar följer upp personer avseende symtom och livskvalitet, enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna (diagram 35).

Diagram 33. Återbesök vid behandling med biologiska läkemedel

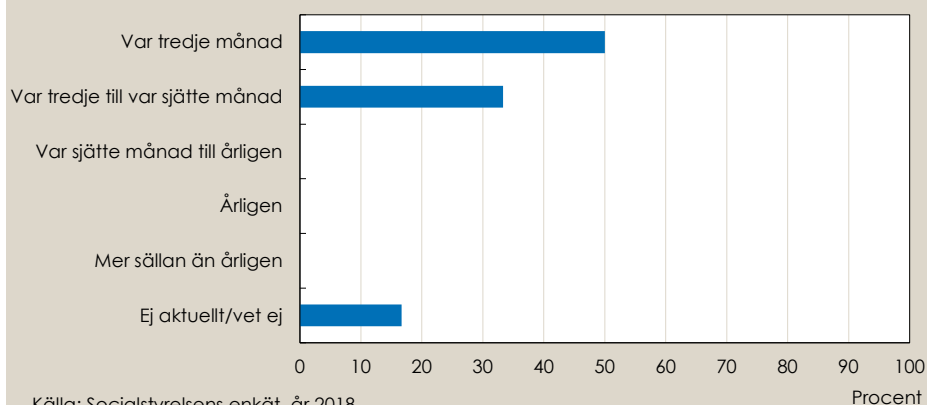
Frekvens i uppföljande återbesök efter behandling med biologiska läkemedel vid nyinsättning, enligt gällande rutin.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 34. Återbesök vid behandling med biologiska läkemedel

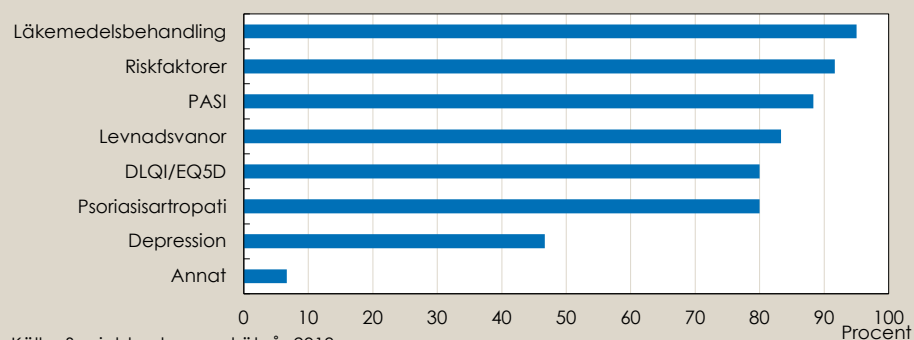
Andel personer med psoriasis som har fått återbesök i specialiserad vård vid behandling med biologiska läkemedel vid nyinsättning, under 2017–2018.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 35. Återbesök i specialiserad vård vid behandling med biologiska läkemedel

Innehåll i uppföljning vid behandling med biologiska läkemedel vid nyinsättning, under 2017–2018.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Analys av resultat

Resultaten visar att metotrexat hämtas ut i stor utsträckning av personer med psoriasis. Däremot finns vissa biologiska läkemedel med lika hög prioritet som i dag inte hämtas ut i lika stor uträkning som metotrexat.

Regionerna följer i nuläget gällande rekommendationer och prioriteringar för läkemedelsbehandling vid svår psoriasis, men fler patienter behöver erbjudas biologiska läkemedel. Det finns en viss skillnad mellan regionerna, men överlag är uthämtningen av metotrexat relativt jämnt fördelad.

Trots ökningen av biologiska läkemedel ser vi att det är stor variation mellan regionerna. Dock visar utvärderingen att det är fler personer med psoriasis som hämtar ut läkemedel med högre prioritet, såsom adalimumab och etanercept. För interleukinhämmare är det jämfört med TNF-hämmare relativt få personer med psoriasis som behandlas med dessa läkemedel.

