

Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis

Stöd för styrning och ledning

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 2019-3-11
Omslagsfoto Dan Burch/Mostphotos
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2019

Förord

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

Riktlinjerna ska både stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område, och 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.

Sjukvårdsregionerna, berörda intresse- och yrkesorganisationer, vård- och omsorgsgivare, läkemedelsindustrin och andra har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

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
En underbehandlad sjukdom	7
Många behöver behandling mot andra sjukdomar samtidigt.....	7
Riktlinjerna kan bidra till bättre resursfördelning	7
Inledning.....	9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag	9
Användning och mottagare.....	10
Fokus på vissa åtgärder	10
Avgränsning.....	11
Samverkan med andra aktörer	11
Nationella utvärderingar.....	12
Kompletterande kunskapsstöd.....	12
Riktlinjernas bidrag till FN:s Agenda 2030.....	14
Om psoriasis	15
Vad är psoriasis?	15
Hur vanligt är psoriasis?	15
Olika former och svårighetsgrad	15
Vård vid psoriasis	16
Centrala rekommendationer	18
Om rekommendationerna	18
Levnadsvanor och samsjuklighet	19
Utredning och uppföljning.....	23
Topikal behandling	25
Behandling vid specifikt lokaliserad psoriasis.....	27
Ljusbehandling och klimatvård	28
Systemisk behandling	31
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	36
Sammanfattning av konsekvenserna.....	36
Levnadsvanor och samsjuklighet	39
Topikal behandling	40
Ljusbehandling och klimatvård	41
Systemisk behandling	42
Indikatorer för god vård och omsorg	48
Indikatorer för vård vid psoriasis	48
Målnivåer för indikatorerna	49
Utvärdering av vården vid psoriasis.....	49

Redovisning av indikatorer	49
Delaktighet, information, jämlik vård och etik.....	52
Projektorganisation	56
Referenser	61
Bilaga 1. Lista över rekommendationer	64
Bilaga 2. Prevalens: andel personer med olika svårighetsgrader av psoriasis.....	73
Bilaga 3. Underlag för att bedöma ekonomiska och organisatoriska konsekvenser – urval av centrala rekommendationer	75
Bilaga 4. Bilagor som publiceras på webben.....	86

Sammanfattning

Över 200 000 personer i Sverige har psoriasis. Psoriasis ger utslag på huden men betraktas inte som enbart en hudsjukdom i dag, utan som en allvarlig kronisk systemsjukdom, där immunsystemet spelar en central roll.

Psoriasis kan ge allt från lindriga till funktionsnedsättande besvär. Sjukdomen kan vara mycket stigmatiserande, och många påverkas psykosocialt. Många med psoriasis har en låg upplevd livskvalitet.

En underbehandlad sjukdom

Aktuell forskning har banat väg för ny och effektiv behandling av psoriasis. Men sjukdomen är fortfarande underbehandlad, och det finns stora regionala skillnader inom psoriasisvården. Olika regioner och kliniker har olika behandlingsutbud och tillgänglighet, till exempel när det gäller ljusbehandling, klimatvård och biologiska systemiska läkemedel. Dessutom saknas ofta kontinuitet i vården och uppföljning av behandlingen. En del patienter får samma behandling år efter år, trots att behandlingen inte är tillräckligt effektiv.

Många behöver behandling mot andra sjukdomar samtidigt

Personer med psoriasis har ofta besvär från leder och muskelfästen. Personer med svår psoriasis har också oftare än andra till exempel högt blodtryck, diabetes, övervikt och psykisk ohälsa. Patienterna behandlas i primärvården, den reumatologiska vården och den dermatologiska vården. Det är viktigt att stärka samarbetet mellan dessa delar av hälso- och sjukvården, eftersom samordningen är bristfällig i dag. Bland annat behövs rutiner för när i vårdkedjan olika specialister ska kopplas in.

Riktlinjerna kan bidra till bättre resursfördelning

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till att minska de stora regionala skillnaderna inom psoriasisvården. Riktlinjerna innehåller rekommendationer inom följande områden:

- levnadsvanor och samsjuklighet
- utredning och uppföljning
- topikal behandling (behandling med till exempel hudkräm)
- behandling vid specifikt lokaliserad psoriasis
- ljusbehandling och klimatvård
- systemisk behandling.

Riktlinjerna betonar också vikten av att ge de olika insatserna mot psoriasis till rätt patientgrupp.

I en utvärdering som beräknas vara klar hösten 2019 kommer Socialstyrelsen att beskriva i vilken mån regionerna följer rekommendationerna. Utvärderingen kan sedan ge underlag för förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvården.

Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid psoriasis.
Rekommendationerna gäller

- levnadsvanor och samsjuklighet
- utredning och uppföljning
- topikal behandling (behandling med till exempel hudkräm)
- behandling vid specifikt lokaliserad psoriasis
- ljusbehandling och klimatvård
- systemisk behandling.

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

- De centrala rekommendationerna 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 och speglar de viktigaste aspekterna av god vård.
- En diskussion om svåra överväganden och vikten av att informera och göra patienten delaktig.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista och kunskapsunderlag för samtliga 38 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta 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 hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten 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). Där framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och

kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen.

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 2015 [2].

Förstudien visar att det finns stora praxisskillnader inom svensk psoriasisvård. Psoriasis är till exempel en underbehandlad sjukdom. En del patienter får samma behandling år efter år, trots att behandlingen inte är tillräckligt effektiv. Tillgången till effektiv behandling varierar också mellan regionerna¹, till exempel när det gäller ljusbehandling, klimatvård och biologiska systemiska läkemedel. Dessutom finns ojämlikheter på grund av ålder: Äldre patienter får mer sällan tillgång till biologiska systemiska läkemedel än yngre. Till stor del saknas också nationella kunskapsstöd för psoriasis.

Användning och mottagare

De primära målgrupperna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. De kan till exempel vara underlag när hälso- och sjukvården

- fördelar resurser
- ändrar ett arbetssätt eller en organisation
- tar fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

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

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.

Dessa riktlinjer är därmed inte heltäckande, utan utelämnar många standardåtgärder inom vården vid psoriasis. Ett exempel är avfjällning, som är en grundläggande basbehandling. 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.

¹ Från och med 1 januari 2019 kallar sig alla landsting för regioner. I den här rapporten används därför benämningen region genomgående.

Avgränsning

I regeringsuppdraget att ta fram dessa riktlinjer ingår att ta fram rekommendationer för högst 50 frågeställningar inom psoriasisvården och indikatorer för att följa upp hur ett urval av rekommendationerna tillämpas.

I valet av frågeställningar har Socialstyrelsen strävat efter att möta det aktuella behovet av underlag för prioritering och resursfördelning inom vården vid psoriasis. Fokus är att vägleda riktlinjernas primära mottagare, det vill säga beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. En rad intressenter har därför fått möjlighet att lämna synpunkter på vad som bör ingå i riktlinjerna, till exempel företrädare för sjukvårdshuvudmännen, Läkemedelsindustri-föreningen (LIF), patientorganisationer och specialist- och professionsföreningar. Dialogmöten med intressenter visade bland annat att det finns praxisskillnader vid förskrivning av nyare och effektivare läkemedel. Det saknas också en dialog mellan primärvården och den dermatologiska respektive den reumatologiska vården kring utredningar för diagnos [2].

Socialstyrelsen har gjort följande avgränsning av riktlinjerna:

- Behandlingsåtgärder specifikt för gravida eller barn och unga (under 18 år) ingår inte i riktlinjerna. Däremot ingår rekommendationer om utredning av misstänkt psoriasis hos barn och om psoriasisutbildning för barn och vårdnadshavare. Dessa åtgärder syftar till att tidigt uppmärksamma och identifiera psoriasis, möjliggöra korrekt diagnos och rätt insatser samt identifiera behov av psoriasisutbildning.
- Behandling av psoriasisartrit ingår inte i riktlinjerna. Detta tillstånd ingår däremot i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar*, som är under revidering. I riktlinjerna om psoriasis ingår i stället en rekommendation om utredning vid misstänkt psoriasisartropati, för att uppmärksamma och identifiera detta tillstånd.
- Behandlingsåtgärder för att minska sjukdomsgraden av psoriasis genom rökstopp, minskning av riskbruk av alkohol och stöd till viktnedgång genom hälsosamma kostvanor samt fysisk träning ingår inte i riktlinjerna. Däremot har Socialstyrelsen en sammanslagen behandlingsåtgärd som handlar om individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis.
- Svårbehandlad psoriasis på naglar ingår inte i riktlinjerna.
- Områden där det finns föreskrifter eller andra typer av vägledning från Socialstyrelsen eller andra myndigheter ingår inte i riktlinjerna.

Samverkan med andra aktörer

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av frågeställningarna.

Socialstyrelsen har även samarbetat med Läkemedelsverket, som uppdaterar sina behandlingsrekommendationer för psoriasis. Dessa behandlingsrekommendationer är främst avsedda som kunskapsstöd om hur läkemedel bör användas i hälso- och sjukvården. Läkemedelsverket tar fram

dem tillsammans med experter från olika delar av hälso- och sjukvården, och uppdateringen beräknas vara klar sommaren 2019.

Vidare har Socialstyrelsen tagit hänsyn till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) beslut om vilka läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmånerna, som också kallas högkostnadsskyddet.

Förutom dessa myndigheter har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, patientorganisationer, specialist- och professionsföreningar och andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga medverkat.

Sjukvårdshuvudmännen har genom Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) nominerat experter till prioriteringsarbetet och förberett de regionala seminarier som ordnades efter publiceringen av remissversionen av riktlinjerna.

Nationella utvärderingar

Socialstyrelsen utvärderar de delar av vården och omsorgen som omfattas av de nationella riktlinjerna. Syftet är att beskriva vården och omsorgen: hur de rekommenderade åtgärderna används i dag och hur vården och omsorgen utvecklar sin kvalitet och effektivitet.

Ett annat syfte är att Socialstyrelsen ska kunna använda kunskapen från utvärderingsarbetet när vi uppdaterar de befintliga riktlinjerna. Det kan till exempel gälla resultat som visar att vården inte är jämnt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera vården vid psoriasis. Utvärderingen beräknas vara klar hösten 2019.

Kompletterande kunskapsstöd

Vägledning vid sjukskrivning

Socialstyrelsen har tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för psoriasis och andra hudsjukdomar [3]. Beslutsstödet ska vägleda läkare i hälso- och sjukvården och handläggare på Försäkringskassan, när de bedömer individers behov av sjukskrivning. Beslutsstödet består av två delar: dels övergripande principer som beskriver de olika rollerna i sjukskrivningsprocessen och sjukskrivning generellt, dels vägledning om sjukskrivning vid specifika diagnoser, där man ska göra en individuell bedömning i varje enskilt fall. Läs mer om beslutsstödet på Socialstyrelsens webbplats:

www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod.

Vårdprogram och andra riktlinjer

Lokala, regionala och nationella vårdprogram kompletterar dessa riktlinjer. De riktar sig till vård- och omsorgsprofessionerna och är tänkta som stöd för den individuella behandlingen. Bland dessa kunskapsstöd finns

- riktlinjer från professionsföreningen Svenska sällskapet för dermatologi och venerologi (SSDV) [4]
- Västra Götalandsregionens regionala medicinska riktlinje för psoriasis [5]

- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om psoriasis från 2011 [6], som är under revidering och planeras att publiceras våren 2019
- handboken *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)*, där det finns rekommendationer om fysisk aktivitet för personer med psoriasis [7].

Riktlinjer att beakta vid samsjuklighet

Personer med psoriasis har ofta andra sjukdomar samtidigt. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. De som planerar psoriasisvården behöver därför ta hänsyn till fler riktlinjer än dessa nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. De kan exempelvis handla om samverkan mellan olika vårdområden och användning av gemensamma kompetenser och resurser.

I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar* finns rekommendationer om behandling vid psoriasisartropati och psoriasisartrit [8]. Psoriasisartrit är den vanligaste samtidiga sjukdomen vid psoriasis.

Det är också vanligt att ha kardiovaskulära och metabola sjukdomar som hypertoni (högt blodtryck), diabetes och fetma samtidigt med psoriasis. Även depression är vanligare hos personer med psoriasis. En del åtgärder för dessa sjukdomar ingår i andra riktlinjer, till exempel *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [9], *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest* [10], *Nationella riktlinjer för diabetesvård* [11] och *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård* [12].

Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättningar

Personer med psoriasis kan få funktionsnedsättningar. Då finns hjälpmedel som kan förbättra livskvaliteten på många sätt. Individuellt anpassade hjälpmedel är därför 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.

Kunskapsstöd för vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte få vård och stöd efter behov. En persons ålder ska dock inte avgöra om hen bör få en behandling eller inte. Riktlinjernas rekommendationer behöver i stället anpassas till de äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet. Det är alltså nödvändigt att de som planerar psoriasisvården vet vilka behov som äldre med psoriasis kan ha, och vilka vårdresurser som behöver finnas för dem. Vägledning om detta finns i dokumentet *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Kunskapsstöd från andra länder

Det finns riktlinjer för vård vid psoriasis även i andra länder, bland annat Danmark [13] och Storbritannien [14]. Dessa riktlinjer har ett visst styrnings- och ledningsperspektiv, men har vårdpersonal som främsta mottagare.

Riktlinjernas bidrag till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är en handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande framtagen av FN. 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.

Delmål 3.4 beskriver bland annat hur förebyggande insatser och behandling ska minska antalet människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel. Delmål 3.8 beskriver att alla ska få tillgång till allmän hälso- och sjukvård.

Om psoriasis

Vad är psoriasis?

Psoriasis är en sjukdom som ger utslag på huden. I dag betraktas psoriasis dock inte som enbart en hudsjukdom, utan som en systemsjukdom, där immunsystemet spelar en central roll. Världshälsoorganisationen (WHO) uppgraderade psoriasis till en allvarlig kronisk sjukdom 2014.

Psoriasis kan ge allt från lindriga till funktionsnedsättande besvär. Många påverkas psykosocialt, och sjukdomen kan vara mycket stigmatiserande. Detta innebär en försämring av livskvaliteten. Trots det är psoriasis en underbehandlad sjukdom.

Det står klart att psoriasis har mycket hög ärftlighet, men den yttersta orsaken till sjukdomen är ännu okänd. Sjukdomen kan utlösas och förvärras av faktorer i omgivningen, som infektioner, psykisk påfrestning och ohälsosam livsstil.

Många som får psoriasis löper även högre risk att få andra sjukdomar med potentiellt allvarliga konsekvenser. Personer med svår psoriasis har till exempel oftare högt blodtryck, diabetes, övervikt och höga blodfetter, vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

Hur vanligt är psoriasis?

2–4 procent av den västerländska befolkningen har psoriasis. I Socialstyrelsens nationella hälsodataregister finns cirka 200 000 personer med psoriasis, som fått läkemedelsbehandling eller sjukhusvård för sjukdomen under en femårsperiod. Cirka 5 000 av dem är barn och unga (under 18 år). Här ingår dock inte personer som enbart behandlas i primärvården för sin psoriasis och som inte hämtat ut läkemedlet kalcipotriol på recept (kalcipotriol används bara vid psoriasis, till skillnad från andra vanliga behandlingar vid psoriasis). Detta innebär att hälsodataregistren underskattar det faktiska antalet personer med psoriasis i Sverige.

Psoriasis är lika vanligt hos kvinnor som hos män. Svår psoriasis är dock vanligare hos män, vilket kan förklara att vårdkonsumtionen är ojämn [15, 16]. Sjukdomen kan debutera när som helst i livet, men oftast före 30 års ålder. Det är inte ovanligt att barn och unga får psoriasis. Detta innebär att många människor lever med sjukdomen den största delen av sina liv.

Psoriasis kan delas in i två typer: typ I som debuterar tidigt och har hög ärftlighet, och typ II som debuterar efter 40 år och har låg eller ingen ärftlighet.

Olika former och svårighetsgrad

Plackpsoriasis är den vanligaste formen

Det finns olika former av psoriasis, bland annat

- plackpsoriasis
- guttat psoriasis
- invers psoriasis
- pustulös psoriasis
- erythroderm psoriasis.

Formerna skiljer sig genom att hudförändringarna ser olika ut och förekommer på olika delar av kroppen. Det finns dock en betydande överlappning mellan formerna, och psoriasis kan yttra sig på olika sätt hos samma person under livets gång. Men plackpsoriasis är vanligast och står för över 80 procent av fallen. Plackpsoriasis visar sig oftast som runda, röda, fjällande utslag, så kallade plack.

Svårighetsgrad enligt bedömningsinstrument

Psoriasis kan delas in i lindrig, medelsvår och svår sjukdom, med hjälp av två bedömningsinstrument.

Dels kan vårdpersonal bedöma hur stor del av patientens hudyta som är drabbad och hur allvarliga hudförändringarna är. Detta görs med bedömningsinstrumentet psoriasis area and severity index (PASI).

Dels kan patienten 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 patienterna inte tillräckligt stor effekt av behandling. Sjukdomen kallas då svårbehandlad psoriasis.

Vård vid psoriasis

Många personer med lindrig psoriasis tas om hand i primärvården, även om en del också får vård på sjukhus för sin psoriasis eller för andra sjukdomar. Personer med svårare tillstånd behandlas i den dermatologiska vården. I vissa delar av landet driver Psoriasisföreningen också särskilda mottagningar för personer med lindrig till svår psoriasis.

Det är viktigt med väldefinierade behandlingsmål för att optimera vården, och för att nå optimal sjukdomskontroll och förbättring (PASI < 3 och DLQI ≤ 5). Det är även viktigt att inte enbart behandla hudsymtomen, utan att också uppmärksamma samsjuklighet. Detta kräver samarbete mellan hudläkare, reumatologer och allmänläkare.

Behandling av drabbad hud i första hand

Den grundläggande behandlingen vid psoriasis är behandling med salva, kräm, gel, skum eller lösning på de ställen där huden är drabbad, så kallad topikal behandling. Det kan till exempel vara behandling med mjukgörande kräm eller kortisonkräm. Mjukgörande kräm ingår i all behandling av psoriasis, liksom behandling inriktad på levnadsvanor som fysisk aktivitet, goda matvanor och rökstopp.

Om topikal behandling inte räcker, eller om sjukdomen är utbredd, erbjuds vanligtvis ljusbehandling med kortvågig ultraviolett strålning (UVB). Ljusbehandling ges på psoriasisområden och på hudområden på sjukhusen.

