

Bilaga 4. Psoriasis

Underlag till
Förstudie om behov av kunskapsstöd
för kroniska sjukdomar

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 2015-12-30 Bilaga 4
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2015

Innehåll

Förekomst av kunskapsstöd	4
Internationella guidelines.....	4
Kunskapsstöd från andra myndigheter.....	4
Vårdprogram/riktlinjer/beslutsstöd på nationell nivå.....	4
Regionala vårdprogram	4
Kvalitetsindikatorer och uppföljning	5
Kriterier för nationella riktlinjer.....	6
Prevalens och svårighetsgrad.....	6
Kostnader.....	6
Praxis	7
Sammanfattning av dialogmöte.....	11
Referenser	12

Förekomst av kunskapsstöd

Internationella guidelines

European Dermatology Forum (EDF) har evidensbaserade rekommendationer om systemisk behandling av psoriasis vulgaris som uppdaterades 2015 [1] och engelska National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har guidelines för bedömning och behandling av psoriasis publicerade år 2012 [2]. För psoriasisartrit finns riktlinjer om läkemedelsbehandling från the European League against Rheumatism (EULAR) från 2012 [3].

Kunskapsstöd från andra myndigheter

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade år 2006 en översikt om immunmodulerande läkemedel [4]. År 2011 publicerade Läkemedelsverket behandlingsrekommendationer för psoriasis [5]. Sedan behandlingsrekommendationerna skrevs har det tillkommit flera nya systemiska läkemedel. Behandlingsrekommendationerna inkluderar utöver läkemedelsbehandling även ljusbehandling och klimatvård. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) ska genomföra en förnyad genomgång av läkemedelsgruppen TNF-hämmare.

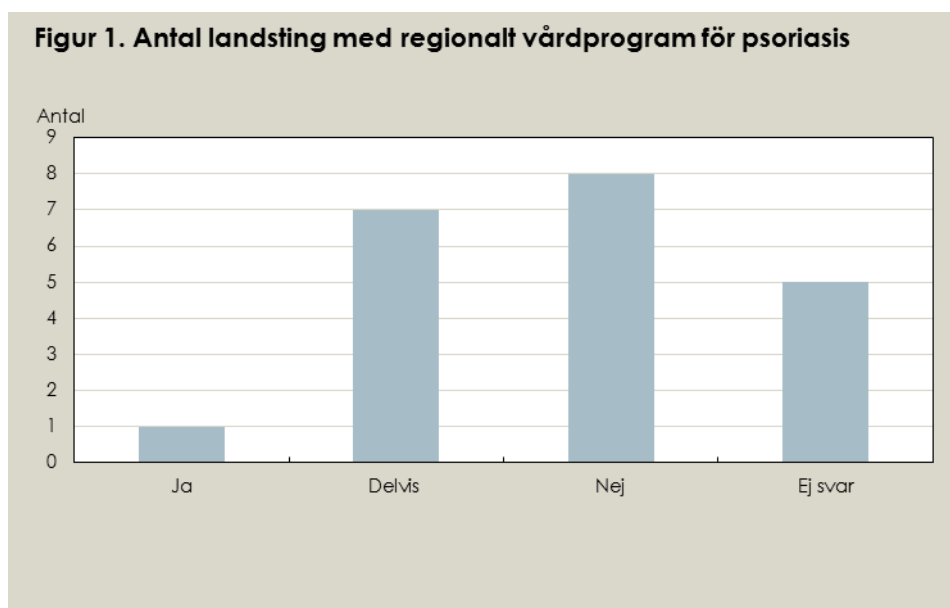
Vårdprogram/riktlinjer/beslutsstöd på nationell nivå

Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi (SSDV) hänvisar till Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer. Psoriasisartrit ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar från år 2012 (rekommendationer om patientutbildning/patientskola, fysikalisk undersökning, analys av inflammatoriska markörer, styrketräning och behandling med TNF-hämmare). År 2015 publicerade Svensk reumatologisk förening riktlinjer för läkemedelsbehandling vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit [6]. Från Socialstyrelsen finns också Försäkringsmedicinskt beslutsstöd om sjukskrivning vid Psoriasis och pustulosis palmoplantaris (PPP) och vid psoriasisartrit.