För metotrexat följer var tredje mottagning upp sina patienter var tredje månad. För biologiska läkemedel följer nästan hälften av mottagningarna upp sina patienter var tredje månad.

Organisation och styrning av vården vid psoriasis

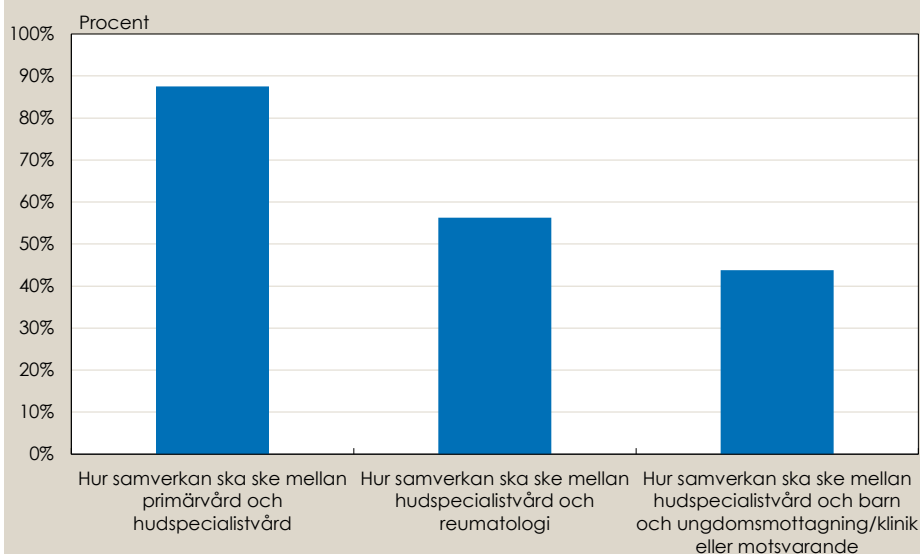
Psoriasis är en systemisk sjukdom som behandlas inom olika vårdnivåer beroende av svårighetsgrad. För personer med psoriasis är en välfungerande psoriasisvård och samverkan mellan olika vårdnivåer viktigt, framför allt mellan den specialiserade vården och primärvården.

Samverkan på regionnivå

Resultatet från enkäten till regionledningarna visar att tre av fyra regioner har styrdokument, vårdprogram eller liknande för hur psoriasisvården ska utföras (diagram 36). För de regioner som har det anger cirka hälften att de har styrdokument för hur samverkan ska se ut mellan den dermatologiska och reumatologiska specialistvården. När det gäller samverkan med barn- och ungdomsmottagningar anger knappt hälften av regionerna med styrdokument för psoriasisvården att de har dokument för detta.

Diagram 36. Styrdokument

Styrdokument, vårdprogram eller liknande inom regionen för hur vården av personer med psoriasis ska utföras.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Samverkan inom specialiserad vård

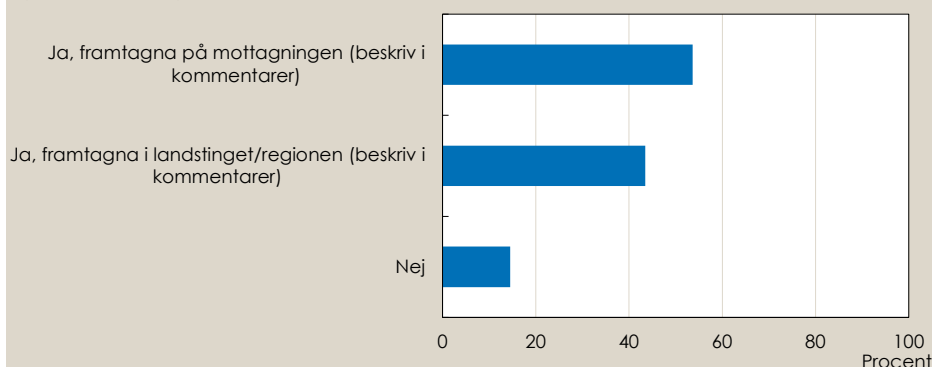
Inom den specialiserade vården har nästan alla mottagningar styrdokument eller rutiner för hur vården av psoriasis ska utföras (diagram 37). Personer som utreds och behandlas för psoriasis är många gånger aktuella på båda vårdnivåerna: specialistvård och primärvård.