Varken topikal behandling eller ljusbehandling gör dock någon nytta ovanpå tjocka hudfjäll. Därför är det viktigt med avfjällning: att mjuka upp huden, vanligen med en kräm som innehåller salicylsyra.

Om varken topikal behandling eller ljusbehandling räcker, finns behandling med olika systemiska läkemedel, det vill säga läkemedel som ger effekt i hela eller stora delar av kroppen och tas som tablett eller injektion. Systemisk behandling ges i den dermatologiska vården, men eftersom psoriasis är en systemisk sjukdom behöver hälso- och sjukvården utgå från en helhetssyn, och samordna olika kompetenser och åtgärder.

En del patienter får systemisk behandling utan att först ha fått topikal behandling eller ljusbehandling. Det är viktigt att låta behovet och symtomen avgöra behandlingsvalet, och följa upp effekten tidigt så att behandlingen kan justeras snabbt om det behövs. Historiskt har behandlingen av psoriasis i stället oftast följt en trappstegsmodell. Med denna strategi kan det ta lång tid att nå en effektiv behandling, framför allt för personer med svår psoriasis. Det är en orsak till att många patienter har varit underbehandlade [17].

Vården följs upp med hjälp av kvalitetsregister

Hälso- och sjukvården i Sverige har en lång tradition av kvalitetsuppföljningar med hjälp av nationella kvalitetsregister. Dessa register kan bidra till högre kvalitet eftersom vården kan följas upp på ett enhetligt sätt över hela landet.

PsoReg är det nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis i dermatologisk sjukvård. Fokus är att registrera behandling med biologiska systemiska läkemedel och andra systemiska behandlingar, men även uppgifter om levnadsvanor och genomförda undersökningar registreras. Målet är att alla patienter med systemisk behandling ska inkluderas. I dag täcker PsoReg cirka 65 procent av de patienter som behandlas med biologiska systemiska läkemedel på hudkliniker och på Psoriasisföreningens mottagningar.

Med hjälp av registret kan hälso- och sjukvården följa behandlingarnas effekt och biverkningar över tid, och visa detta grafiskt. Det underlättar nationell uppföljning ur såväl ett patientperspektiv som ett vårdgivarperspektiv.

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Samtliga rekommendationer redovisas i bilaga 1 i denna rapport. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista samt bilagorna *Kunskapsunderlag* och *Hälsoekonomiskt underlag* finns också att läsa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

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 prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 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 prioritet 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 att sluta använda åtgärderna.

Metoden för rangordningsprocessen beskrivs i bilagan *Metodbeskrivning*, som finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer med prioritet 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 prioritet 1–10. Formuleringen *bör* användas för rekommendationer med prioritet 1–3, *kan* för 4–7 och *kan i undantagsfall* för 8–10.

Rangordningen utgår från en nationell prioriteringsmodell

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdspar utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [18, 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
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Tillståndets svårighetsgrad avgörs av risken för ytterligare sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död. Socialstyrelsen tar också hänsyn till hur starkt vetenskapligt stöd som finns för en åtgärds effekt.

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 Socialstyrelsen 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, eller om en åtgärd har införts i vården eller omsorgen trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten. Genom att verksamheter följer hur åtgärden fungerar kan ny kunskap sammanställas. Det kan göras i form av antingen forskning som är knuten till ett universitet eller 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.

Levnadsvanor och samsjuklighet

Många med psoriasis har samtidigt andra sjukdomar och besvär, som psoriasisartrit, kardiovaskulär och metabol sjukdom, övervikt och psykisk ohälsa. Många har också ett riskbeteende när det gäller levnadsvanor som kosthållning, fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion. Riskbeteendet kan förvärra både samsjukligheten och psoriasisjukdomen i sig.

Åtgärder som utbildning och samtalsstöd är därmed minst lika viktiga som läkemedelsbehandling vid psoriasis. Med sådana åtgärder får patienter bättre förutsättningar att både hantera och förbättras i sin sjukdom. Genomgångar av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor gör det också lättare att sätta in åtgärder tidigt. Tillgången till psoriasisutbildning och regelbundna genomgångar av riskfaktorer varierar dock stort i landet.

Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 25)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

En individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor kan leda till förbättring när det gäller samsjuklighet, psoriasisssymtom och livskvalitet. Syftet med genomgången är att ge personer med psoriasis bättre förutsättningar att hantera sin sjukdom. Åtgärden utförs både i primärvården och på hudmottagningar, och förutsätter att dessa enheter samverkar.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger patienten en grund för att ta hand om sin egen sjukdom.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Återkommande utvärderingar av kardiovaskulära riskfaktorer

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 33)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda återkommande utvärderingar av kardiovaskulära riskfaktorer till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*).

På senare tid har forskningen uppmärksammat kopplingen mellan psoriasis och en förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar [20]. Personer med svår psoriasis har oftare än andra högt blodtryck, diabetes, höga blodfetter och övervikt, vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Därför är det värdefullt att undersöka om personer med psoriasis har dessa riskfaktorer, för att försöka påverka sjukdomsutvecklingen i ett tidigare skede. Det finns också studier som pekar på att psoriasis i sig kan orsaka hjärt- och kärlsjukdomar, oberoende av andra riskfaktorer.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda återkommande utvärderingar av kardiovaskulära riskfaktorer till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad samt ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar och metabolt syndrom. Åtgärden förbättrar möjligheten att upptäcka behandlingsbara riskfaktorer.

Utredning av misstänkt psoriasisartropati

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 34)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Upp till en tredjedel av alla med psoriasis har besvär från leder, senfästen eller muskelfästen: psoriasisartropati. Besvären innebär ofta

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

Besvären har ett samband med psoriasisjukdomen, men inte med hudförändringarnas svårighetsgrad. En person med utbredd psoriasis på huden kan helt sakna ledbesvär, medan hudsymtomen kan vara lindriga vid svåra ledbesvär.

Utredning av misstänkt psoriasisartropati gör det möjligt att erbjuda adekvat behandling. Liksom vid annan smärtproblematik behandlas patienterna med fysioterapi och smärtstillande läkemedel. En del får också lokala kortisoninjektioner. Med denna behandling blir mer än hälften bättre. En del personer med psoriasis utvecklar dock den inflammatoriska ledsjukdomen psoriasisartrit, som kan kräva ytterligare åtgärder.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda utredning av psoriasisartropati till personer med misstänkt psoriasisartropati. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att korrekt diagnos möjliggör rätt behandling.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Psoriasisutbildning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 26)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda psoriasisutbildning till personer med medelsvår och svår psoriasis (*prioritet 3*).

Personer med nydiagnostiserad psoriasis har varierande och ofta bristfällig kunskap om sjukdomen. Många söker kunskap och uttrycker behov av psoriasisutbildning arrangerad av hälso- och sjukvården. Ökad kunskap och stöd kan göra det lättare att hantera svårigheter med sjukdomen, och också öka patienternas benägenhet att fortsätta sin behandling.

Psoriasisutbildningen riktar sig till personer med psoriasis eller närstående och kan erbjudas individuellt eller i grupp. Syftet är att hjälpa personer med psoriasis att hantera sjukdomen och förbättra sin livskvalitet. Utbildningen kan öka patienternas kunskap om sjukdomen, behandlingen och sjukdomens samband med andra sjukdomar, och om hur livsstilsfaktorer kan påverka sjukdomen positivt och negativt. Erfarenhetsutbyte, föreläsningar och aktiviteter för att förebygga ohälsa kan ingå. Föreläsaren eller kursledaren är oftast läkare eller sjuksköterska. Läkaren eller sjuksköterskan kan också kompletteras av hälsovetare eller personer från liknande yrkeskategorier under utbildningen.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda psoriasisutbildning till personer med medelsvår och svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden ger patienten bättre förutsättningar att ta hand om sin sjukdom och förbättra sin livskvalitet. Åtgärden hjälper också patienten att utveckla copingstrategier (strategier för att hantera sjukdomen).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Övriga rekommendationer inom området

Inom området levnadsvanor och samsjuklighet finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- samtalsstöd vid psoriasis och låg livskvalitet
- 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.

Utredning och uppföljning

Psoriasis är en komplex sjukdom med potentiellt allvarliga följsjukdomar. En tidig utredning och kontinuerlig uppföljning av status och behandlingseffekt är därför en förutsättning för en jämlik vård och hälsa för personer med psoriasis. Det gäller både barn och vuxna med misstänkt psoriasis och personer som redan har diagnostiserad psoriasis men nya besvär. Utan kontinuerliga bedömningar och modifierad behandling utifrån aktuell status kan dessa patienter 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. Med kontroller av riskfaktorer blir det möjligt att sätta in åtgärder i ett tidigt skede.

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.

Psoriasis kan debutera i alla åldrar. Det kan dock vara svårt att säkerställa diagnosen hos yngre barn, som ofta har atypiska eller begränsade hudförändringar. Hälso- och sjukvårdspersonal som misstänker psoriasis hos barn och unga bör därför skriva en remiss till en hudläkare för bedömning.

Utvärdering av behandlingseffekt vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 23)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument till personer med svår psoriasis (*prioritet 1*).

De kroppsliga och psykologiska aspekterna av psoriasis försämrar ofta livskvaliteten betydligt. Många patienter är inte nöjda med sin behandling trots regelbunden kontakt med en hudläkare [17, 21-23]. 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 [4]. För att behandlingen ska ses som framgångsrik bör patienten ha ett PASI-värde under 3 och ett DLQI-värde under eller lika med 5.

Systemisk behandling bör utvärderas genom regelbundna uppföljningar minst kvartalsvis i början, sedan minst två gånger per år, för att effekten och eventuella biverkningar ska kunna bedömas över tid. Resultatet registreras i det nationella kvalitetsregistret PsoReg. Socialstyrelsen kommer att följa upp denna registrering med hjälp av indikatorn ”uppnådda behandlingsmål”, i en kommande utvärdering.

Med hjälp av strukturerade utvärderingar av behandlingseffekten kan behandlingen anpassas efter tillståndets svårighetsgrad och påverkan på livskvaliteten.

Även patienter med psoriasis som inte är så utbredd kan svara dåligt på topikal behandling (behandling med till exempel hudkräm), och ha väsentligt minskad livskvalitet. Behandlingen behöver då utformas utifrån detta. För patienter med svår utbredd psoriasis är det heller inte tillräckligt med endast topikal behandling, och systemisk behandling eller ljusbehandling kan behövas redan tidigt i behandlingsförloppet. En strukturerad utvärdering gör det möjligt att erbjuda detta.

Vid samsjuklighet behöver ett samarbete med allmänläkare och andra specialister starta utan dröjsmål. Särskild hänsyn måste riktas mot patientens behov av delaktighet, inklusive individanpassad vård och behandling.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden förbättrar patientens livskvalitet och delaktighet i vården. Åtgärden ger också underlag för att optimera behandlingen.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet genom ett systematiskt konsensusförfarande.

Dermatologisk specialistbedömning av barn med misstänkt psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 36)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Hudförändringar på grund av psoriasis hos barn och unga (under 18 år) är ofta svåra att skilja från hudförändringar på grund av andra hudsjukdomar. Därför är det svårt att ställa diagnosen psoriasis hos barn och unga. En specialistbedömning av en hudläkare (dermatolog) ökar möjligheten till rätt diagnos och lämplig behandling tidigt i sjukdomsförloppet.

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

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda dermatologisk specialistbedömning till barn med misstänkt psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att

tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden lägger grunden för en korrekt diagnos, så att hälso- och sjukvården kan sätta in rätt insatser.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Topikal behandling

Topikal behandling är den grundläggande behandlingen vid psoriasis. Det innebär behandling med kräm, lösning, gel eller skum på de ställen där huden är drabbad. Vanligast är

- mjukgörande kräm
- receptbelagda beredningar med
 - kortison (steroider, även kallat kortikosteroider)
 - det D-vitaminliknande ämnet kalcipotriol (en så kallad vitamin D3-analog)
 - läkemedel som reglerar immunsystemet (lokala immunmodulerare).

Den topikala behandlingen är avfjällande och antiinflammatorisk, och hämmar celldelningen.

Kortisonpreparat introducerades på 1950-talet och förbättrar behandlingsmöjligheterna avsevärt. Preparaten delas in i grupper av steroider från I till IV efter styrka. Ju starkare preparat, desto större effekt, men också desto större risk för biverkningar. Den vanligaste biverkningen är att huden blir tunn och skör.

I början av 1990-talet introducerades behandling med kalcipotriol, och i början av 2000-talet lanserades ett kombinationspreparat med kalcipotriol och grupp III-steroiden betametason. I dag betraktas detta kombinationspreparat ofta som förstahandsalternativ, men preparat med enbart steroider grupp III är också viktiga i behandlingen av psoriasis. Valet av preparat och behandlingslängd beror på patientens ålder, sjukdomens svårighetsgrad och den drabbade kroppsregionen.

Steroider grupp III som enskild behandling eller i kombination med kalcipotriol vid psoriasis

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda steroider grupp III och kalcipotriol i kombination (i form av salva, gel eller skum) till personer med psoriasis (*prioritet 4*).

Steroider grupp III–IV används vid psoriasis på kroppen. Hälso- och sjukvården har lång erfarenhet av steroider grupp III vid psoriasis, och behandlingen betraktas sedan länge som basbehandling. Förskrivningen har dock minskat de senaste åren, till förmån för kombinationspreparat med kalcipotriol.

Salva, gel eller skum med kombinationen kalcipotriol och betametason är ett vanligt förstahandsalternativ för topikal behandling 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 att huden blir tunn och skör (hudatrofi), men detta har ännu inte tillräckligt vetenskapligt stöd.

Kombinationsbehandlingen har nästan helt ersatt behandling med enbart kalcipotriol, eftersom kalcipotriol inte kunde förskrivas i Sverige under ett antal år, då tillverkningen var nerlagd. Många som tidigare upplevt en god effekt av kalcipotriol har därför gått över till kombinationspreparatet.

Kombinationspreparatet med kalcipotriol och betametason är betydligt dyrare än preparat med enbart en grupp III-steroid. Det finns risk att kombinationsbehandlingen överutnyttjas – att nyttan inte är tillräckligt stor i förhållande till kostnaden.

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda steroider grupp III till personer med psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktiviteten och att månadskostnaden beräknas vara låg. Det finns en lång klinisk erfarenhet av åtgärden, och den utgör basbehandling vid psoriasis.

Hälso- och sjukvården kan erbjuda steroider grupp III och kalcipotriol i kombination (i form av salva, gel eller skum) till personer med psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har måttligt bättre effekt på sjukdomsaktiviteten än behandling med enbart steroider. Åtgärden kan vara kostnadseffektiv för vissa typer av psoriasis, men månadskostnaden beräknas vara högre än för behandling med enbart steroider (grupp III och IV).

Övriga rekommendationer inom området

Inom området topikal behandling finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- mjukgörare vid medelsvår till svår psoriasis
- steroider grupp IV vid medelsvår till svår psoriasis
- kalcipotriol vid psoriasis.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

Behandling vid specifikt lokaliserad psoriasis

Psoriasis på enbart vissa specifika delar av kroppen kräver ofta särskild behandling. Det gäller till exempel psoriasis i hårbotten, i ansiktet, i hudveck, i underlivet 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 alltså ha en stor svårighetsgrad.

Medicinsk fotvård vid svår psoriasis på fötterna

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 37)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Psoriasis kan förekomma på fötterna som rodnade och fjällande områden. Ofta har patienterna förtjockad hud på delar av fötterna, med ibland djupa sprickor. Andra hudpartier kan vara tunna och fjällande. Detta ger ömma fotsulor, och ibland har patienterna svårt att gå. Även tånaglarna blir ofta förtjockade, vilket kan göra ont när skorna trycker på naglarna. Svår psoriasis på fötterna kan vara funktionsnedsättande.

Medicinsk fotvård utförs av medicinska fotterapeuter. Behandlingen kan förebygga svårläkta sår, felställningar och gångsvårigheter, och är av stor vikt för patienter med svår psoriasis på fötterna. Den betraktas som ett viktigt komplement till läkemedelsbehandling.

Tillgången till subventionerad medicinsk fotvård vid svår psoriasis varierar dock över landet. Många får därför inte tillgång till behandlingen, trots att den kan minska besvären och ibland få symtomen att läka. Medicinsk fotvård är därmed en underutnyttjad åtgärd, och de som inte behandlas trots behov löper en ökad risk för bland annat hudsprickor, sår och eventuellt gångsvårigheter.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör 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 stor effekt på aktivitetsförmågan och förbättrar livskvaliteten.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Steroider grupp III–IV vid psoriasis i hårbotten

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 38)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Psoriasis debuterar ofta i hårbotten. Uttalad fjällning med klåda är vanligt och medför stort obehag. 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. Ofta behövs också underhållsbehandling för att besvären inte ska komma tillbaka. Risken för biverkningar av kortison i hårbotten är dock låg, vilket möjliggör långvarig behandling med steroider.

Steroider grupp III–IV i lösning eller kutan emulsion är förstahandsläkemedel vid behandling av psoriasis i hårbotten. Om den lokala steroidbehandlingen inte ger tillräcklig effekt, är en kombination av kalcipotriol och betametason ett alternativ, dock till en högre kostnad.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda steroider grupp III–IV till personer med psoriasis i hårbotten. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, att åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktiviteten och att månadskostnaden beräknas vara låg.

Övriga rekommendationer inom området

Inom området behandling vid specifikt lokaliserad psoriasis finns även rekommendationer om följande åtgärder:

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

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

Ljusbehandling och klimatvård

Det har länge varit känt att solljus har gynnsam effekt på olika hudsjukdomar, och ljusbehandling har använts vid psoriasis sedan början av 1900-talet. I dag är ljusbehandling vanligt vid sjukhusens hudkliniker, Psoriasisföreningens behandlingsanläggningar och särskilda anläggningar för psoriasisbehandling i vissa regioner. Ljusbehandling ingår också i insatsen

klimatvård, där deltagarna samtidigt får utbildning och stöd i ett varmt och soligt klimat.

Medicinskt ljus delas in i UVA och UVB. UVA är långvågig ultraviolet strålning, som används i vanliga solarier, och UVB är kortvågig ultraviolet strålning. Generellt har bara UVB en läkande effekt på hudutslagen vid psoriasis, utom när UVA kombineras med ämnet psoralen, som gör huden känsligare för ultraviolet strålning.