Regionala vårdprogram

En förfrågan skickades i juli 2015 till samtliga 21 landsting om förekomsten av regionalt vårdprogram, riktlinjer, rutinbeskrivningar eller motsvarande för psoriasis. 16 landsting besvarade förfrågan. Eftersom det inte finns någon entydig definition av vårdprogram, riktlinjer eller rutinbeskrivningar kan olika landsting ha besvarat frågan på olika sätt. Svarens kvalitet beror också på vem i organisationen som besvarat frågan. Som ”delvis” har klassificerats vårdprogram som bara berör en viss del av vården/vårdkedjan (exempelvis

bara primärvården eller specialistsjukvården, eller bara vissa delar av diagnostik och behandling). I diagrammet nedan redovisas svarsfördelningen.



Kvalitetsindikatorer och uppföljning

Kvalitetsregistret PsoReg (Register för Systembehandling av Psoriasis) inkluderar systembehandling, och har en täckningsgrad på under 45 procent.

Svensk reumatologisk kvalitetsregister (SRQ) inkluderar psoriasisartrit sedan början av 2000-talet. Ursprungligen inkluderades enbart patienter med psoriasisartrit i samband med biologisk behandling, men under senare år inkluderas även andra patienter med psoriasisartrit. Data från registret visar stor variation mellan landstingen i antalet personer per 100 000 invånare som inkluderats i registret, och variationen i andelen som behandlats med biologiska läkemedel i olika landsting är mycket stor. Detta kan påverkas av i vilken takt personer med annan form av behandling har inkluderats i olika landsting, och behöver inte återspegla skillnader i praxis. Uppgifter från registret har därför inte analyserats vidare.

Psoriasis redovisas inte i någon av Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och landstings (SKL) öppna jämförelser av hälso- och sjukvården.

Kriterier för nationella riktlinjer

Prevalens och svårighetsgrad

Omkring 2-4 procent av befolkningen, det vill säga omkring 300 000 personer, beräknas ha psoriasis i Sverige [5]. Tillståndets svårighetsgrad varierar, omkring 70 procent har lindrig psoriasis och resten har medelsvår eller svår psoriasis [7]. Psoriasis är en systemisk inflammationssjukdom och har följd- och samsjuklighet i form av hjärt- och kärlsjukdom, diabetes, fetma, inflammatorisk tarmsjukdom, metabolt syndrom, stroke och leversjukdom. Omkring en tredjedel utvecklar också ledsjukdomen psoriasisartrit [5].

Var på kroppen sjukdomen sitter, möjligheter till fungerande behandling och psykosociala faktorer spelar stor roll för vilka konsekvenser och påverkan sjukdomen får för individen. Psoriasis kan påverka livskvaliteten på flera olika sätt, bland annat genom begränsningar i aktiviteter och delaktighet. Utöver påverkan på möjligheten att sköta arbete och studier kan psoriasis ha en negativ inverkan på samliv och fritidsaktiviteter där man exponerar huden. Dessutom kan personer med psoriasis uppleva ett negativt bemötande från omgivningen, bland annat beroende på okunskap.

Kostnader

I augusti 2015 genomfördes en litteratursökning i PubMed med MeSH-termerna psoriasis, cost of illness, health care costs och sick leave/economics i kombination med fritextsökningar. I september genomfördes en kompletterande sökning i NHS Economic Evaluation Database (Cochrane library). Litteraturgenomgången har avgränsats till att inkludera artiklar publicerade från år 2005 och framåt och inkluderar huvudsakligen studier från Europa, för att öka överförbarheten till den svenska kontexten i relation till demografi, sjukdomspanorama och hälso- och sjukvårdssystem.