Eftersom personer med psoriasis också har ökad risk för samsjuklighet är det viktigt att det finns en god samverkan inom specialistvården. Hur den specialiserade vården är organiserad skiljer sig mellan regionerna i landet. Av de mottagningar inom den specialiserade vården som svarat på enkäterna drivs knappt hälften av regionerna. Storleken på specialistmottagningarna mäts genom antalet personer med psoriasis som behandlas där. Enkäten visar att drygt 20 procent av mottagningarna inom den specialiserade vården har fler än 500 personer i behandling under 2017–2018. Av dessa använder drygt tre fjärdedelar av mottagningarna styrdokument, framtagna antingen lokalt eller inom regionen.

För att den specialiserade vården ska kunna följa upp och erbjuda personer god behandling är det viktigt att det finns en fungerande samverkan med annan specialiserad vård, såsom reumatologi och barn- och ungdomsmottagningar. Enkäten visar att det finns rutiner för sådan samverkan hos färre än hälften av specialistmottagningarna (diagram 38). Däremot visar resultatet att rutiner för samverkan med primärvården finns hos mer än hälften av specialistmottagningarna.

Diagram 37. Styrdokument

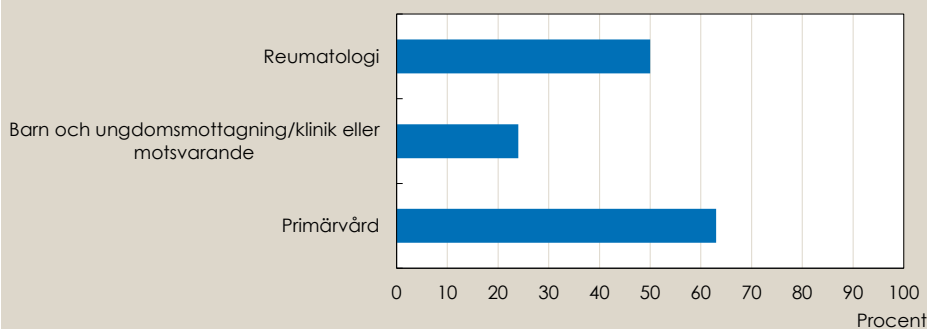
Styrdokument, vårdprogram eller liknande vid specialistvård för hur vården för personer med psoriasis ska utföras.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 38. Samverkan

Samverkan mellan den specialiserade vården och nedanstående verksamheter.



Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Samverkan inom primärvård

De flesta personer med psoriasis behandlas eller följs upp inom primärvården. Primärvårdsmottagningarna skiljer sig i storlek, men i denna utvärdering är det vanligast att de har 5 000–10 000 personer listade. Detta är oberoende av diagnos. Det innebär att det krävs fortbildning för att personalen ska ha kunskap om de tillstånd de ska behandla. För att primärvården ska ha de rätta förutsättningarna och lyckas med sitt uppdrag är det även här centralt med god samverkan med framför allt den specialiserade vården.

Resultatet från enkäten till primärvården visar att nästan 7 av 10 primärvårdsmottagningar har styrdokument eller vårdprogram för hur vården av personer med psoriasis ska fungera. Majoriteten av dessa dokument är framtagna av regionerna. När det gäller samverkan med den specialiserade vården eller barn- och ungdomsmottagningar eller motsvarande har mer än hälften av primärvårdsmottagningarna rutiner för det.

Analys av resultat

Eftersom personer med framför allt lindrig psoriasis behandlas inom primärvården är det viktigt att samverkan mellan den specialiserade vården och primärvården fungerar.