Denna behandling kallas PUVA och har använts sedan 1970-talet, ofta vid svårbehandlad psoriasis. Den är effektivare än UVB-behandling vid framför allt utbredd psoriasis, men kan öka risken för hudcancer om den ges många gånger.

En annan form av ljusbehandling är Buckybehandling, som har använts sedan 1920-talet. Det är behandling med yttlig röntgenstrålning, även kallad mjukröntgen. Buckybehandling ges när annan ljusbehandling eller topikal behandling inte ger tillräcklig effekt, till exempel vid svår psoriasis i hårbotten, vid öronen eller i underlivet. Risken för hudcancer bedöms vara låg om den totala dosen strålning begränsas, och det går minst sex månader mellan behandlingstillfällena.

Ljusbehandling passar inte alla. Behandlingen förutsätter till exempel att patienten kan ta sig till mottagningen ofta, kanske tre gånger per vecka (med undantag för Buckybehandling). I dag finns dock begränsad tillgång till mottagningar i landet. Ljusbehandling förutsätter dessutom att patienten kan stå i en ljusbox så länge som behandlingen kräver, vilket till exempel kan vara svårt för personer med olika typer av funktionsnedsättningar.

Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 7)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Ljusbehandling med UVB har använts i mer än 50 år och är nu en standardbehandling vid psoriasis. Behandlingen är ofta nästa steg när topikal behandling inte räcker. Den kan också ges till personer som inte kan eller vill gå igenom systemisk behandling.

Ljusbehandlingen ges tre gånger per vecka, och oftast behövs 15–25 behandlingstillfällen för att sjukdomen ska läka. Personal på mottagningar hjälper till med rådgivning, insmörjning med mera i samband med behandlingen.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda ljusbehandling med UVB till personer med medelsvår till svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att

tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktiviteten.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Klimatvård med vårdteam vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 18)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Klimatvård ges i varmt och soligt klimat med ett vårdteam i minst tre veckor. I klimatvården ingår

- obligatorisk utbildning
- individualiserad och schemalagd solning
- sjukgymnastledd fysisk träning
- standardiserad uppföljning på den remitterande mottagningen.

En hudläkare bedömer vilka patienter som skulle ha mest nytta av klimatvård, utifrån särskilda svårigheter att hantera sin sjukdom. Vårdteamet på plats i det varma och soliga klimatet består ofta av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller hälsopedagog och i vissa fall psykolog och arbetsterapeut.

Utbildningen hjälper deltagarna att hantera sjukdomen. Samtidigt får de dela sina erfarenheter av att leva med en kronisk sjukdom, vilket kan vara särskilt värdefullt för barn och unga. I utbildningen ingår information om solens, ljusets och UVB-strålningens effekter, både positiva och negativa. Deltagarna får också lära sig hur personer med svår psoriasis ska sola, så kallad terapeutisk solning.

Solningen genomförs med ett individuellt solschema, som utformas efter hudtyp och årstid. Varje deltagare får också ett träningsprogram med både individuella aktiviteter och gruppaktiviteter.

Flera upplever att de mår bättre psykiskt av klimatvård, att de kommer igång med fysisk aktivitet och att det blir lättare att hantera sjukdomen.

Möjligheten att få klimatvård varierar dock stort i landet, och vissa regioner erbjuder inte alls denna typ av vård. Samtidigt får fler personer med svår psoriasis effektiv läkemedelsbehandling än tidigare. Därmed har gruppen som behöver klimatvård blivit mindre, men denna mindre grupp har fortfarande ett stort behov av åtgärden. Klimatvård har till exempel god effekt för personer vars livskvalitet påverkas mycket av sjukdomen (hög DLQI-värde), även om hudförändringarna inte är så utbredda eller allvarliga (lägre PASI-värde – se indelningen i kapitlet *Inledning*).

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör erbjuda klimatvård med vårdteam i minst tre veckor till personer med svår psoriasis som har otillräcklig effekt av andra behandlingsalternativ och särskilt behov av utbildning, förändrade levnadsvanor och fysisk aktivitet. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ökar förutsättningarna för symtomlindring och minskar risken för framtida besvär. Åtgärden ger också patienterna möjlighet att utbyta erfarenheter och hjälper dem att utveckla copingstrategier (strategier för att hantera sjukdomen).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Övriga rekommendationer inom området

Inom området ljusbehandling och klimatvård finns även rekommendationer om följande åtgärder:

- Buckybehandling vid svårbehandlad lokaliserad psoriasis
- PUVA vid svårbehandlad psoriasis med otillräcklig effekt av annan behandling.

Mer information om dessa rekommendationer finns i bilaga 1.

Systemisk behandling

Systemisk behandling är läkemedelsbehandling som ger effekt i hela eller stora delar av kroppen. Den används vanligen när topikal behandling och eventuell ljusbehandling är olämplig eller inte ger tillräcklig effekt vid psoriasis. Både patienter med svår psoriasis och patienter med svårbehandlad psoriasis behöver tillgång till systemisk behandling.

Det finns både syntetiska och biologiska systemiska läkemedel, som ges i form av tabletter eller injektioner (se översikten i tabell 2).

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”. Det vanligaste syntetiska läkemedlet för systemisk behandling vid psoriasis 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 ett biologiskt läkemedel har förlorat sitt patentskydd går det ändå inte att producera en exakt likadan molekyl. Det går dock att ta fram en mycket lik molekyl, en så kallad biosimilar. I dag finns biosimilarer för läkemedlen infliximab, etanercept och adalimumab i Sverige.

Sedan början av 2000-talet har det kommit nya, allt bättre biologiska läkemedel. Det finns också ännu inte godkända preparat som visat mycket god effekt i kliniska studier. Endast en liten andel av alla med psoriasis får dock tillgång till biologiska läkemedel, och det finns tecken på att förskrivningen är ojämlig.

De biologiska läkemedel som är godkända för att behandla psoriasis kallas **TNF-hämmare** (eller TNF-alfahämmare) och **interleukinhämmare**. De hämmar verkningarna av proteinet tumörnekrosfaktor alfa respektive proteingruppen interleukiner.

Tabell 2. Översikt av rekommenderade systemiska läkemedel

Systemiska läkemedel		
Syntetiska läkemedel	Biologiska läkemedel	
	TNF-hämmare	Interleukinhämmare
Metotrexat Acitretin Apremilast	Infliximab Etanercept Adalimumab Certolizumabpegol	Ustekinumab (IL-12/23-hämmare) Brodalumab (IL-17-hämmare) Sekukinumab (IL-17-hämmare) Ixekizumab (IL-17-hämmare) Guselkumab (IL-23-hämmare)

Metotrexat vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 11)

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

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

Metotrexat är ett syntetiskt läkemedel som har använts i flera decennier. Behandling med metotrexat 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 på att det inte genomförs särskilt många randomiserade och kontrollerade kliniska prövningar av ett läkemedel som varit godkänt så länge. Den litteratur som finns tillgänglig tyder dock på att metotrexat har en betydligt sämre effekt vid svår psoriasis än biologiska läkemedel, vid indirekta jämförelser (andelen patienter som uppnår PASI 75 skiljer sig avsevärt mellan metotrexat och biologisk behandling).

Metotrexat kan ges dels som tablett, dels som injektion. Både traditionell tablettbehandling och modern injektionsbehandling är fortfarande viktiga behandlingsalternativ för patienter med svår psoriasis. Dosen kan dock behöva begränsas av biverkningar som illamående, kräkningar eller förhöjda levervärden. På lång sikt behöver läkaren eller sjuksköterskan särskilt kontrollera risken för leverpåverkan.

Vanligtvis initieras behandlingen av en specialistläkare på en hudmottagning eller en reumatolog. I vissa fall kan sedan primärvården följa upp behandlingen i samråd med en specialistläkare. Behandlingsansvaret ska dock ligga hos den behandlande hudläkaren eller reumatologen.

Motivering till rekommendationen

Hälso- och sjukvården bör 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 behandlingskostnaden är lägre per år än för biologiska systemiska läkemedel. Upphandlingar och avtal om rabatter för flera TNF-hämmare (biologiska läkemedel) innebär dock att skillnaden i behandlingskostnad per år kan vara liten mellan biologiska och syntetiska systemiska läkemedel, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst behandlingskostnad. Det finns en lång klinisk erfarenhet av åtgärden, men den kräver att patienten kontrolleras regelbundet.

TNF-hämmare vid svår psoriasis

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

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda etanercept till personer med svår psoriasis (prioritet 2)
- erbjuda adalimumab till personer med svår psoriasis (prioritet 2)
- erbjuda infliximab till personer med svår psoriasis (prioritet 3)
- erbjuda certolizumabpegol till personer med svår psoriasis (prioritet 3).

TNF-hämmare är biologiska läkemedel som hämmar verkningarna av proteinet tumörnekrosfaktor alfa. Detta motverkar inflammationen i kroppen vid psoriasis.

TNF-hämmaren etanercept injiceras i underhudsfettet (subkutan injektion). Patienten kan använda läkemedlet på egen hand i hemmet efter kort upplärning. En marginellt högre andel patienter kan få hudreaktioner vid insticksstället jämfört med övriga TNF-hämmare.

Även TNF-hämmarna adalimumab och certolizumabpegol injiceras i underhudsfettet. Certolizumabpegol passerar med största sannolikhet inte moderkakan och går inte över i bröstmjolk. Certolizumabpegol kan därför vara ett alternativ för personer som vill bli gravida, är gravida eller ammar.

TNF-hämmaren infliximab ges som dropp (infusion), vilket gör att patienten inte kan sköta behandlingen på egen hand. Därmed påverkas livet mer än av andra systemiska behandlingar, både med syntetiska och biologiska läkemedel. Dessutom krävs större insatser från hälso- och sjukvården i form av vårdplatser och personal. Läkemedlet ger dock effekt snabbt.

Det finns biosimilarer för etanercept, adalimumab och infliximab, och läkemedelskostnaden har sjunkit sedan patentet gått ut för flera preparat. För certolizumabpegol finns däremot inga biosimilarer ännu. Vidare är etanercept och adalimumab de enda TNF-hämmare som har prövats för barn med svår psoriasis, med liknande effekt som för vuxna.

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda etanercept till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt på psoriasisymtom.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda adalimumab till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt på psoriasisymtom. Enligt klinisk erfarenhet har åtgärden större effekt på sjukdomsaktiviteten än etanercept.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda infliximab till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, att åtgärden har stor och snabb effekt på psoriasisymtom och att följsamheten till behandlingen är hög. Åtgärden medför dock risk för infusionsreaktion (till exempel andnöd eller blodtrycksfall). Behandlingen kräver också besök hos vårdgivare, vilket tar tid för patienten och kräver ökade resurser från hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda certolizumabpegol till personer med svår psoriasis. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt på psoriasisymtom. Läkemedlet passerar med största sannolikhet inte moderkakan och går inte över i bröstmjolk, till skillnad från övriga TNF-hämmare. Behandlingskostnaden enligt listpris är dock högre än för flera andra TNF-hämmare, där årsbehandlingskostnaden har sjunkit till följd av upphandlingar och avtal om rabatter. Åtgärden kan vara ett alternativ för personer som vill bli gravida, är gravida eller ammar.

Upphandlingar och avtal om rabatter för flera TNF-hämmare innebär att skillnaden i behandlingskostnad per år kan vara liten mellan biologiska och syntetiska systemiska läkemedel, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst behandlingskostnad. Socialstyrelsen bedömer att det är kostnadseffektivt att använda de läkemedel som har lägst total behandlingskostnad, inklusive hänsyn till rabatter, när behandlingseffekten anses vara likvärdig.

Interleukinhämmare vid svår psoriasis

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 15a–c, 16, 16b)

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda brodalumab, ixekizumab eller sekukinumab (IL-17-hämmare) till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*)
- erbjuda guselkumab (IL-23-hämmare) till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*)
- erbjuda ustekinumab (IL-12/23-hämmare) till personer med svår psoriasis (*prioritet 3*).

Interleukinhämmare är biologiska läkemedel som hämmar verkningarna av proteingruppen interleukiner. Detta kan motverka inflammationen i kroppen vid psoriasis. Läkemedlet injiceras i underhuds fett (subkutan injektion), och patienten kan använda det på egen hand i hemmet efter kort upplärning. Det finns interleukinhämmare för flera olika interleukiner.

Brodalumab, sekukinumab och ixekizumab är IL-17-hämmare (de hämmar signalvägen interleukin 17). Kliniska prövningar har visat att fler patienter blir besvärsfria efter behandling med IL-17-hämmare jämfört med TNF-hämmare. IL-17-hämmarnas långtidseffekter har dock inte kunnat utvärderas fullt ut på grund av kortare tid på marknaden.

Guselkumab är en IL-23-hämmare, som också är ny på marknaden, medan IL-12/23-hämmaren ustekinumab har använts sedan 2009. I vissa regioner ges ustekinumab på sjukhus.

Motivering till rekommendationerna

Hälso- och sjukvården bör erbjuda brodalumab, ixekizumab eller sekukinumab (IL-17-hämmare), guselkumab (IL-23-hämmare) och ustekinumab (IL-12/23-hämmare) till personer med svår psoriasis.

Avgörande för rekommendationerna är att tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad och att åtgärderna har stor effekt på psoriasissymtom. Kostnaderna per kvalitetsjusterat levnadsår är dock höga jämfört med TNF-hämmare och andra systemiska läkemedel. Åtgärderna är därför alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare och syntetiska läkemedel inte är aktuellt. Det saknas också kunskap om långtidseffekter av behandlingarna, och för IL-17-hämmarna är den kliniska erfarenheten begränsad.

Övriga rekommendationer inom området

Inom området systemisk behandling 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 bedömt hur de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, andra resurser 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 prioritera välavvägt mellan åtgärder och erbjuda patienterna den bästa vården.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen beräkningar för de centrala rekommendationer som kan förväntas påverka hälso- och sjukvården mest, och där det finns tillräckliga data för att beskriva nuläget och bedöma behovet av förändring. Beräkningarna gäller topikal behandling, ljusbehandling och klimatvård samt systemisk behandling.

I arbetet med riktlinjerna har Socialstyrelsen fört en dialog med Landstingens samverkansmodell för läkemedel, där alla regioner arbetar gemensamt med villkor för läkemedel och kan träffa överenskommelser om återbäring med läkemedelsföretagen. Därmed har vi haft kännedom om att aktuella kostnader efter återbäring (rabatter) för biologisk systemisk behandling med TNF-hämmare är betydligt lägre än vad som framgår av fastställda officiella priser. Informationen är konfidentiell för flera av läkemedlen, och därför kan vi inte redovisa beräkningarna bakom alla bedömningar i detta kapitel.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen, så att hälso- och sjukvården fördelar förhållandevis mer resurser till högt prioriterade åtgärder än till åtgärder med låg prioritet.

Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått prioritet 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 det tillståndet. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ner resurserna.

Nedan presenteras en sammanfattning av de bedömda konsekvenserna. I efterföljande avsnitt beskrivs konsekvenserna för respektive rekommendation översiktligt. I bilaga 3 finns en mer utförlig beskrivning av underlagen för att bedöma konsekvensernas storlek, utifrån Socialstyrelsens register och enkätundersökningar. Vidare redovisar bilaga 2 Socialstyrelsens skattningar av hur många personer som har svår, medelsvår och lindrig psoriasis i Sverige (prevalensen).

Sammanfattning av konsekvenserna

De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården, eftersom flera av åtgärderna används i för liten utsträckning i dag. Socialstyrelsen bedömer till exempel

att användningen av topikal behandling med steroider grupp III behöver öka och att en ökning med 20 procent skulle kosta 2,7 miljoner kronor.

Hälso- och sjukvården kan också erbjuda fler personer med svår psoriasis behandling med biologiska systemiska läkemedel. Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att användningen av TNF-hämmare behöver öka betydligt. Samtidigt blir kostnaden per person betydligt lägre när hälso- och sjukvården väljer något av läkemedlen med lägst kostnad, till följd av konfidentiella överenskommelser mellan regionerna och läkemedelsföretagen. Därmed är det osäkert om de totala kostnaderna kommer att öka, och hur stor ökningen i så fall blir.

På grund av de konfidentiella överenskommelserna kan Socialstyrelsen inte heller redovisa hur kostnaderna kommer att förändras jämfört med tidigare år, om användningen av biologiska systemiska läkemedel ökar. De offentliga listpriserna för flera TNF-hämmare är betydligt högre än de faktiska priserna. Därtill innebär patentutgångar att det finns flera läkemedel av samma typ (biosimilarer) för tre av de TNF-hämmare som Socialstyrelsen rekommenderar. Detta ökar konkurrensen och kan påverka priserna framöver.

Socialstyrelsen bedömer vidare att för få personer får biologisk systemisk behandling med interleukinhämmare i dag. Kostnaderna bedöms därför öka på kort sikt, om fler erbjuds denna behandling.

Tabell 3 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. Med kort sikt avses 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 steroider grupp III vid medelsvår och svår psoriasis ge ökade kostnader under det första året, som sedan planar ut på denna högre nivå. Tabellen inkluderar däremot inte klimatvård och psoriasisutbildning, eftersom Socialstyrelsen inte kunnat bedöma hur dessa åtgärder kommer att påverka kostnaderna.

Tabell 3. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

Åtgärd	Rad	Kort sikt	Lång sikt
Topikal behandling			
Steroider grupp III vid psoriasis	Rad 3	↗	→
Steroider grupp III och kalcipotriol i kombination vid psoriasis	Rad 5a	→	→
Ljusbehandling			
Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis	Rad 7	↗	→
Systemisk behandling			
Metotrexat vid svår psoriasis	Rad 11	→	→
<i>TNF-hämmare:</i>			
Etanercept vid svår psoriasis	Rad 14a	↗	→
Adalimumab vid svår psoriasis	Rad 14b	↗	→
Infliximab vid svår psoriasis	Rad 14c	→	↘
Certolizumabpegol vid svår psoriasis	Rad 14d	↘	↘
<i>Interleukinhämmare:</i>			
Brodalumab vid svår psoriasis	Rad 15a	↗	→
Ixekizumab vid svår psoriasis	Rad 15b	↗	→
Sekukinumab vid svår psoriasis	Rad 15c	↗	→
Guselkumab vid svår psoriasis	Rad 16b	↗	→
Ustekinumab vid svår psoriasis	Rad 16a	→	→

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

Tabell 4 sammanfattar bedömningen av de organisatoriska förändringarna för de centrala rekommendationer som kan förväntas få störst konsekvenser för hälso- och sjukvården. Tabellen inkluderar dock inte klimatvård och psoriasisutbildning, eftersom Socialstyrelsen inte kunnat bedöma hur dessa åtgärder kommer att påverka organisationen.