Av de identifierade studierna framgår att kostnader till följd av psoriasis varierar från 1 079 till 11 928 euro per patient och år [8-17]. Skillnader i kostnader mellan studierna kan delvis förklaras av variation i analysmetod, vilka kostnader som har inkluderats, sjukdomens svårighetsgrad och samsjuklighet samt skillnader i hälso- och sjukvårdssystem.

De största direkta kostnaderna är läkemedelskostnader, med stor variation i kostnader beroende av vilken typ av läkemedel som används (till exempel biologiska läkemedel). Andra stora direkta kostnader är kostnader för behandling, främst ljusbehandling, besök i öppen- och slutenvård och diagnostiska test [8-12, 14, 16]. Den genomsnittliga tiden för ljusbehandling uppgår till 33 timmar per år och patient innebärande en stor tidsförlust för individen oavsett om fritid eller arbetstid går förlorad [18].

De indirekta kostnaderna utgörs av produktionsbortfall, resekostnader, minskad livskvalitet och arbetsförmåga [10, 11, 14, 16, 17]. En svensk studie redovisar att den månatliga kostnaden till följd av psoriasis uppgår till 994

euro per patient med besök i öppenvården samt ljusbehandling som de huvudsakliga kostnaderna, följt av kostnader för biologiska läkemedel [13].

Praxis

Diagnostik och behandling

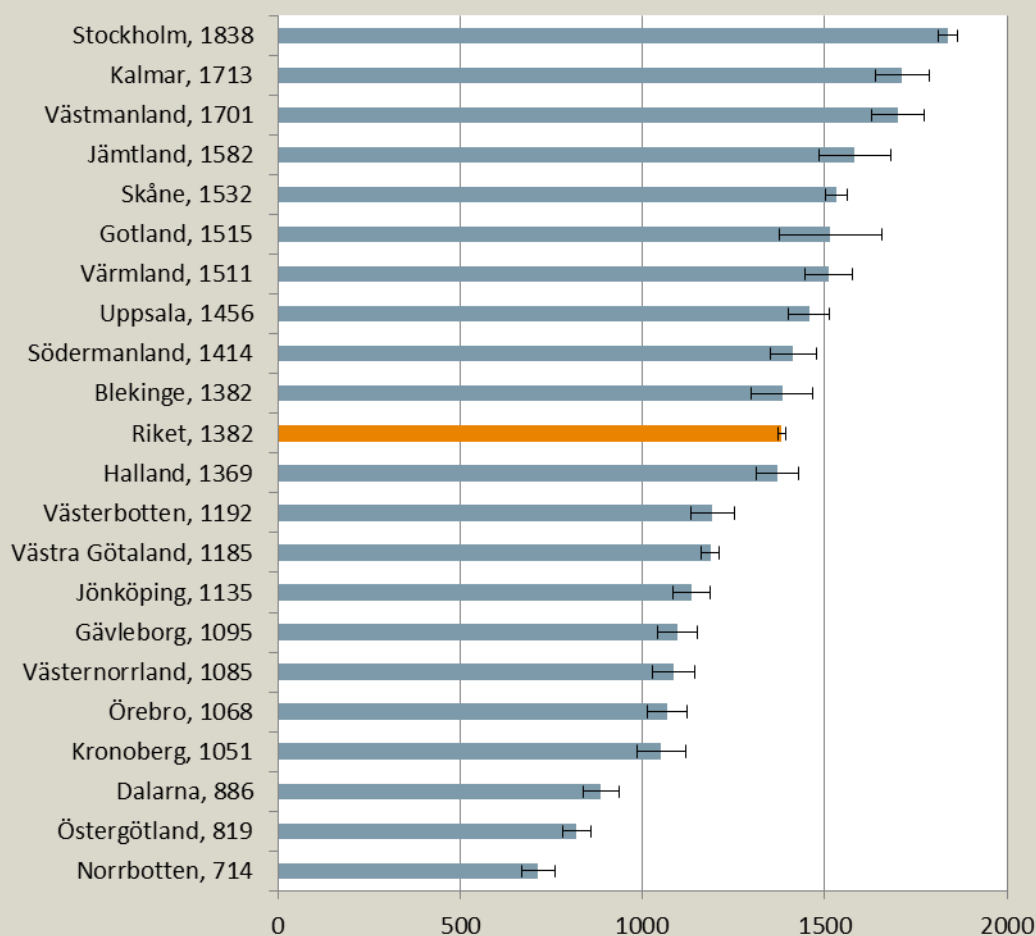
Psoriasis är en klinisk diagnos som baseras på patientens sjukdomsberättelse (anamnes) och undersökning av huden och naglarna. Ibland tas även ett hudprov för att få ytterligare information. Psoriasis förekommer i flera olika former och den kliniska bilden uppvisar stor variation avseende utslagets lokalisering, storlek och form. Ledbesvär vid psoriasis (psoriasisartrit) kan förekomma även när hudsymtomen är lindriga.