Alla regionerna rapporterar att de har styrdokument över hur samverkan mellan dessa vårdnivåer ska se ut. Däremot är det inte lika uttalat med samverkan inom specialistvården, mellan exempelvis specialistmottagningen och den specialiserade vården för reumatologi.

Rapportering till registret för systembehandling av psoriasis

Rapportering till kvalitetsregister är viktigt för att vården ska kunna följa upp och kvalitetssäkra sin verksamhet. Det är frivilligt både för vården att registrera och för patienter att delta i kvalitetsregistren (tabell 4). Kvalitetsregistren ger information om hur vårdprocesser och riktlinjer följs samt möjlighet att följa upp förändringar i verksamheten i behandling eller struktur.

I utvärderingen av vården vid psoriasis används information från Pso-Reg. Registret innehåller i huvudsak personer behandlade för svår psoriasis med systemiska biologiska läkemedel vid en hudklinik. Det innebär att utvärderingen inte i alla analyser fångar den population som de nationella riktlinjerna avser. Detta urval av subgrupp gör att täckningsgraden kommer presenteras på två olika sätt (diagram 41): andelen personer registrerade i kvalitetsregistret med svår psoriasis, och andelen personer med svår psoriasis behandlade med biologiska läkemedel inom den specialiserade vården.

Tabell 4. Styrdokument för kvalitetsregister

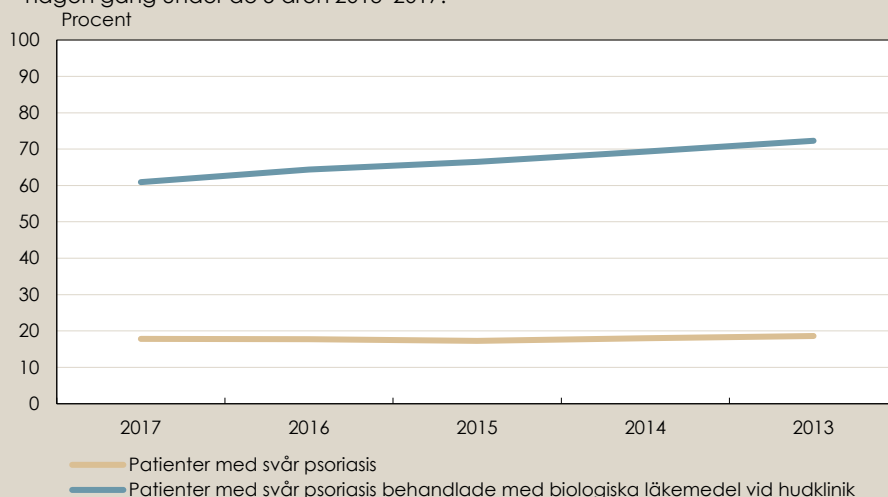
Regioner med styrdokument för registrering i nationella kvalitetsregistret för systemiska behandlingar (PsoReg).

Region	Styrdokument för registrering i PsoReg
Stockholm	-
Uppsala	-
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Nej
Kalmar	-
Gotland	-
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Nej
Gävleborg	Nej
Västernorrland	-
Jämtland Härjedalen	Nej
Västerbotten	Ja
Norrbottn	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät, år 2018.

Diagram 41. Rapportering till registret för systembehandling av psoriasis

Andel patienter med svår psoriasis enligt Socialstyrelsens hälsodataregister och andel patienter med svår psoriasis behandlade med biologiska läkemedel vid hudklinik registrerade i PsoReg. Populationen i PsoReg utgörs av personer med svår psoriasis som levde 31/12 2017 och som nyregistrerades eller följdes upp i registret någon gång under de 5 åren 2013–2017.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg) samt Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Analys av resultat

Att registrera personer i ett kvalitetsregister innebär en möjlighet till uppföljning och kvalitetssäkring av den verksamhet vården bedriver. Registreringen är i vissa fall resurskrävande, vilket kan påverka täckningsgraden och kräver tydlighet från regionerna för deltagande i kvalitetsregister.