Tabell 4. Organisatoriska konsekvenser för centrala rekommendationerHänvisning till radnummer i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*

Åtgärd	Rad	Organisatorisk konsekvens
Ljusbehandling		
Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis	Rad 7	Ja. Fler uppföljande vårdbesök efter ljusbehandlingar.
Systemisk behandling		
<i>TNF-hämmare:</i>		
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.
Infliximab vid svår psoriasis	Rad 14c	Ja. Minskat antal vårdbesök för dropp på lång sikt.
Certolizumabpegol vid svår psoriasis	Rad 14d	Ja. Ökat behov av vårdkontakter i samband med nyinsättning och provtagning.
<i>Interleukinhämmare:</i>		
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.
Guselkumab vid svår psoriasis	Rad 16b	Ja. Ökat behov av vårdkontakter i samband med nyinsättning och provtagning.
Ustekinumab vid svår psoriasis	Rad 16a	Nej.

Levnadsvanor och samsjuklighet

Här följer Socialstyrelsens bedömningar av hur en av de centrala rekommendationerna om levnadsvanor och samsjuklighet – psoriasisutbildning – kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation.

Psoriasisutbildning

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 26)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om psoriasisutbildning vid medelsvår och svår psoriasis kan påverka hälso- och sjukvårdens organisation och kostnader, men det saknas tillräckligt underlag för att bedöma konsekvensernas storlek.

Kostnaderna för psoriasisutbildning beror bland annat på

- hur utbildningen utformas
- hur ofta personer med medelsvår och svår psoriasis erbjuds utbildningen
- om utbildningen ges individuellt eller i grupp
- vem som leder utbildningen.

I ett första steg behöver hälso- och sjukvården ta fram strategier för hur psoriasisvården ska erbjuda psoriasisutbildning.

Topikal behandling

Här följer Socialstyrelsens bedömningar av hur de centrala rekommendationerna om topikal behandling kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation.

Steroider grupp III som enskild behandling eller i kombination med kalcipotriol vid psoriasis

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 3 och 5)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om steroider grupp III som enskild behandling eller i kombination med kalcipotriol vid psoriasis kan påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, eftersom bara 41 procent av alla med psoriasis hämtade ut dessa läkemedel under 2016. Det kan tyda på en underbehandling i gruppen. Samtidigt behöver långt ifrån alla med psoriasis topikal behandling med aktiv substans (såsom steroider och kalcipotriol) så regelbundet som varje år. Däremot är det viktigt att hälso- och sjukvården följer upp patientens behov av topikal behandling i samband med utvärderingar vid medelsvår till svår psoriasis.

Rekommendationerna förväntas öka användningen av steroider grupp III som enskild behandling, särskilt bland personer med medelsvår till svår psoriasis. Däremot förväntas rekommendationerna minska förskrivningen av steroider grupp III i kombination med kalcipotriol till personer med lindrig psoriasis.

Totalt kostade topikal behandling med aktiv substans omkring 90 miljoner kronor 2016. Mest kostade behandling med steroider grupp III i kombination med kalcipotriol, 71 miljoner kronor, medan behandling med enbart steroider grupp III kostade 13 miljoner kronor. Fler personer med medelsvår till svår psoriasis än med lindrig psoriasis hämtade ut enbart steroider grupp III på apotek. För kombinationspreparatet var det tvärtom. Det finns också regionala skillnader i kostnaderna per person för steroider grupp III i kombination med kalcipotriol. Det betyder att även hur mycket läkemedel som hämtas ut varierar mellan regionerna (se bilaga 3).

Hälso- och sjukvården kan se över förskrivningsmönstret, så att steroider grupp III som enskild behandling blir vanligare, eftersom den beräknas vara billigare. Om denna behandling ökar med 20 procent kommer hälso- och sjukvårdens kostnader för behandlingen att öka med 2,7 miljoner kronor.

Ljusbehandling och klimatvård

Här följer Socialstyrelsens bedömning av hur de centrala rekommendationerna om ljusbehandling och klimatvård kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation.

Ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 7)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ljusbehandling med UVB vid medelsvår till svår psoriasis kan påverka hälso- och sjukvårdens organisation och kostnader, eftersom det finns brister i uppföljningen och utvärderingen av behandlingen. Det finns också stora skillnader mellan regionerna i tillgången till ljusbehandling.

Vidare saknas rättvisande data om ljusbehandling i de nationella hälsodataregistren, eftersom behandlingen kan ges av andra yrkesgrupper än läkare, och endast läkarbesök registreras. Därför ställde Socialstyrelsen frågor om ljusbehandling i enkäter inom ramen för den nationella utvärderingen av vården vid psoriasis. Enkäterna riktades till olika delar av regionerna: till den centrala förvaltningen, till ett urval av primärvårdsenheter och till hudmottagningar i den specialiserade vården. Enkätsvaren pekade på följande:

- De 115 enheter i Sverige som ger ljusbehandling till personer med psoriasis är ojämnt fördelade både mellan och inom regionerna. En del regioner har endast enstaka enheter, medan Region Norrbotten, Västra Götalandsregionen och Region Skåne har fler än 10 enheter vardera.
- Det finns skillnader i hur primärvården remitterar patienter till ljusbehandling, och en del enheter remitterar inte alls.
- Enskilda enheter sätter in ljusbehandling i mycket varierande utsträckning. Det är vanligare på större hudmottagningar och mottagningar som drivs i regionernas egen regi.
- Rutinerna för uppföljande återbesök varierar mellan olika hudmottagningar.
- Vanligen ansvarar en hudläkare för att följa upp ljusbehandlingen.

Hälso- och sjukvården behöver följa upp var personer med medelsvår till svår psoriasis behandlas, och ta reda på om även de som huvudsakligen behandlas i primärvården erbjuds ljusbehandling i tillräcklig utsträckning. Hälso- och sjukvården behöver också granska skillnaderna i användningen av ljusbehandling mellan regioner och mellan olika typer av hudmottagningar i samma region. Detta för att personer med medelsvår till svår psoriasis ska få samma tillgång till ljusbehandling oberoende av var de behandlas för sin psoriasis.

Klimatvård med vårdteam vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 18)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om klimatvård med vårdteam vid svår psoriasis kan påverka hälso- och sjukvårdens organisation och

kostnader, eftersom tillgången till klimatvård varierar betydligt mellan regionerna.

Socialstyrelsen ställde frågor om klimatvård i enkäter inom ramen för den nationella utvärderingen av vården vid psoriasis. Enkäterna riktades till olika delar av regionerna: till den centrala förvaltningen och till hudmottagningar i den specialiserade vården.

I 11 av landets 21 regioner erbjöds personer med psoriasis klimatvård under 2017, medan åtgärden inte erbjöds alls i 10 regioner. I 8 regioner fanns skriftliga kriterier för vem som är aktuell för åtgärden. Sammanlagt fick ett begränsat antal personer, totalt 162 i landet, klimatvård 2017. Det motsvarar mindre än 1 procent av alla med svår psoriasis. En tredjedel av dessa personer fanns i en enskild region. I hälften av regionerna som erbjöd klimatvård i någon omfattning, fick färre än 15 personer åtgärden. Vidare erbjöds personer som fått klimatvård sällan ett uppföljande återbesök inom två månader efter hemkomsten.

Hälso- och sjukvården behöver därför se över sina rutiner för att erbjuda klimatvård, och särskilt uppmärksamma ojämlikheten mellan regionerna. Regioner som inte alls erbjuder klimatvård i dag kommer att behöva avsätta resurser för det. Socialstyrelsen saknar dock underlag för att bedöma hur många personer med svår psoriasis som är aktuella för klimatvård. Det saknas också underlag för att bedöma om klimatvård hittills har använts enligt Socialstyrelsens rekommendation, eller om det också har förekommit överbehandling.

Socialstyrelsen har beräknat att den samhällsekonomiska merkostnaden för klimatvård jämfört med att inte erbjuda klimatvård är cirka 60 000 kronor per person och tillfälle. Dels bygger beräkningen på kostnaden per patient i två regioner, som i genomsnitt betalade 35 700 kronor för en klimatvårdsresa 2017. Dels bygger beräkningen på en förväntad kostnad för produktionsbortfall för dem som är borta från förvärvsarbete.

Systemisk behandling

Socialstyrelsen bedömer att systemiska läkemedel används i för liten utsträckning i dag. En ökad användning innebär organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, eftersom fler patienter behöver upprepade vårdbesök och kontroller, särskilt i början av läkemedelsbehandlingen.

Det är oklart hur mycket den ökade användningen kommer att öka de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, men Socialstyrelsen förväntar sig att kostnaderna ökar på kort sikt. På lång sikt kan kostnaderna däremot stabiliseras successivt, om hälso- och sjukvården väljer det läkemedel som har lägst behandlingskostnad per patient, för varje typ av systemiskt läkemedel. Här följer en översiktlig konsekvensanalys för några av rekommendationerna om systemisk behandling:

- Användningen av metotrexat behöver öka. Det medför en viss ökning av hälso- och sjukvårdens kostnader, främst på grund av ökade kostnader för regelbundna kontroller och vårdbesök. Läkemedelskostnaden per person är dock låg.

- Användningen av TNF-hämmarna etanercept och adalimumab behöver sannolikt fördubblas. Detta motsvarar en ökning med omkring 4 500 behandlade personer. Det är osäkert om hälso- och sjukvårdens totala kostnader ökar, och i så fall hur mycket.
- Användningen av interleukinhämmare behöver öka bland personer med svår psoriasis som inte fått tillräcklig effekt av TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare inte varit lämpliga. Om andelen personer med svår psoriasis som får interleukin 17-hämmare ökar från 3 till 8 procent (omkring 1 250 personer), kommer hälso- och sjukvårdens kostnader att öka med 122 miljoner kronor.

Oklarheterna i bedömningarna beror på att priserna för biologisk systemisk behandling förändras betydligt för närvarande, och kostnaderna beror på vilka specifika preparat som hälso- och sjukvården väljer. Årsbehandlingskostnaderna har sjunkit för flera TNF-hämmare, till följd av överenskommelser om rabatter mellan regionerna och läkemedelsföretagen. Årsbehandlingskostnaderna blir därmed betydligt lägre än de officiellt redovisade listpriserna, särskilt för flera preparat som innehåller etanercept och adalimumab. För flera TNF-hämmare finns också både originalpreparat och så kallade biosimilarer, vilket ökar konkurrensen mellan preparaten.

Tack vare lägre behandlingskostnader för TNF-hämmare kan hälso- och sjukvården frigöra resurser för att behandla fler personer med svår psoriasis som uppfyller kriterierna för att få biologiska systemiska läkemedel, men som inte fått tillgång till behandlingarna tidigare [24]. Samtidigt innebär de lägre kostnaderna för TNF-hämmare att alla typer av interleukinhämmare blir relativt sett dyrare vid dagens listpriser, och därmed mindre kostnadseffektiva.

Centrala funktioner i varje region har tillgång till de faktiska priserna för alla TNF-hämmare utifrån nationella och regionala avtal. Regionerna behöver därför ta fram och kontinuerligt uppdatera vägledningarna som tar hänsyn till de totala behandlingskostnaderna för de olika typer av biologiska systemiska läkemedel som är aktuella för personer med psoriasis. Regionerna behöver ta hänsyn till alla hälso- och sjukvårdens kostnader, inklusive kostnader för administration och kontroller, men också kostnaderna för individen och samhället i stort.

När personer med psoriasis får systemiska biologiska läkemedel är det också möjligt att de får mindre behov av andra åtgärder, till exempel annan systemisk behandling, topikal behandling eller ljusbehandling. Socialstyrelsen har dock inte bedömt hur mycket hälso- och sjukvården skulle kunna spara på detta.

Nedan följer mer specifika bedömningar av hur de centrala rekommendationerna om systemisk behandling kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation. I bilaga 3 finns ytterligare underlag om läkemedelsuttag och kostnader för systemiska läkemedel.

Metotrexat vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 11)

Socialstyrelsen bedömer att metotrexat används i för liten utsträckning vid svår psoriasis i dag. En ökad användning skulle inte öka hälso- och sjukvårdens kostnader mycket, eftersom behandlingskosten är relativt låg.

En stor del av alla med svår psoriasis, 60 procent, gör minst ett uttag av metotrexat på apotek per år. År 2016 gjorde cirka 138 personer med svår psoriasis per 100 000 invånare i Sverige minst ett sådant uttag.

Läkemedelskostnaden för metotrexat (det vill säga kostnaden för faktiska läkemedelsuttag) var då 1 700 kronor per person, och 23,5 miljoner kronor totalt för personer med svår psoriasis.

De regionala skillnaderna i uttag är små, men inte skillnaderna i genomsnittlig läkemedelskostnad per person med minst ett uttag. År 2016 var denna kostnad lägst i Region Uppsala, omkring 1 120 kronor, och högst i Region Jönköpings län, omkring 2 860 kronor. Skillnaderna kan ha flera förklaringar. En högre genomsnittskostnad kan till exempel bero på att en större andel patienter får en större dos av läkemedlet, att en större andel följer läkarens ordination eller att en större andel får metotrexat som injektion, vilket kostar flera gånger mer än metotrexat i tablettform.

TNF-hämmare vid svår psoriasis

Etanercept

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14a)

Socialstyrelsen bedömer att etanercept används i för liten utsträckning vid svår psoriasis i dag, och att användningen sannolikt behöver fördubblas. Detta kommer att medföra organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, eftersom fler patienter behöver upprepade kontroller och vårdbesök, särskilt i början av läkemedelsbehandlingen. Det är dock oklart hur mycket den ökade användningen av etanercept kommer att öka kostnaderna för hälso- och sjukvården, eftersom årsbehandlingskostnaderna för flera etanerceptpreparat har sjunkit. Den ökade konkurrensen med flera TNF-hämmare kan också påverka volymerna av enskilda preparat.

År 2016 gjorde 11 procent av alla med svår psoriasis minst ett uttag av etanercept på apotek. Kostnaden beräknades vara 79 300 kronor per person och 193 miljoner kronor totalt för personer med svår psoriasis. Denna beräkning baseras dock på listpriser i läkemedelsregistret och inkluderar inte rabatter. Den faktiska kostnaden var därmed lägre. I dag finns flera etanerceptpreparat med årliga behandlingskosten mellan 30 000 kronor och 60 000 kronor.

Det finns betydande regionala skillnader i uttag av etanercept vid svår psoriasis. År 2016 var uttaget högst i Region Västerbotten, mer än tre gånger så högt som i Region Västmanland (mätt som definierad dygnsdos per 1 000 invånare).

Adalimumab

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14b)

Socialstyrelsen bedömer att adalimumab används i för liten utsträckning vid svår psoriasis i dag, och att användningen sannolikt behöver fördubblas.

Detta kommer att medföra organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, eftersom fler patienter behöver upprepade vårdbesök och kontroller, särskilt i början av läkemedelsbehandlingen. Det är dock oklart hur mycket en ökad användning av adalimumab påverkar kostnaderna för hälso- och sjukvården. Sedan 2018 finns flera adalimumabpreparat till följd av godkända biosimilarer, som alla omfattas av olika rabattavtal, och årsbehandlingskostnaden per person har sjunkit. Den ökade konkurrensen med flera TNF-hämmare kan också påverka volymerna av enskilda preparat.

År 2016 gjorde 10 procent av alla med svår psoriasis (2 300 personer) minst ett uttag av adalimumab på apotek. Kostnaden beräknades vara 95 000 kronor per person och 222 miljoner kronor totalt för personer med svår psoriasis. Denna beräkning baseras dock på listpriser i läkemedelsregistret och inkluderar inte rabatter. I dag finns flera adalimumabpreparat med årliga behandlingskostnader under 60 000 kronor efter rabatter.

Det finns betydande regionala skillnader i uttag av adalimumab vid svår psoriasis. År 2016 var uttaget till exempel dubbelt så stort i Region Halland som i Region Blekinge och Region Sörmland (mätt som definierad dygnsdos per 1 000 invånare), trots att andelen personer med svår psoriasis var ungefär lika stor i de tre regionerna.

Infliximab

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14c)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om infliximab vid svår psoriasis inte behöver påverka den totala förskrivningen av läkemedlet på kort sikt. Hälso- och sjukvårdens kostnader förväntas därmed inte förändras.

På lång sikt kan kostnaderna däremot minska, på grund av att färre patienter påbörjar en behandling med infliximab när andra biologiska systemiska läkemedel som inte kräver sjukhusbesök blir vanligare (infiximab ges som dropp på sjukhus). Administrationskostnaderna för detta gör att infliximab får en högre sammanlagd behandlingskostnad än de flesta TNF-hämmare. En minskad användning av infliximab på lång sikt kan också innebära organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, eftersom resurserna frigörs för annan vård.

Det finns betydande regionala skillnader i användningen av infliximab. År 2016 stod de fyra regionerna Kalmar län, Stockholm, Västra Götaland och Skåne för 88 procent av det totala antalet personer med infliximab. I de flesta regioner var ingen eller bara enstaka personer registrerade med infliximab. Det är dock möjligt att den faktiska användningen i vissa regioner är underskattad, på grund av vissa osäkerheter om rapporteringen till patientregistret.

Certolizumabpegol

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14d)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om certolizumabpegol vid svår psoriasis kan påverka hälso- och sjukvårdens kostnader, eftersom läkemedlet har högre behandlingskostnad än flera andra TNF-hämmare. Om hälso- och sjukvården väljer en annan TNF-hämmare när en patient påbörjar en behandling, blir de organisatoriska konsekvenserna oförändrade men läkemedelskostnaden lägre.

Socialstyrelsen har inte tagit fram statistik för användningen av certolizumabpegol bland personer med psoriasis.

Interleukinhämmare vid svår psoriasis

IL-17-hämmarna brodalumab, ixekizumab och sekukinumab

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

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om IL-17-hämmarna brodalumab, ixekizumab och sekukinumab vid svår psoriasis kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning. Kostnaderna kan öka, eftersom dessa nyligen godkända läkemedel ännu har begränsad användning.