Det finns flera olika behandlingsalternativ vid psoriasis, bland annat utvärtes tillförda läkemedel (krämer), ljusbehandling, Buckybehandling (mjukröntgen), klimatvård och systemisk behandling med tabletter (traditionell/konventionell systemisk behandling) eller injektioner (biologiska läkemedel). Vilken behandling som passar bäst beror på den kliniska bilden och sjukdomens svårighetsgrad. Kunskapen om att psoriasis är en systemisk inflammatorisk sjukdom som även drabbar andra organ än huden har medfört att allt fler patienter med medelsvår och svår psoriasis får systemisk behandling. I första hand förskrivs då något av de konventionella äldre läkemedlen och vid otillräcklig effekt ett biologiskt läkemedel.

Vårdkonsumtionsdata

I figur 2 nedan redovisas antal besök och vårdtillfällen inom den specialiserade hälso- och sjukvården för personer som har fått diagnosen psoriasis. Som framgår av diagrammet är det stora regionala skillnader i antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, med mer än dubbelt så många tillfällen i Stockholm som i Norrbotten. Uppgifterna pekar på praxisskillnader mellan landstingen. Vad dessa skillnader beror på är dock svårare att förklara. I patientregistret redovisas vårdtillfällen i slutenvård samt läkarbesök inom den specialiserade öppenvården. Det saknas med andra ord uppgifter om andra yrkeskategorier och om primärvården. Skillnaderna skulle kunna förklaras av att flera patienter tas om hand inom primärvården i de landsting som har låg konsumtion av specialiserad sjukvård, men eftersom uppgifter saknas går det inte att dra några sådana slutsatser.

Figur 2. Antal besök och vårdtillfällen med diagnosen psoriasis (L40) per 100 000 invånare (åldersstandardiserade värden) per landsting år 2014.