Resultaten visar att drygt hälften av regionerna har styrdokument eller vårdprogram där registrering i PsoReg ingår. De regioner som inte har styrdokument är också de regioner där vi för vissa variabler saknar data.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. 2012.
2. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Nationella riktlinjer. Stockholm 2019.
3. Duvetorp A, Ljungberg A, Seifert O. Psoriasis is more than just a skin disease. Patients should be monitored for cardiovascular risk factors / Psoriasis är mer än bara en hudsjukdom. Patienter bör kontrolleras för kardiovaskulära riskfaktorer. 2013. p. 1796.
4. Raaby L, Ahlehoff O, de Thurah A. Psoriasis and cardiovascular events: updating the evidence. Archives Of Dermatological Research. 2017;309(3):225-8.
5. Min C, Kim M, Oh DJ, Choi HG. Bidirectional association between psoriasis and depression: Two longitudinal follow-up studies using a national sample cohort. J Affect Disord. 2019;262:126-32.
6. SSDV. SSDV:s behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis. 2018.

Bilaga 1 Projektorganisation

Projektledning

Tobias Edbom

projektledare

Expertstöd

Eva Angesjö

områdesansvarig primärvården
distriktsläkare, specialist i all-
mänmedicin, Brämhults vårdcen-
tral

Susanne Bergqvist

områdesansvarig omvårdnad
chefssjuksköterska, Psoriasisför-
eningens mottagning Sundbyberg

Marcus Schmitt-Egenolf

områdesansvarig dermatologi
professor (i dermatologi och ve-
nereologi), Umeå universitet,
överläkare, Mariehems hälsocen-
tral, Umeå, Registerhållare

Åke Svensson

docent, Lunds universitet, över-
läkare, Hudkliniken, Skånes Uni-
versitetssjukhus Malmö

Övriga projektmedarbetare

Christina Broman

utredare

Anna Granath

utredare

Fredrik Hasselström

statistiker, täckningsgrad

Alistair Hind

statistiker

Carolin Holm

utredare, enkätstöd

Max Köster

statistiker

Melinda Mild

utredare

Frida Nyman

administration

Mikael Nyman

utredare, diagramproduktion

My Raquette

statistiker, enkäter

Manja Takman

administration

Iwa Wasberg

produktionsledare

Harriet Wennberg

kommunikatör

Bilaga 2 Socialstyrelsens hälsodataregister

Patientregistret (PAR)

Patientregistret innehåller patientuppgifter om alla läkarbesök i slutet och specialiserad öppen sjukvård. Här registreras exempelvis diagnos, behandling, kirurgi och yttre orsaker till skador och förgiftningar. Registret har funnits sedan 1964, men blev rikstäckande 1987. Sedan 2016 rymmer det även uppgifter om väntetider på akutmottagningar vid sjukhus. Uppgifter från primärvården finns inte i registret.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om alla läkemedel som hämtats ut på recept på apotek från 2005. Följande uppgifter finns om läkemedlet: identitet, mängd, pris, datum för uttag, dosering, kostnad för landstinget och patientens egenavgift.

Operationalisering av psoriasispopulationen utifrån PAR och läkemedelsregistret i utvärderingen

Kriterier för psoriasispopulationen:

- Kriterium 1 = L.40.X (utom L.40.2 och L.40.3) som huvud- eller bidagnos i patientregistret ≥ 1 gång under 2007–2017

eller

- Kriterium 2 = uttag av ATC D05AX02 calcipotriol/ATC D05AX52 calcipotriolkombination ≥ 1 gång under 2007–2017 i läkemedelsregistret

Populationen har inkluderat fall till och med 31/12 2017. För år 2017 omfattade populationen 198 102 psoriasispatienter.

Bilaga 3 Indikatorer

Bilaga 4 Enkäter