En ökad användning innebär också organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, eftersom fler patienter kan behöva upprepade vårdbesök och provtagning, särskilt i början av läkemedelsbehandlingen.

Socialstyrelsen bedömer att andelen personer som erbjuds IL-17-hämmare vid svår psoriasis behöver öka. År 2016 fick knappt 3 procent (600 personer) något av läkemedlen (nästan alla fick sekukinumab). Om användningen ökade till exempelvis 8 procent (1 850 personer) så skulle hälso- och sjukvårdens kostnader öka med 122 miljoner kronor per år, på nationell nivå med nuvarande listpriser. Den största delen av kostnadsökningen kan dock redan vara realiserad, eftersom användningen av IL-17-hämmare har ökat sedan 2016.

IL-17-hämmaren sekukinumab beräknades kosta 98 000 kronor per person och 59 miljoner kronor totalt för personer med svår psoriasis 2016. Det finns betydande regionala skillnader i uttag av sekukinumab vid svår psoriasis, vilket är vanligt för nya läkemedel.

IL-17-hämmare är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller när syntetiska systemiska läkemedel och TNF-hämmare inte är aktuellt. Detta gäller en avgränsad grupp patienter.

IL-23-hämmaren guselkumab

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 16b)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om IL-23-hämmaren guselkumab vid svår psoriasis kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, eftersom läkemedlet är nytt.

En ökad användning innebär också organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvården, eftersom fler patienter kan behöva upprepade vårdbesök och provtagning, särskilt i början av läkemedelsbehandlingen.

Socialstyrelsen har inte tagit fram statistik för användningen av guselkumab bland personer med psoriasis, eftersom läkemedlet inkluderades i läkemedelsförmånen först 2017.

IL-12/23-hämmaren ustekinumab

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 16)

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om IL-12/23-hämmaren ustekinumab vid svår psoriasis inte behöver påverka den totala förskrivningen av läkemedlet på kort sikt. Hälso- och sjukvårdens kostnader förväntas därmed inte förändras. Ustekinumab har också blivit relativt sett dyrare sedan det introducerades 2009, eftersom TNF-hämmare har blivit billigare. Sådana relativa prisförändringar kan påverka vilket biologiskt systemiskt läkemedel som en patient får. Ustekinumab är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller när syntetiska systemiska läkemedel och TNF-hämmare inte är aktuellt. Detta gäller en avgränsad grupp patienter.

År 2016 var ustekinumab registrerat för 3 procent av alla med svår psoriasis – 7 personer per 100 000 invånare. Kostnaden beräknades vara 81 miljoner kronor totalt i landet.

Det finns också betydande regionala skillnader i användningen av ustekinumab. Skillnaderna kan delvis ha organisatoriska förklaringar: Ustekinumab ges på sjukhus i vissa regioner och registreras då inte i läkemedelsregistret.

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Vi 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, jämlik och tillgänglig.

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

- följa upp vårdens och omsorgens strukturer, processer och resultat över tid
- jämföra vårdens och omsorgens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet.

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

Socialstyrelsen utvecklar indikatorer i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [25]. Enligt modellen för detta arbete ska en indikator för god vård och omsorg baseras på vetenskap, vara relevant för området och 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. Vidare bör de gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården och omsorgen.

Indikatorer för vård vid psoriasis

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis. Dessutom finns 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.

Målnivåer för indikatorerna

Under de senaste åren har Socialstyrelsen arbetat med att ta fram nationella 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 i fråga för en viss undersökning eller behandling. De kan användas som utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som stöd i arbetet med styrning och ledning av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Vi fastställer målnivåerna enligt en beprövad modell där statistiska underlag och konsensusförfarande ingår [26].

Under 2019 kommer Socialstyrelsen att utreda om det finns förutsättningar för att fastställa målnivåer för vården vid psoriasis.

Utvärdering av vården vid psoriasis

Under 2019 kommer Socialstyrelsen att utvärdera vården vid psoriasis. Syftet är att beskriva vården i regionerna i förhållande till indikatorerna i de nationella riktlinjerna, och att belysa andra aspekter av kvaliteten i vården vid psoriasis. Utvärderingen publiceras i en separat rapport och beräknas vara klar hösten 2019.

Resultatet kan i sin tur ge underlag för revideringar och vidareutveckling av indikatorerna och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Resultatet kan också ge underlag för förbättringsarbeten i hälso- och sjukvården. Målet är att upprepa utvärderingen med jämna mellanrum för att följa utvecklingen i hälso- och sjukvården.

Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer i detta kapitel redovisas mer utförligt i bilagan *Indikatorer* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer. Indikatorerna redovisas som i exemplet nedan (tabell 5).

Tabell 5. Exempel på indikator

9.1 Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått	
Mått	Andelen personer med svår psoriasis, 18 år och äldre, som får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått under ett kalenderår.
Syfte	Det är viktigt att över tid kunna följa behandlingseffekten och eventuella biverkningar av insatt behandling. Strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått ger ett bra underlag för att optimera behandlingen och leder dessutom till att individens delaktighet i vården förbättras.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis.
Relation till nationellt kunskapsstöd	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått till personer med svår psoriasis (prioritet 1). Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 23.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Förutsättningar för nationell målnivå under utredning.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Kvalitetsområde	Individanpassad och kunskapsbaserad vård.
Datakällor	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 svår psoriasis.
Felkällor och begränsningar	Täckningsgraden varierar mellan olika regioner, vilket bör beaktas vid tolkning av resultaten. Eftersom behandling med systemiska läkemedel som förskrivs från annan verksamhet än hudklinik inte registreras i PsoReg, ger indikatorn främst en bild av täckningen för personer med psoriasis som behandlas med systemiska läkemedel vid hudklinik
Teknisk beskrivning	<p><i>Täjljare:</i> Antal personer, enligt nämnnarens definition, som någon gång under mätperiodens kalenderår fått strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått enligt punkt d nedan. Med strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått avses följande variabler i PsoReg:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) PASI b) DLQI c) EQ5D d) a till c. <p><i>Nämnnare:</i> Antal personer, 18 år och äldre, som under de senaste 5 åren, inklusive mätperioden, nyregistrerats eller haft ett registrerat vårdbesök i PsoReg. Den geografiska fördelningen baseras på personens folkbokföringsort.</p>
Redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, kön, ålder.

Förteckning över indikatorer

Tabell 6 och 7 visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för vård vid psoriasis.

Tabell 6. Indikatorer som mäter följsamheten till rekommendationer för vård vid psoriasis

Under Rekommendation hänvisar vi till radnumret för respektive rekommendation i tillstånds- och åtgärdslistan (bilaga 1).

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 7. 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

Delaktighet, information, jämlik vård och etik

Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis ska bidra till att vården får bättre kvalitet, att resurserna används mer effektivt och att vården blir mer jämlik. Den som tar beslut för enskilda patienter kan dock inte använda riktlinjerna som enda underlag. När riktlinjernas rekommendationer används som underlag för lokala vårdprogram och specifika behandlingsriktlinjer behöver de alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål. Individanpassningen innebär att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska få möjlighet att vara delaktig [27].

Vården och behandlingen ska enligt lagen så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)). Att patienter involveras i att utforma och genomföra sin behandling kan också bidra till en säkrare vård, ökad följsamhet till behandlingen och bättre resultatet. Som stöd i denna kommunikation kan hälso- och sjukvården med fördel använda det nationella kvalitetsregistret PsoReg, där personer som får systemisk behandling för psoriasis ingår. Med hjälp av registret kan både patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen följa sjukdomsförloppet, hur sjukdomen påverkar livskvaliteten och hur medicineringen har sett ut över tid. För att nå en god hälso- och sjukvård är det även viktigt att ta hänsyn till aspekter som jämlik vård och etik.

I det här kapitlet presenteras utmaningar och viktiga hänsynstaganden i psoriasisvården, i förhållande till delaktighet, information, jämlik vård och etik.

Information ger förutsättningar för delaktighet

Patienten behöver information för att kunna vara delaktig. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska varje patient därför få individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, vilka metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds, möjligheterna att välja vårdgivare samt vårdgarantin. Informationen om aktuella behandlingsalternativ är särskilt viktig vid psoriasis, eftersom möjligheten att behandla denna komplexa sjukdom framgångsrikt har förbättrats enormt de senaste 10 åren.

För att ge patienten bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till patientens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen). Patienter med psoriasis är ofta psykiskt påverkade av sin sjukdom, vilket ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen.

Eftersom behandlingsalternativen för psoriasis utvecklas och ständigt blir fler, kan patienten också behöva tid för att tänka igenom sina val, och många kan vilja diskutera de olika alternativen med någon närstående. Det kan därför vara bra att även närstående tar del av viktig information, och exempelvis deltar vid möten med hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [28] beskriver lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och möjligheten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården. Handboken går att läsa eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

I Socialstyrelsens guide *Min guide till säker vård* [29] finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård. Guiden går att läsa eller beställa på Socialstyrelsens webbplats.

Förutom delaktighet på individnivå är det viktigt med delaktighet på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. En del patienter har långvarig kontakt med hälso- och sjukvården och därmed omfattande erfarenheter och kunskaper om den. Sådan information bör hälso- och sjukvården ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av patienter samt för att anpassa vårdens organisation och de åtgärder som erbjuds.

Jämlik vård och bemötande

Jämlik vård är en av sex dimensioner som definierats av Socialstyrelsen som viktiga förutsättningar för att nå en god hälso- och sjukvård samt en god kvalitet i socialtjänsten. I 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slås fast att vården ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Hälsan, vården och omsorgen i Sverige är dock i flera avseenden ännu inte jämlik [30]. Ett mål med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer är att minska de skillnader som fortfarande finns.

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling sker och erbjuds på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, kronologisk ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning [31]. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en hälso- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera dem som har störst behov, och dessutom vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.

Utbildning i hur patienter bör bemötas kan förbättra kommunikationen och bemötandet. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [32] är till för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Även kontinuitet bidrar till att skapa förtroende och ett gott samarbete mellan personal och patient. Enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient

begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (se även 6 kap. 1 och 2 § patientlagen).

Principer för prioritering

Jämlik vård är kopplad till de tre principer för prioritering som ingår i den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En huvudinriktning för en jämlik vård är att alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att de tre principerna för prioritering upprätthålls. Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Prioriteringar har blivit mer aktuella under senare tid, när det blivit medicinskt möjligt att hjälpa allt fler patienter, samtidigt som det inte finns pengar till all vård som är möjlig. Då måste beslutsfattarna välja hur hälso- och sjukvårdens resurser används bäst.

Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen innebär att eftersom alla människor har lika värde, får aldrig personliga egenskaper avgöra vem som får vår vård eller hur den utformas. Människovärdesprincipen kan tillämpas på flera nivåer, till exempel systemnivå (lagstiftning och regler), verksamhetsnivå (rutiner och traditioner) och individnivå (mötet mellan personal och patienter). Hur ett vårdmöte upplevs på individnivå påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [33]. För att vården ska ge goda resultat bör den vård sökande uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt. Personalen har förutom sin yrkeskunskap även en personlig kompetens som bland annat omfattar empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, orsaker och behandling.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att de som har de svåraste sjukdomarna ska få vård först, förutsatt att det finns åtgärder som gör nytta. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt tänka på de svagaste patienterna, till exempel de som inte kan tala för sig och som inte känner till sina rättigheter. Även behovs- och solidaritetsprincipen kan tillämpas på olika nivåer. Det kan handla om politiska beslut om resursfördelning såväl som verksamhetsnära prioriteringar om tillgänglighet eller behandlingsalternativ.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnad och effekt av behandlingen. Om till exempel två behandlingar ger samma effekt så bör man välja den som kostar mindre. På psoriasisområdet har det kommit många nya läkemedel på senare år, som kan förbättra patienternas livskvalitet men också öka hälso- och sjukvårdens kostnader. Att välja behandling innebär därför att avväga inte bara mot patientens behov, utan också mot kostnader och gällande regelverk. Enskilda läkares förskrivningsmönster kan till exempel påverkas av regionernas ersättningsystem, och om kostnaden för en dyr behandling belastar den egna

kliniken eller om den dras från regionen centralt. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) begränsar dessutom tillgången till de dyrare systemiska behandlingarna med biologiska läkemedel för psoriasis: TLV kräver att en person har provat en äldre och billigare systemisk behandling innan hen erbjuds en dyrare och potentiellt effektivare behandling inom läkemedelsförmånen [34]. Detta kan innebära att patienter måste prova sig igenom ett antal behandlingar, innan de slutligen får tillgång till den effektivaste behandlingen. Därmed kan behandlingseffekten fördröjas, och patientens fysiska och psykiska mående försämrats.

Etiska överväganden inom psoriasisvården

När en person drabbas av psoriasis kan detta mottas med negativa känslor och ibland ge upphov till en upplevd kris. I dessa situationer kan patientens autonomi vara hotad. För att stödja patienten att återta kontrollen över sin situation är det viktigt att hälso- och sjukvården ger individuellt anpassad information om sjukdomen och dess behandling. Autonomi måste dock alltid balanseras mot 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 avstår från en föreslagen behandling. Ett exempel är när hälso- och sjukvårdspersonalen anser att en behandling skulle vara bra för patientens hälsa eller livskvalitet, men patienten inte vill delta i behandlingen.

Inom psoriasisvården kan detta exemplifieras med en patient som inte förbättras i sin sjukdom trots optimal topikal behandling och eventuell ljusbehandling. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är det mest adekvata valet då att föreslå systemisk behandling. Om patienten inte önskar detta kan hälso- och sjukvårdspersonalen hamna i en målkonflikt, utifrån vetskapen om att en ineffektiv behandling kan leda till onödigt fysiskt och psykiskt lidande.

Med hänsyn till patientens självbestämmande och integritet är det då hälso- och sjukvårdens uppgift att förtydliga den sakliga och välgrundade informationen, så att patienten kan fatta ett beslut som är baserat på kunskap om effekterna och riskerna med systemisk behandling, men också om följderna med att avstå från en behandling.

Vidare kan en del personer med psoriasis tveka inför att över huvud taget söka vård för sin sjukdom, och inför att klä av sig vid en undersökning som kan uppfattas som integritetskränkande. Denna tvekan kan ha religiösa eller andra skäl, och kan försvåra diagnostisering och behandling. Antalet behandlingsalternativ kan också begränsas om patienten väljer bort behandlingar som kräver naken hud, till exempel ljusbehandling. Även här behöver hälso- och sjukvårdspersonalen både ge tydlig information och respektera patientens integritet.

Projektorganisation

Projektledning

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

Arbetet med kunskapsunderlaget

Kristina Areskoug Josefsson	docent, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Hälsöskolan, Jönköping University, Jönköping
Liv Eidsmo	docent, Karolinska Institutet, Stockholm, specialistläkare i dermatologi, Tema inflammation och infektion, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Anna-Karin Ekman	medicine doktor, Linköpings universitet

Carina Grönhagen	medicine doktor, Lunds universitet, specialistläkare, Diagnostiskt centrum hud, Malmö
Olle Larkö	professor i dermatologi och venereologi, Hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Per T. Larsson	docent, överläkare i reumatologi, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Amra Osancevic	medicine doktor, adjungerad universitetslektor, Göteborgs universitet, överläkare, Hudmottagningen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Charlotta Remröd	medicine doktor, ST-läkare, Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Ragna Thorleifsdottir	medicine doktor, specialistläkare, Hudkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

*Arbetet med kunskapsunderlaget 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, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Oliver Seifert	docent och universitetslektor, Linköpings universitet, hudläkare och överläkare, länssjukhuset Ryhov
Anneth Syversson	projektadministratör, SBU
Kristofer Thorslund	medicine doktor, Karolinska Institutet, Stockholm, specialistläkare (hudläkare), hudmottagningen, Nyköpings lasarett

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget och ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Sofia Löfvendahl	medicine doktor i folkhälsa med inriktning på hälsoekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Jenny Norlin	filosofie doktor, konsult i hälsoekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund
Katarina Steen Carlsson	filosofie doktor i nationalekonomi, docent i hälsoekonomi vid Lunds universitet, konsult i hälsoekonomi, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

Prioriteringsarbetet

Ingela Flytström	medicine doktor, överläkare, Universitetssjukhuset Örebro (till januari 2018)
Karin Gatzwiller	leg. sjuksköterska, Hudmottagningen, Frölunda specialistsjukhus
Balazs Hodosi	överläkare, Hudkliniken, Centralsjukhuset Karlstad
Helena Millholm	pensionerad, tidigare verksam som distriktssjuksköterska, Västra Götalandsregionen
Tina Norgren	förbundsordförande, Psoriasisförbundet
Anna Karin Olofsson	vårdenhetschef, Patientområde Gastro, hud och reuma öppenvård, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Ingela Präst	specialist i allmänmedicin, Uppsala
Birgitta Stymne	överläkare, Hudkliniken, Region Östergötland

Björn Sundström	medicine doktor, Umeå universitet, leg. sjukgymnast, Reumatologkliniken Västerbotten, Region Västerbotten
Åke Svensson	prioriteringsordförande docent, Lunds universitet, överläkare, Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Toomas Talme	docent, Karolinska Institutet, Stockholm, överläkare, Hudkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
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 mottagning i Sundbyberg
Christina Broman	projektledare (till september 2017), Socialstyrelsen
Tobias Edbom	projektledare (från januari 2019), Socialstyrelsen
Melinda Mild	projektledare (från september 2017 till december 2018), Socialstyrelsen
Marcus Schmitt-Egenolf	områdesansvarig dermatologi professor i dermatovenereologi, Umeå universitet, överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Åke Svensson	prioriteringsordförande docent, Lunds universitet, överläkare, Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Andra medverkande

Anders Bengtson	enhetschef indikatorer och utvärdering, Socialstyrelsen
Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef nationella riktlinjer (från januari 2018), Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Karin Palm	enhetschef nationella riktlinjer (till juli 2017), Socialstyrelsen
Elin Sohlberg	utredare, Socialstyrelsen
Sofie Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen
Iwa Wasberg	produktionsledare, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen
Sofia von Malortie	gruppleddare nationella riktlinjer (från juni 2018), 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 : endometrios, epilepsi och psoriasis. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
3. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Psoriasis och pustulosis palmoplantaris (PPP) - L40 Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/psoriasisochpustulosispalmopla>
4. (SSDV), SSfDoV. SSDV:s behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis. 2018 2017-09-22. Hämtad 2018-02-06 från: https://ssdv.se/images/SSDVs_behandlingsrekommendationer_for_systemisk_behandling_av_psoriasis.pdf
5. Götalandsregionen, V. Regional medicinsk riktlinje - läkemedel. Psoriasis. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. 2017.
6. Läkemedelsverket. Behandling av psoriasis – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket 2011; 22(4):11-24.
7. FYSS. FYSS 2017 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningen förlag AB; 2016.
8. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer : remissversion : prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015 : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
13. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for Psoriasis 2016 2016:
14. NICE. Psoriasis: assessment and management 2012:
15. Hagg, D, Sundstrom, A, Eriksson, M, Schmitt-Egenolf, M. Severity of Psoriasis Differs Between Men and Women: A Study of the Clinical Outcome Measure Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in 5438 Swedish Register Patients. *Am J Clin Dermatol.* 2017; 18(4):583-90.
16. Lesuis, N, Befrits, R, Nyberg, F, van Vollenhoven, RF. Gender and the treatment of immune-mediated chronic inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, inflammatory bowel disease and psoriasis: an observational study. *BMC Med.* 2012; 10:82.
17. 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.