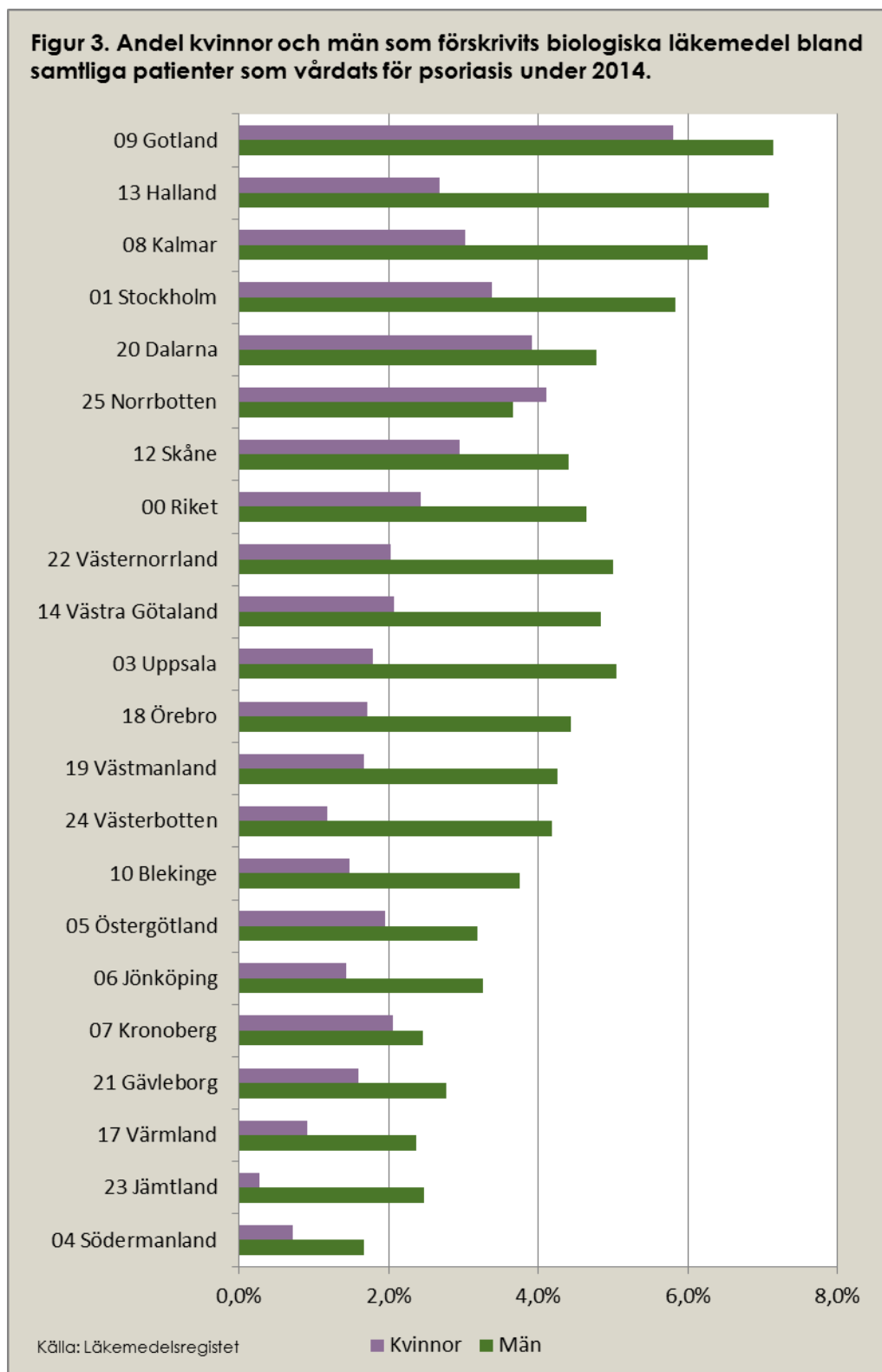
Källa: Patientregistret

I figur 3 redovisas uppgifter från läkemedelsregistret om andel patienter med psoriasis som hämtat ut biologiska läkemedel på apotek (influximab ATC-kod L04AB02, etanercept L04AB01, ustekinumab L04AC05 och adalimumab L04AB04). En stor andel av den totala försäljningen av influximab sker på rekvisition. Detta innebär att patienter med psoriasis kan få behandling som inte kan studeras i läkemedelsregistret, då registret endast innehåller uppgifter om uthämtade recept.

I läkemedelsregistret redovisas inte ordinationsorsak. Det går därmed inte att avgöra hur stor andel av patienterna med psoriasis som har förskrivits olika läkemedel specifikt för sin psoriasissjukdom. Däremot innehåller registret uppgifter om förskrivarens specialitet och verksamhetskod, vilket gör det möjligt att se vilka läkemedel som förskrivits av dermatologer.

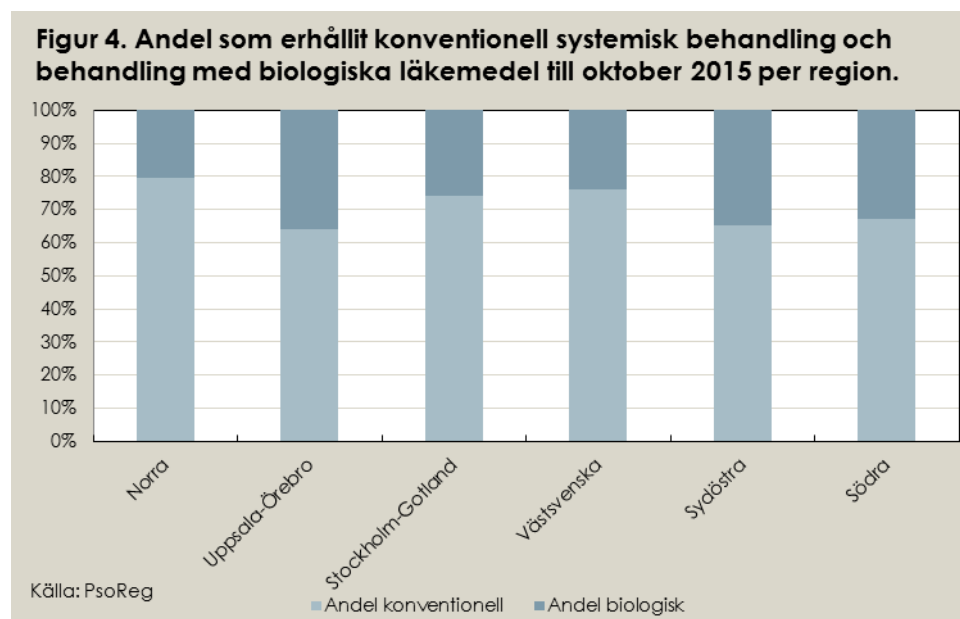
Andel individer som förskrivits biologiska läkemedel av dermatolog (specialistkod 08) eller vid verksamhet med inriktning hud och venerologi (verksamhetskod 211, 215 eller 216) bland de patienter som under år 2014 har vårdats för psoriasis vid ett eller flera besök eller vårdtillfällen är i genomsnitt 3,5 procent, och varierar mellan 1,2-6,4 procent i olika landsting.

Som framgår av diagrammet nedan är det en lägre andel bland kvinnor än bland män som hämtat ut recept på biologiska läkemedel i alla landsting utom Norrbotten. I genomsnitt i riket är det 2,4 procent av kvinnorna och 4,7 procent av männen som hämtat ut recept på biologiska läkemedel.



Kvalitetsregisterdata

Kvalitetsregistret PsoReg inkluderar systembehandling av psoriasis. Registret har en täckningsgrad på omkring 65 procent när det gäller patienter som behandlas med biologiska läkemedel och under 40 procent för patienter som får konventionell systemisk behandling. I diagrammet nedan redovisas andel bland de som registrerats som erhållit konventionell systemisk behandling och behandling med biologiska läkemedel uppdelat på hälso- och sjukvårdsregioner. Andelen som behandlats med biologiska läkemedel varierar från 21 till 36 procent.



Vetenskapliga studier och rapporter

En rapport som genomförts av företaget IMS Health på uppdrag av läkemedelsföretaget AbbVie, påvisade skillnader i tillgång till biologiska läkemedel mot psoriasis mellan olika landsting [19]. Andelen varierade från omkring 0,1 till 1,3 procent. Rapporten påvisade även stora skillnader i behandling mellan kvinnor och män, där andelen män med psoriasis som behandlades med biologiska läkemedel var dubbelt så hög som andelen kvinnor. Orsaken till denna könsskillnad undersöks inte i studien. Det har föreslagits att skillnaden skulle kunna förklaras av könsskillnader i sjukdomens svårighetsgrad [20].

Sammanfattning av dialogmöte

Den 4 september 2015 genomfördes ett dialogmöte där representanter från Psoriasisförbundet, Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi (SSDV), Svensk reumatologisk förening (SRF), Fysioterapeuterna, Stockholms-Gotlandregionen, Sydöstra sjukvårdsregionen, Västra sjukvårdsregionen och Södra regionen närvarade.

Vid mötet diskuterades vad det finns för problem och brister inom vården av personer med psoriasis idag. Tillgång till god vård och effektiv behandling skiljer sig mellan landstingen, exempelvis varierar tillgången till behandlingsanläggningar.