18. 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.
19. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. 2017:2.: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum.; 2017.
20. Raaby, L, Ahlehoff, O, de Thurah, A. Psoriasis and cardiovascular events: updating the evidence. *Arch Dermatol Res.* 2017; 309(3):225-8.
21. Augustin, M, Kruger, K, Radtke, MA, Schwippl, 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.
22. 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 EUOPSO patient membership survey. *Br J Dermatol.* 2006; 155(4):729-36.
23. 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.
24. Norlin, JM, Calara, PS, Persson, U, Schmitt-Egenolf, M. Real-world outcomes in 2646 psoriasis patients: one in five has PASI ≥ 10 and/or DLQI ≥ 10 under ongoing systemic therapy. *J Dermatolog Treat.* 2017; 28(6):500-4.
25. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. <http://www.socialstyrelsen.se/>; 2005.
26. 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; 2012.
27. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst: lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
28. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen. 2012. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-10>
29. Socialstyrelsen. Min guide till säker vård. 2015. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-3>
30. Öppna jämförelser : jämlik vård 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
31. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för god vård: hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer: indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
32. Att mötas i hälso och sjukvård: ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
33. Lindqvists nia : nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder: slutbetänkande. Stockholm: Fakta info direkt; 1999.
34. TLV. Analys av marknaden för biologiska läkemedel med konkurrens av biosimilarer 2016:15 juni 2016
35. 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.
36. 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/?rxid=7c112f70-3a66-4146-b153-263a19851e99
 37. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling –Dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cirkulationsorganens-sjukdomar/>

Bilaga 1. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis innehåller cirka 38 rekommendationer, som presenteras nedan. Rekommendationerna omfattar följande områden:

- levnadsvanor och samsjuklighet
- utredning och uppföljning
- topikal behandling (behandling med till exempel hudkräm)
- behandling vid specifikt lokaliserad psoriasis
- ljusbehandling och klimatvård
- systemisk behandling.

En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
1a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Behandling med mjukgörare</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Mjukgörande behandling är grunden i all psoriasisvård. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
2a	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Steroider grupp IV</i>	4	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktivitet, och månadskostnaden beräknas vara låg. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång. Åtgärden medför större risk för biverkningar än steroider grupp III.
3	Psoriasis <i>Steroider grupp III</i>	3	Tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktivitet, och månadskostnaden beräknas vara låg. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång. Åtgärden utgör basbehandling vid psoriasis.
4	Psoriasis <i>kalcipotriol</i>	4	Tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad. Åtgärden har något mindre effekt på sjukdomsaktivitet än både steroider och kombinationsbehandling med steroider och kalcipotriol. Åtgärden kan vara kostnadseffektiv för vissa typer av psoriasis, men månadskostnaden beräknas vara något högre än för behandling med enbart steroider (grupp III och IV).

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
			Kommentar: Åtgärden är ett kortisonfritt alternativ.
5	Psoriasis <i>Steroider grupp III och kalcipotriol i kombination (salva, gel eller skum)</i>	4	Tillståndet har en liten till stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttligt bättre effekt på sjukdomsaktivitet än steroider. Åtgärden kan vara kostnadseffektiv för vissa typer av psoriasis, men månadskostnaden beräknas vara högre än för behandling med enbart steroider (grupp III och IV).
6	Svårbehandlad lokaliserad psoriasis <i>Buckybehandling</i>	4	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på svårbehandlad lokaliserad psoriasis. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång. Den totala livsdosen av strålbehandlingen är begränsad.
7	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Ljusbehandling, UVB</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktivitet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång.
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>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på svårbehandlad psoriasis med otillräcklig effekt av annan behandling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång.
10	Psoriasis, svår <i>acitretin</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Effekten är måttlig, men åtgärden möjliggör kombinationsbehandling med ljusbehandling och systemisk behandling. Behandlingskostnaden beräknas vara lägre per år för konventionella systemiska behandlingar, som denna, än för biologiska systemiska behandlingar. Upphandlingar och avtal om återbäring för flera TNF-hämmare innebär dock att skillnaden i behandlingskostnad per år kan vara liten mellan biologisk och konventionell systemisk behandling, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst kostnad.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
11	Psoriasis, svår <i>metotrexat</i>	2	<p>Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång.</p> <p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt. Behandlingskostnaden beräknas vara lägre per år för konventionella systemiska behandlingar, som denna, än för biologiska systemiska behandlingar. Upphandlingar och avtal om återbäring för flera TNF-hämmare innebär dock att skillnaden i behandlingskostnad per år kan vara liten mellan biologisk och konventionell systemisk behandling, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst kostnad.</p> <p>Kommentar: Det finns en lång klinisk erfarenhet av åtgärden, men den kräver att patienten kontrolleras regelbundet.</p>
13	Psoriasis, svår <i>apremilast</i>	6	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt, och risk för suicid kan inte uteslutas. Numera finns dessutom flera TNF-hämmare med en väsentligt lägre total behandlingskostnad per år än för apremilast till listpris.</p> <p>Kommentar: Klinisk erfarenhet talar för att åtgärden kan ge nytta för vissa multistjuka patienter.</p>
14a	Psoriasis, svår <i>TNF-hämmare etanercept</i>	2	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på psoriasisymtom. Upphandlingar och avtal om återbäring för flera TNF-hämmare innebär också att skillnaden i behandlingskostnad per år kan vara liten mellan biologisk systemisk behandling, som denna, och konventionell systemisk behandling, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst kostnad. Socialstyrelsen bedömer att det är kostnadseffektivt att använda de läkemedel som har lägst total behandlingskostnad, inklusive hänsyn till återbäring, när behandlingseffekten anses likvärdig.</p>
14b	Psoriasis, svår <i>TNF-hämmare adalimumab</i>	2	<p>Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på psoriasisymtom. Upphandlingar och avtal om återbäring för flera TNF-hämmare innebär också att skillnaden i behandlingskostnad per år är liten mellan biologisk systemisk behandling, som denna, och konventionell systemisk behandling, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst kostnad. Socialstyrelsen bedömer att det är kostnadseffektivt</p>

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
			att använda de läkemedel som har lägst total behandlingstkostnad, inklusive hänsyn till återbäring, när behandlingseffekten anses likvärdig. Kommentar: Åtgärden har större effekt på sjukdomsaktivitet än etanercept, enligt klinisk erfarenhet.
14c	Psoriasis, svår <i>TNF-hämmare infiximab</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor och snabb effekt på psoriasisymtom, och följsamheten till behandlingen är hög. Åtgärden medför dock risk för infusionsreaktion. Behandlingen kräver också besök hos vårdgivare, vilket tar tid för patienten och kräver ökade resurser från hälso- och sjukvården. Upphandlingar och avtal om återbäring för flera TNF-hämmare innebär samtidigt att skillnaden i behandlingstkostnad per år kan vara liten mellan biologisk systemisk behandling, som denna, och konventionell systemisk behandling, om hälso- och sjukvården väljer de TNF-hämmare som har lägst kostnad. Socialstyrelsen bedömer att det är kostnadseffektivt att använda de läkemedel som har lägst total behandlingstkostnad, inklusive hänsyn till återbäring, när behandlingseffekten anses likvärdig.
14d	Psoriasis, svår <i>TNF-hämmare certolizumabpegol</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på psoriasisymtom. Läkemedlet passerar med största sannolikhet inte moderkakan och går inte över i bröstmjolk, till skillnad från övriga TNF-hämmare. Behandlingstkostnaden enligt listpris är dock högre för certolizumabpegol än för flera andra TNF-hämmare, till följd av upphandlingar och avtal om återbäring. Kommentar: Åtgärden är ett alternativ för personer som är gravida eller planerar att bli gravida i närtid.
15a	Psoriasis, svår <i>IL-17-hämmare brodalumab</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt, men kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår är hög jämfört med TNF-hämmare och annan systemisk behandling. Åtgärden är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare eller annan konventionell behandling inte är aktuellt. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är begränsad. Det saknas kunskap om långtidseffekter.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
15b	Psoriasis, svår <i>IL-17-hämmare ixekizumab</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har större effekt på sjukdomsaktivitet än etanercept, men kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår är hög jämfört med TNF-hämmare och annan systemisk behandling. Åtgärden är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare eller annan konventionell behandling inte är aktuellt. Kommentar: Det saknas kunskap om långtidseffekter.
15c	Psoriasis, svår <i>IL-17-hämmare sekukinumab</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt, och större effekt på sjukdomsaktivitet än etanercept. Kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår är dock hög jämfört med TNF-hämmare och annan systemisk behandling. Åtgärden är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare eller annan konventionell behandling inte är aktuellt. Kommentar: Det saknas kunskap om långtidseffekter.
16a	Psoriasis, svår <i>IL-12/23-hämmare ustekinumab</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt, men kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår är hög jämfört med TNF-hämmare och annan systemisk behandling. Åtgärden är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare eller annan konventionell behandling inte är aktuellt. Kommentar: Det saknas kunskap om långtidseffekter.
16b	Psoriasis, svår <i>IL-23-hämmare guselkumab</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt, men kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår är hög jämfört med TNF-hämmare och annan systemisk behandling. Åtgärden är ett alternativ för personer som inte svarat på TNF-hämmare, eller om TNF-hämmare eller annan konventionell behandling inte är aktuellt. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är begränsad. Det saknas kunskap om långtidseffekter.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
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>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden är omfattande och ökar förutsättningarna för symtomlindring. Den minskar också risken för framtida besvär. Dessutom möjliggör åtgärden erfarenhetsutbyte och hjälper patienten att utveckla copingstrategier. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
22	Psoriasis <i>Tidig insättning av systemisk behandling</i>	FoU	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden. Kliniska studier pågår.
23	Psoriasis, svår <i>Strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument</i>	1	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden förbättrar patientens delaktighet i vården och ger underlag för att optimera behandlingen. Åtgärden förbättrar också patientens upplevda livskvalitet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
24	Psoriasis och låg livskvalitet <i>Samtalsstöd</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på psoriasis i huden. Kommentar: Åtgärden bör ses som en del i ett helhetsgrepp om sjukdomen och livskvaliteten.
25	Psoriasis, svår <i>Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis</i>	2	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden ger patienten en grund för att ta hand om sin sjukdom. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
26	Psoriasis, medelsvår och svår <i>Psoriasisutbildning</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ökar patientens förutsättningar att ta hand om sin sjukdom och få en bättre livskvalitet. Åtgärden hjälper också patienten att utveckla copingstrategier. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Psoriasisutbildning kan erbjudas individuellt eller i grupp.
31	Psoriasis och hög stress <i>Stresshantering med KBT</i>	7	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på stress och liten effekt på psoriasis i huden.

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
33	Psoriasis, svår <i>Återkommande utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Svår psoriasis ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar och metabolt syndrom. Åtgärden förbättrar möjligheten att identifiera riskfaktorer och därmed möjligheten att sätta in förebyggande åtgärder.
34	Psoriasis med misstänkt psoriasisartropati <i>Utredning av psoriasisartropati</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. En korrekt diagnos gör det möjligt att sätta in rätt behandlingar. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
35	Barn med psoriasis <i>Psoriasisutbildning för barn och vårdnadshavare</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden skapar förutsättningar för barnet att ta hand om sin sjukdom och för närstående att hjälpa till. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
36	Barn med misstänkt psoriasis <i>Dermatologisk specialistbedömning</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden lägger grunden för en korrekt diagnos, så att hälso- och sjukvården kan sätta in rätt insatser. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
37	Svår psoriasis på fötterna <i>Medicinsk fotvård</i>	3	Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på aktivitetsförmåga och förbättrar den upplevda livskvaliteten. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
38	Psoriasis i hårbotten <i>Steroider grupp III-IV</i>	3	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktivitet, och månadskostnaden beräknas vara låg.
39	Psoriasis i hårbotten <i>Steroider grupp III och kalcipotriol i kombination</i>	4	Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden har likvärdig effekt på sjukdomsaktivitet som enbart steroider grupp III. Åtgärden kan vara kostnadseffektiv för vissa typer av psoriasis, men månadskostnaden beräknas vara högre än för behandling med enbart steroider (grupp III).
40	Psoriasis i ansiktet <i>takrolimus</i>	6	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på sjukdomsaktivitet på tunn hud när steroider inte har önskad effekt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför

Rad	Tillstånd och åtgärd	Prioritet	Motivering till rekommendation
			ett större ansvar för den enskilda läkaren.
41	Psoriasis i ansiktet <i>Steroider grupp I-II</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har måttlig effekt på sjukdomsaktivitet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Kommentar: Den kliniska erfarenheten av åtgärden är lång.
42	Psoriasis, invers <i>Steroider grupp II-III</i>	3	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har stor effekt på sjukdomsaktivitet. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.
43	Psoriasis, invers <i>takrolimus eller pimekrolimus</i>	6	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden har likvärdig effekt på sjukdomsaktivitet som steroider grupp II-III. Kommentar: Fri förskrivningsrätt möjliggör ordination utanför den godkända indikationen, men medför ett större ansvar för den enskilda läkaren.

Bilaga 2. Prevalens: andel personer med olika svårighetsgrader av psoriasis

Socialstyrelsen har skattat hur stor andel av Sveriges befolkning som har svår, medelsvår och lindrig psoriasis (prevalensen), för att visa hur många personer som kan beröras av riktlinjernas rekommendationer (se tabell 2.1). Skattningarna används också för en analys av regionala skillnader i läkemedelsanvändning (se bilaga 3).

Tabell 2.1. Skattad prevalens för psoriasis med olika svårighetsgrader i Sverige, 2016

Svårighetsgrad	Antal			Andel
	Kvinnor	Män	Totalt	
Svår psoriasis	10 700	12 200	23 000	12 % av alla med psoriasis
Medelsvår psoriasis	11 900	10 800	24 000	12 % av alla med psoriasis
Lindrig psoriasis	71 700	70 900	146 000	76 % av alla med psoriasis
Totalt	97 000 (varav 2 300 under 18 år)	96 000 (varav 2 300 under 18 år)	193 000	2 % av hela befolkningen

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Prevalenssiffrorna i tabell 2.1 är troligtvis underskattade. Det beror på att de två nationella hälsodataregister som skattningarna bygger på inte inkluderar personer med psoriasis som fått sin diagnos inom primärvården, eller personer som inte hämtat ut kalcipotriol på recept (kalcipotriol används bara vid psoriasis, till skillnad från andra vanliga behandlingar vid psoriasis).

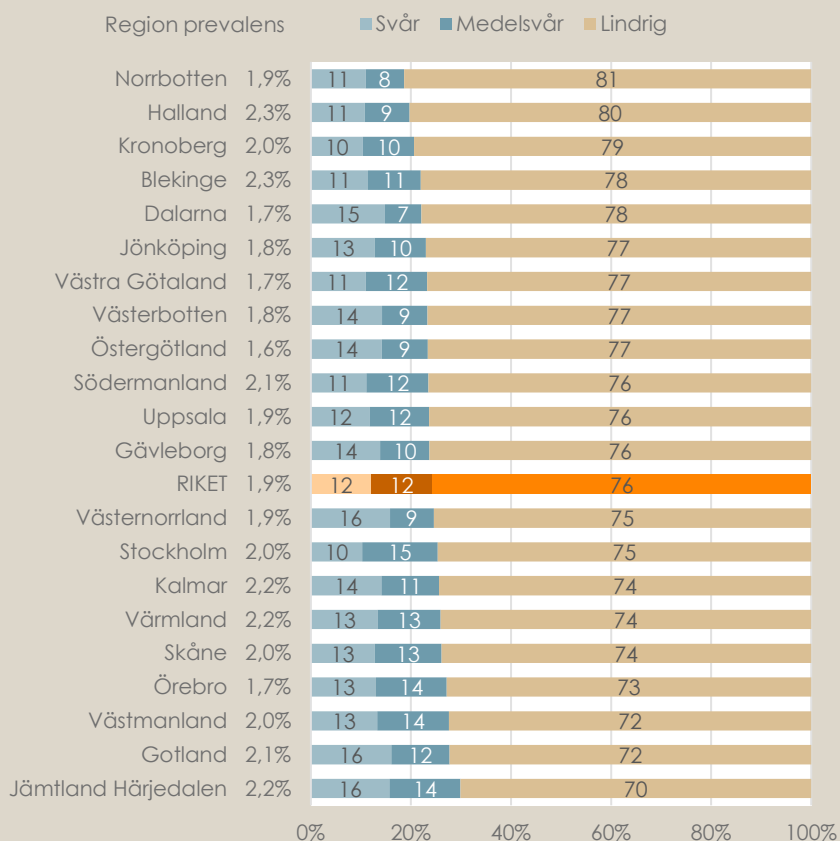
Vidare gäller flera av Socialstyrelsens rekommendationer både medelsvår och svår psoriasis. I de fallen har vi summerat underlagen för de båda grupperna.

Prevalensen varierar i landet

Prevalensen för psoriasis varierade i landet 2016, mellan 1,6 procent i Region Östergötland och 2,3 procent i regionerna Halland och Blekinge (se diagram 2.1). Socialstyrelsens skattningar ligger något högre än en tidigare studie utifrån registerdata i Region Skåne, som skattade prevalensen till 1,5 procent [35].

Även fördelningen mellan olika svårighetsgrader av psoriasis varierade i landet 2016. Region Norrbotten hade högst andel personer med lindrig psoriasis, 81 procent, medan Region Jämtland Härjedalen hade lägst andel, 70 procent.

Diagram 2.1. Skattad prevalens för psoriasis i Sverige och fördelning av skattad svårighetsgrad i procent per region, 2016



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Skillnaderna i fördelningen mellan olika svårighetsgrader kan bero på skillnader mellan individerna i regionerna, till exempel när det gäller ålder, kön, samsjuklighet eller livsstil. Exempelvis beräknar Folkhälsomyndigheten att Region Stockholm har lägst andel personer med fetma och övervikt, 44 procent, medan Region Gävleborg har högst andel, 57 procent [36]. Ett annat exempel är att det fortfarande finns stora regionala skillnader i dödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar, mätt som antal döda per 100 000 invånare från 15 år, även om dödligheten minskar över tid (299 per 100 000 invånare i Region Stockholm jämfört med 568 per 100 000 invånare i Region Dalarna, 2011–2015) [37].

En annan förklaring till de regionala skillnaderna kan vara organisatoriska faktorer, såsom tillgången till specialistvård, särskilt inom dermatologi. I regioner med få hudläkare som behandlar psoriasis kan tillgängligheten påverka hur många med medelsvår och svår psoriasis som fångas med kriterierna i de registerbaserade analyserna.

Bilaga 3. Underlag för att bedöma ekonomiska och organisatoriska konsekvenser – urval av centrala rekommendationer

Socialstyrelsen har sammanställt underlag från läkemedelsregistret för att beskriva nuläget (2016) för behandling vid psoriasis i Sverige och de olika regionerna. I denna bilaga beskrivs underlagen för en del av Socialstyrelsens konsekvensbedömningar av de centrala rekommendationerna (se kapitlet *Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser*). I en kompletterande bilaga på Socialstyrelsens webbplats finns underlag för rekommendationer som inte är centrala, men som kan vara ett jämförelsealternativ till en central rekommendation (se bilagan *Underlag för att bedöma ekonomiska och organisatoriska konsekvenser – urval av övriga rekommendationer*).

Topikal behandling

Steroider grupp III som enskild behandling eller i kombination med kalcipotriol vid psoriasis

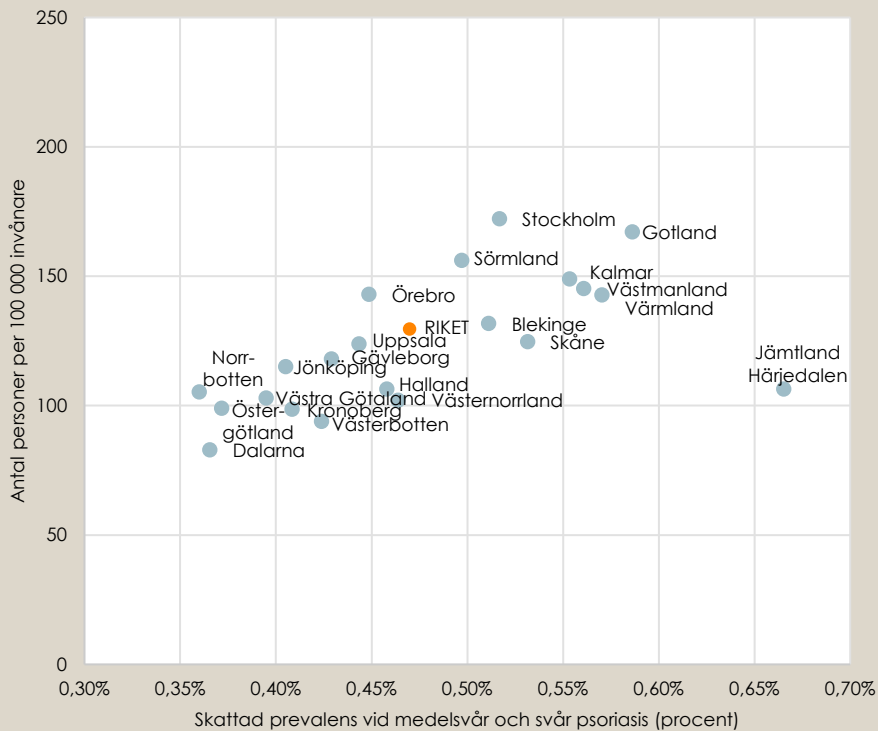
(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 3 och 5)

Omkring 79 000 personer med psoriasis i Sverige (41 procent) hämtade ut steroider grupp III på apotek som enskild behandling eller i kombination med kalcipotriol minst en gång 2016. Hälften av alla med medelsvår till svår psoriasis (23 700 personer) fick denna behandling, medan andelen var något lägre bland personer med lindrig psoriasis, 38 procent. Gruppen med lindrig psoriasis är dock större i befolkningen, och därför var antalet användare större (55 200 personer).

Diagram 3.1–3.4 redovisar skillnaderna mellan regionerna i uttag av enbart steroider grupp III respektive steroider grupp III i kombination med kalcipotriol, för personer med medelsvår till svår psoriasis respektive lindrig psoriasis 2016.

Den regionala variationen i antalet personer med minst ett uttag av steroider grupp III per 100 000 invånare kan till stor del förklaras av skillnader i andelen personer med både lindrig och medelsvår till svår psoriasis (prevalensen). I Region Jämtland Härjedalen hämtade till exempel färre personer ut steroider grupp III än förväntat, i förhållande till den skattade prevalensen för medelsvår till svår psoriasis, medan det motsatta gällde i Region Stockholm (se diagram 3.1). Kostnaden för steroider grupp III per person med medelsvår till svår psoriasis varierade från 310 kronor i Region Jämtland Härjedalen till 470 kronor i Region Blekinge.

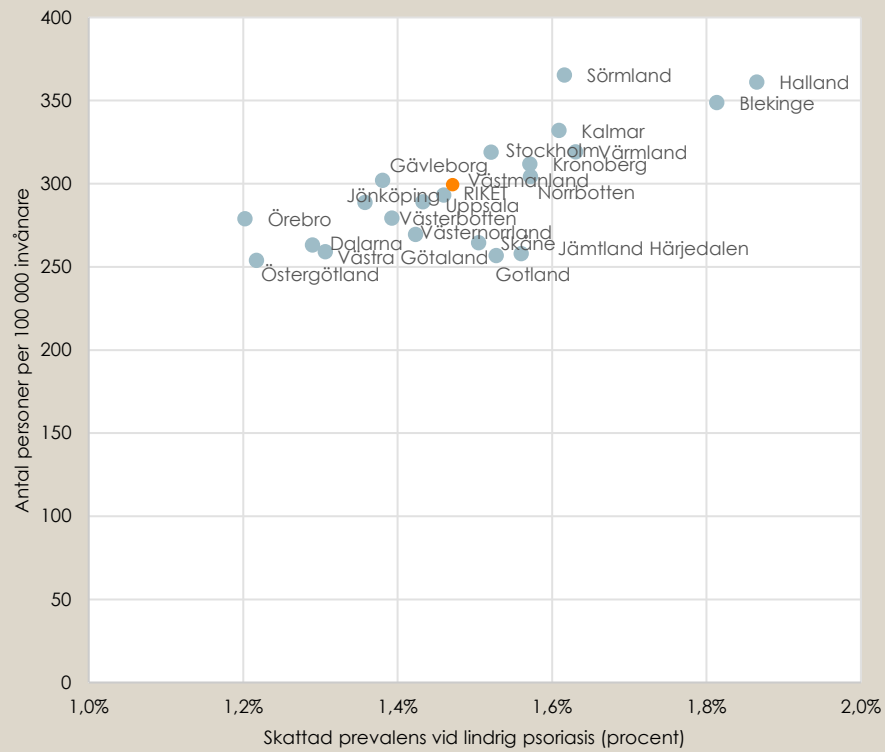
Diagram 3.1. Antal personer med steroider grupp III vid medelsvår till svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, 2016



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Bland personer med lindrig psoriasis hämtade en större andel i Region Sörmland ut steroider grupp III än förväntat i förhållande till prevalensen (se diagram 3.2). Kostnaden per person med lindrig psoriasis varierade från 260 kronor i regionerna Skåne, Gotland, Jönköpings län, Kalmar län och Norrbotten till 340 kronor i Region Gävleborg.

Diagram 3.2. Antal personer med steroider grupp III vid lindrig psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, 2016

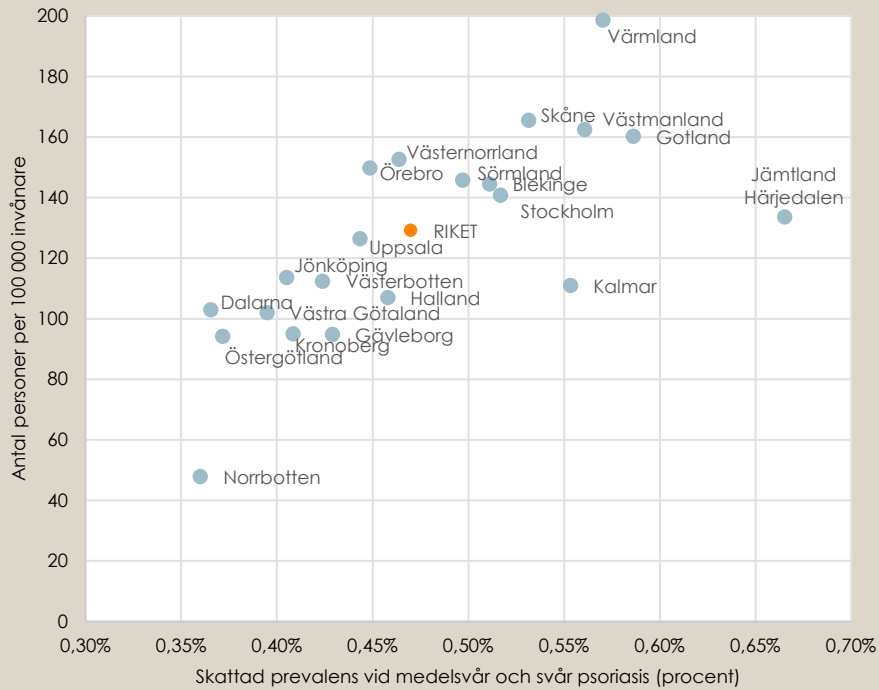


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Det tycks finnas ett samband mellan antalet personer med minst ett uttag av steroider grupp III och kalcipotriol i kombination och högre prevalens för medelsvår och svår psoriasis (se diagram 3.3–3.4). Diagram 3.3 visar exempelvis att Region Västmanland hade både en hög prevalens och ett relativt stort antal personer med kombinationsbehandlingen. På motsvarande sätt hade Region Östergötland både en låg prevalens och ett relativt litet antal personer med kombinationsbehandlingen. Antalet personer med medelsvår till svår psoriasis och kombinationsbehandling varierade från cirka 48 personer per 100 000 invånare i Region Norrbotten till 199 personer per 100 000 invånare i Region Värmland. Å andra sidan hade regionerna Kalmar län och Värmland liknande prevalens, men nästan dubbelt så många fick kombinationsbehandlingen i Värmland (se diagram 3.3).

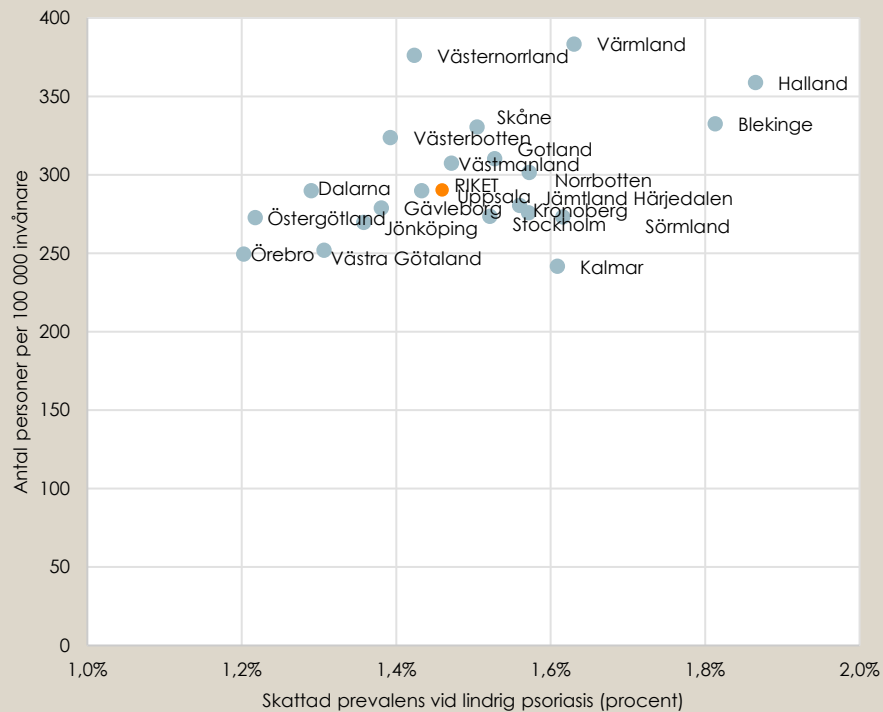
Kostnaden per person med medelsvår till svår psoriasis och kombinationsbehandling varierade från 1 810 kronor i Region Jämtland Härjedalen till 2 880 kronor i Region Västerbotten.

Diagram 3.3. Antal personer med steroider grupp III och kalcipotriol i kombination vid medelsvår till svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, 2016



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram 3.4. Antal personer med steroider grupp III och kalcipotriol i kombination per 100 000 invånare vid lindrig psoriasis, i förhållande till skattad prevalens, 2016



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Kalcipotriol

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 4)

Knappt 250 personer i Sverige hämtade ut kalcipotriol på apotek minst en gång 2016, varav omkring 110 personer med lindrig psoriasis och omkring 140 personer med medelsvår till svår psoriasis.

Den begränsade användningen av kalcipotriol som enskild behandling kan bero på att preparatet inte fanns på svenska apotek under ett antal år. Före 2012 hämtade mellan 10 000 och 20 000 personer ut kalcipotriol varje år, men sedan gavs kalcipotriol endast i kombination med steroider grupp III. Sedan 2016 har användningen av enbart kalcipotriol ökat igen, men användarna är färre än tidigare (färre än 1 000 personer 2018). Den totala kostnaden för kalcipotriol 2016 var knappt 420 000 kronor, varav merparten gällde personer med medelsvår till svår psoriasis (320 000 kronor).

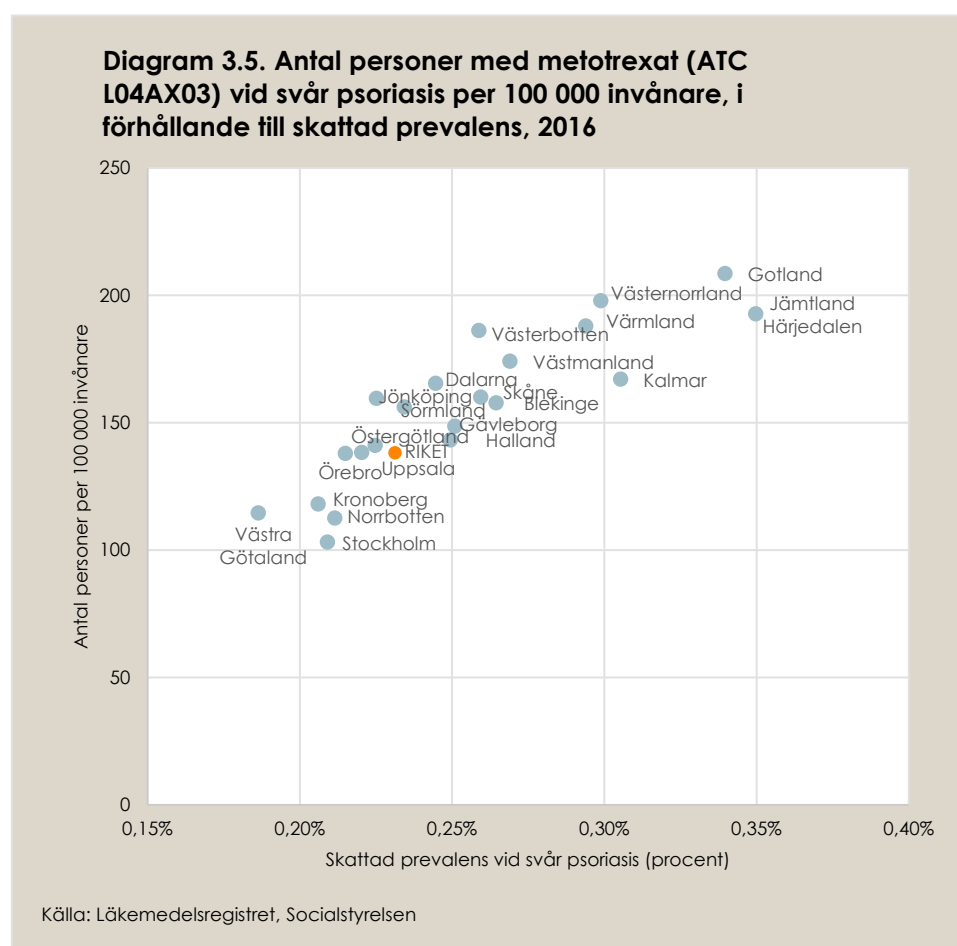
Genomsnittskostnaden per person med medelsvår till svår psoriasis var 2 350 kronor 2016. Denna kostnad var nästan tre gånger större för personer med medelsvår till svår psoriasis än för personer med lindrig psoriasis. Kostnaderna per person motsvarar en användning på 620–880 gram vid medelsvår till svår psoriasis och 230–330 gram vid lindrig psoriasis, beroende på om personen använder salva eller gel.

Systemisk behandling

Metotrexat vid svår psoriasis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 11)

Omkring 138 personer med svår psoriasis per 100 000 invånare i Sverige hämtade ut metotrexat på apotek minst en gång 2016. Diagram 3.5 visar små regionala skillnader, som är förväntade i förhållande till den skattade prevalensen. Däremot fanns regionala skillnader i genomsnittlig läkemedelskostnad per person med minst ett uttag 2016. Denna kostnad var lägst i Region Uppsala, omkring 1 120 kronor, och högst i Jönköping, omkring 2 860 kronor. Skillnaderna kan ha flera förklaringar. En högre genomsnittskostnad kan till exempel bero på högre dos, bättre följsamhet till ordinationen eller en större andel patienter med metotrexat som injektion, eftersom injektionsformen kostar flera gånger mer än metotrexat i tablettform.



Enligt Socialstyrelsens skattningar har 23 000 personer i Sverige svår psoriasis, och knappt 14 000 av dem gjorde minst ett uttag av metotrexat 2016. Antalet personer med svår psoriasis och behov av systemisk behandling kan dock vara underskattat, eftersom enbart personer som besökt läkare i specialistvården eller använt systemiska läkemedel ingår i de register

som skattningarna bygger på (se vidare bilaga 2). Det kan därför finnas ett mörkertal bland personer utan systemisk behandling, det vill säga personer som inte söker vård alls eller som enbart behandlas i primärvården.

TNF-hämmare vid svår psoriasis

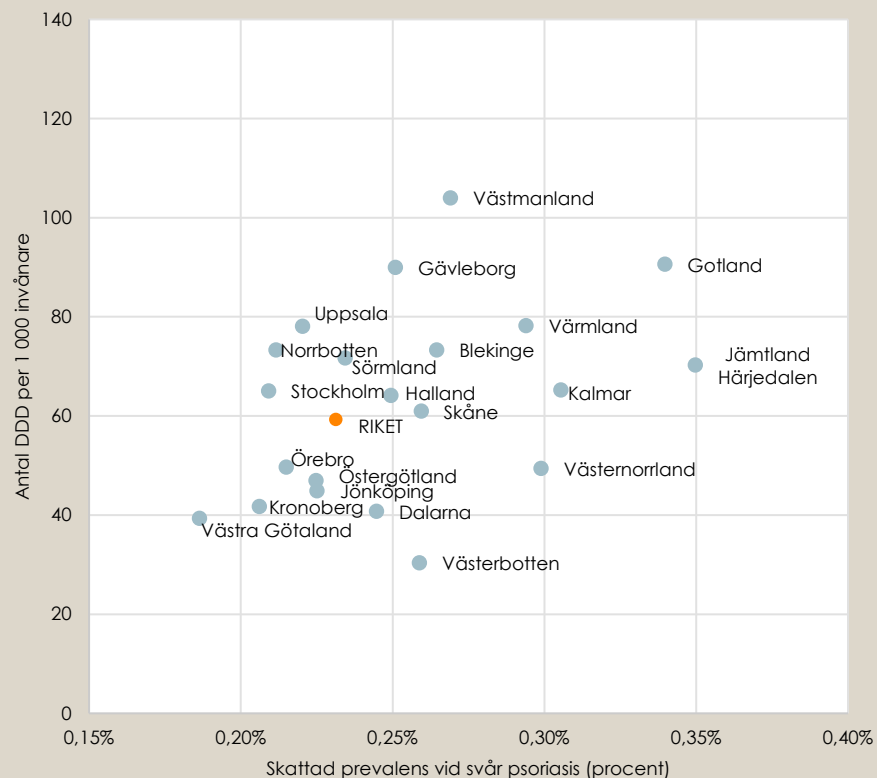
Etanercept

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14a)

11 procent av alla med svår psoriasis hämtade ut etanercept på apotek minst en gång 2016. Samtidigt fanns en betydande spridning mellan regionerna i hur mycket etanercept som hämtades ut i förhållande till den skattade prevalensen. Eftersom det finns flera TNF-hämmare kan skillnaderna delvis förklaras av skillnader i val av läkemedelstyp.

Den definierade dygnsdosen (DDD) var 59 per 1 000 invånare i hela Sverige. Diagram 3.6 visar betydande regionala skillnader i uttag av etanercept mätt som DDD per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen vid svår psoriasis. Region Västerbotten hade liknande prevalens som Region Västmanland, men i Västmanland var uttaget i DDD mer än tre gånger så stort (104 DDD jämfört med 30 DDD per 1 000 invånare).

Diagram 3.6. Antal definierade dygnsdoser av etanercept (ATC L04AB01) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, 2016



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

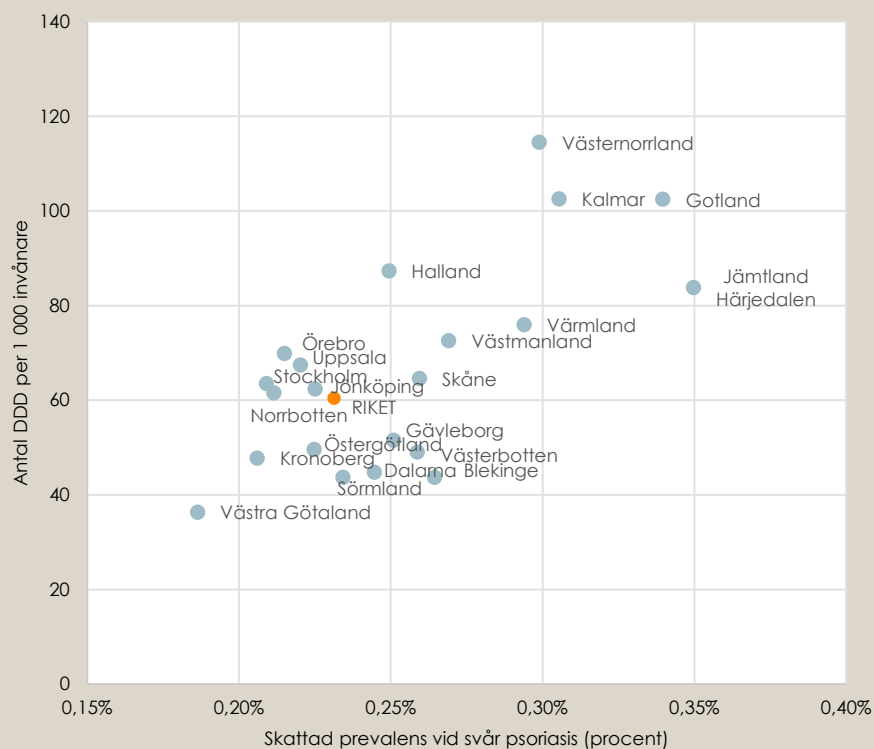
Adalimumab

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14b)

10 procent av alla med svår psoriasis hämtade ut adalimumab på apotek minst en gång 2016. Samtidigt fanns en betydande spridning mellan regionerna i hur mycket adalimumab som hämtades ut i förhållande till den skattade prevalensen. Eftersom det finns flera TNF-hämmare kan skillnaderna delvis förklaras av skillnader i val av läkemedelstyp.

Den definierade dygnsdosen (DDD) var 60 per 1 000 invånare i hela Sverige. Diagram 3.7 visar betydande regionala skillnader i uttag av adalimumab mätt som DDD per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen vid svår psoriasis. Region Halland hade exempelvis liknande prevalens som regionerna Blekinge och Sörmland, men i Halland var uttaget dubbelt så stort som i Blekinge och Sörmland (87 DDD jämfört med 44 DDD per 1 000 invånare). Uttaget var störst i Region Västernorrland, 115 DDD per 1 000 invånare, och minst i Västra Götalandsregionen, 36 DDD per 1 000 invånare.

Diagram 3.7. Antal definierade dygnsdoser av adalimumab (ATC L04AB04) vid svår psoriasis per 1 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, 2016

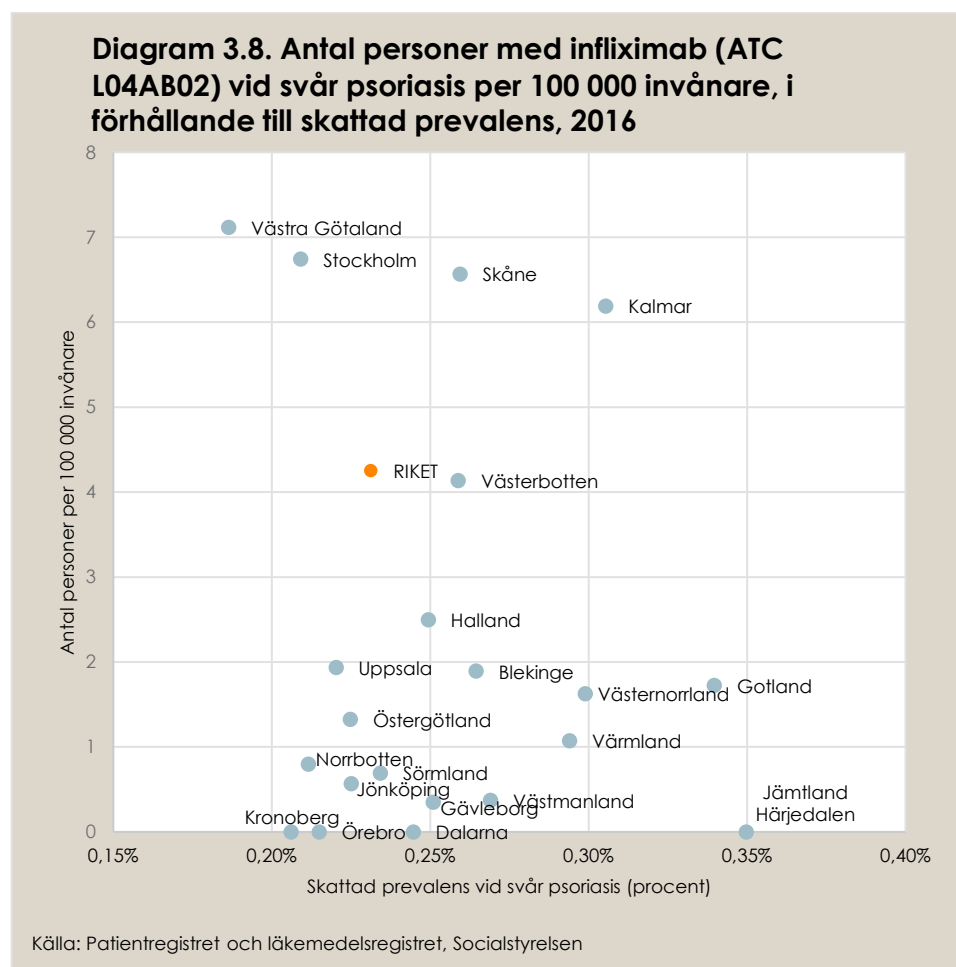


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Infliximab

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 14c)

Diagram 3.8 visar betydande regionala skillnader i antal personer per 100 000 invånare som behandlades med infliximab 2016. De fyra regionerna Stockholm, Västra Götaland, Skåne och Kalmar län stod för 88 procent av det totala antalet personer med infliximab 2016. I dessa regioner var infliximab registrerat för 6–7 personer per 100 000 invånare. I de flesta regioner var däremot ingen eller bara enstaka personer registrerade med infliximab. Den faktiska användningen av infliximab kan dock vara underskattad i vissa regioner, eftersom rapporteringen till patientregistret har vissa osäkerheter.



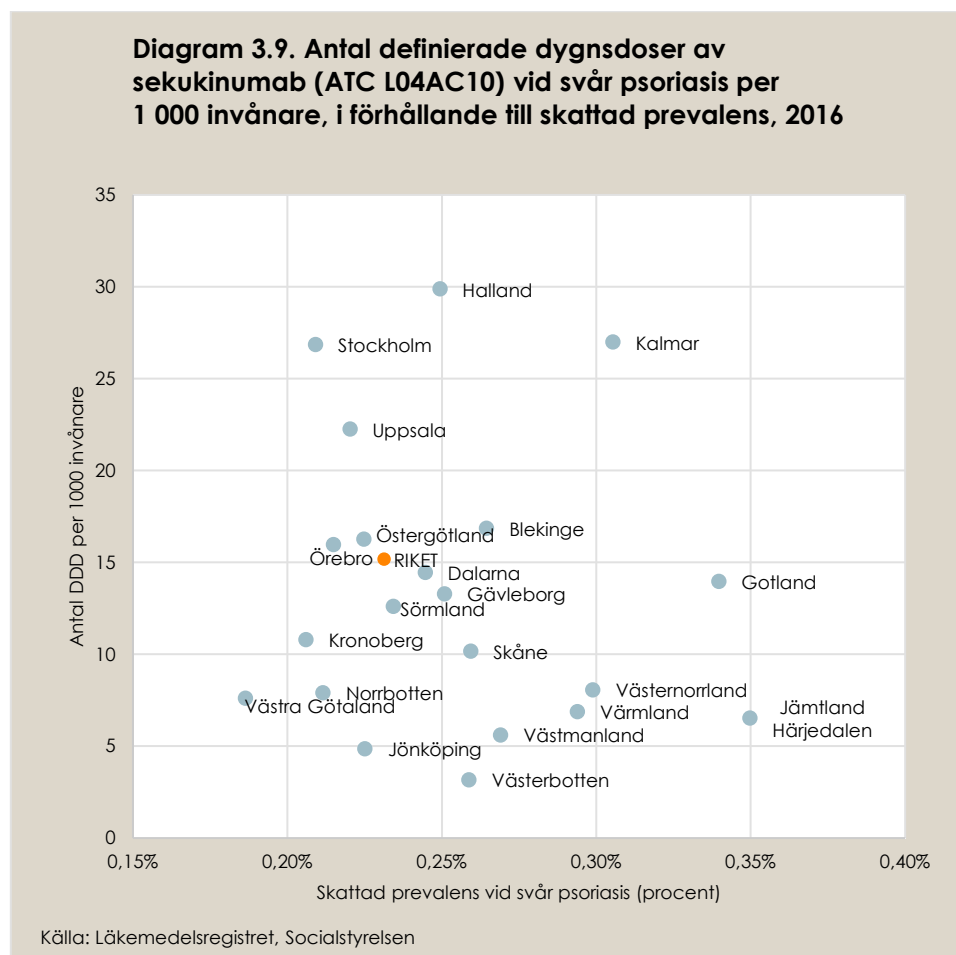
Interleukinhämmare vid svår psoriasis

IL-17-hämmarna brodalumab, ixekizumab och sekukinumab

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

Knappt 3 procent (600 personer) av alla med svår psoriasis behandlades med sekukinumab 2016. Den definierade dygnsdosen (DDD) var 15 per 1 000 invånare i hela Sverige. Diagram 3.9 visar betydande regionala skillnader i

uttag av sekukinumab mätt som DDD per 1 000 invånare i förhållande till prevalensen vid svår psoriasis. Sekukinumab godkändes i läkemedelsförmånen 2015, och 2016 är det 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. Brodalumab godkändes i läkemedelsförmånen 2017 och saknades i registerdata 2016.

IL-12/23-hämmaren ustekinumab

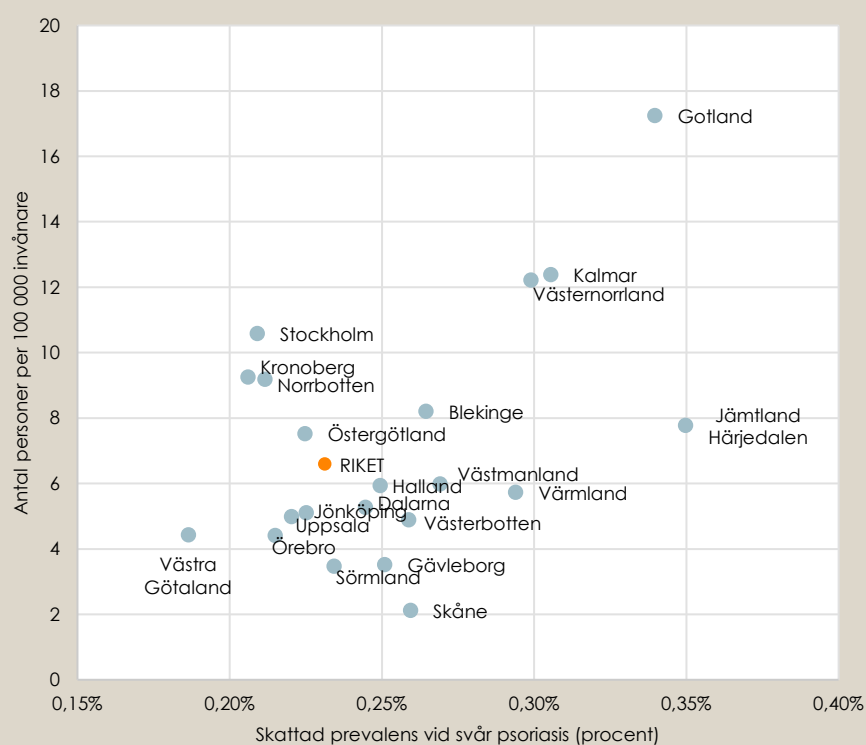
(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: 16)

Ustekinumab var registrerat för 3 procent av alla med svår psoriasis 2016. Det motsvarade 7 personer per 100 000 invånare i Sverige.

Diagram 3.10 visar större regionala skillnader än vad som kan förväntas utifrån prevalensen för svår psoriasis. I genomsnitt var den definierade dygnsdosen (DDD) per 1 000 invånare 30, och läkemedlet kostade 123 000 kronor per person. Regionerna Kalmar län och Västernorrland hade liknande prevalens som Region Skåne, men i Skåne gjorde 2 personer per 100 000 invånare minst ett uttag av ustekinumab, jämfört med 12 personer per 100 000 invånare i Kalmar och Västernorrland.

Skillnaderna kan delvis bero på organisatoriska faktorer, eftersom ustekinumab ges på sjukhus i vissa regioner och då inte fångas upp i läkemedelsregistret. I patientregistret fanns ytterligare 152 personer med huvuddiagnosen psoriasis som fått subkutan injektion av ett läkemedel. Det saknas uppgifter om vilket läkemedel som injicerades, men det kan ha varit ustekinumab. I så fall skulle drygt 800 personer i Sverige ha använt ustekinumab 2016, det vill säga 4 procent av alla med svår psoriasis.

Diagram 3.10. Antal personer med ustekinumab (ATC L04AC05) vid svår psoriasis per 100 000 invånare, i förhållande till skattad prevalens, 2016



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Bilaga 4. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Tillstånds-och åtgärdslista (fullständig)
- Kunskapsunderlag
- Hälsöekonomiskt underlag
- Underlag för att bedöma ekonomiska och organisatoriska konsekvenser – urval av övriga rekommendationer
- Indikatorer
- Metodbeskrivning.

Samtliga bilagor finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.