Behandlingsarsenalen inkluderar bland annat nya biologiska läkemedel för behandling av svår psoriasis. Dessa nya läkemedel har väsentligen förbättrat möjligheten att behandla psoriasis och psoriasisartrit, men de har som nackdel att de är kostsamma. Användningen varierar mellan olika delar av landet och i Sverige förskrivs de i mindre utsträckning jämfört med övriga Nordiska länder. De regionala skillnaderna i förskrivning kan delvis förklaras av varierande tillgång till dermatologer och landstingens utformning av ersättningssystem. Det behövs ett samlat grepp över hur dessa nya läkemedel ska introduceras, vilken plats de ska ha i vårdkedjan och att de ges till rätt patientgrupp. Läkemedelsverket behandlingsrekommendationer för psoriasis från år 2011 behöver också uppdateras då det tillkommit flera nya läkemedel.

Biosimilarer kan innebära stora besparingar och ge fler patienter tillgång till effektiv behandling, samtidigt som det måste ske på ett patientsäkert sätt utan risk för ökade biverkningar eller på bekostnad av sämre effekt.

Omkring 30 procent av alla personer med psoriasis utvecklar psoriasisartrit. Det är därför viktigt med ett väl fungerande samarbete mellan primärvård, dermatologi och reumatologi. För patienter med psoriasisartrit går det ofta lång tid från första symtom till att de remitteras till reumatolog och får diagnos. Strukturer vad gäller när specialister behöver kopplas in och samarbete mellan primärvård, dermatologi och reumatologi tycks inte finnas på plats överallt.

Det finns en upplevd kunskapsbrist inom primärvården vad gäller att psoriasis är en systemsjukdom, och livsstilsfaktorer tas sällan upp av vårdpersonal. Ett annat problem som lyftes var att många patienter får samma, inte alltid mest effektiva, behandling år efter år utan att det sätts upp några behandlingsmål.

Vad gäller rehabiliteringsinsatser (exempelvis varmvattenbassängträning, annan fysisk aktivitet, beteendeterapi och smärtreducerande behandling) skiljer sig förutsättningarna för tillgänglighet och antal behandlingar i olika landsting och vid olika kliniker.

Referenser

1. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris Update 2015
<http://www.euroderm.org/edf/index.php/edf-guidelines/category/5-guidelines-miscellaneous>. Hämtad från:
2. Psoriasis: assessment and management. Clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence 2012
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg153/chapter/1-recommendations>. 2012.
3. Gossec, L, Smolen, JS, Gaujoux-Viala, C, Ash, Z, Marzo-Ortega, H, van der Heijde, D, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2012; 71(1):4-12.
4. Nya immunmodulerande läkemedel vid måttlig till svår psoriasis. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU Alert-rapport nr 2006-07. ISSN 1652-7151.
5. Behandling av psoriasis – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket 2011;22(4):11-24.
6. Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit. Svensk Reumatologisk Förening 2015
http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/Riktlinjer_AS_PsoA_2015.pdf.
7. Boehncke, WH, Schon, MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015; 386(9997):983-94.
8. Balogh, O, Brodszky, V, Gulacsi, L, Heredi, E, Herszenyi, K, Jokai, H, et al. Cost-of-illness in patients with moderate to severe psoriasis: a cross-sectional survey in Hungarian dermatological centres. *Eur J Health Econ*. 2014; 15 Suppl 1:S101-9.
9. Carrascosa, JM, Pujol, R, Dauden, E, Hernanz-Hermosa, JM, Bordas, X, Smandia, JA, et al. A prospective evaluation of the cost of psoriasis in Spain (EPIDERMA project: phase II). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; 20(7):840-5.
10. Colombo, G, Altomare, G, Peris, K, Martini, P, Quarta, G, Congedo, M, et al. Moderate and severe plaque psoriasis: cost-of-illness study in Italy. *Ther Clin Risk Manag*. 2008; 4(2):559-68.
11. Ekelund, M, Mallbris, L, Qvitzau, S, Stenberg, B. A higher score on the dermatology life quality index, being on systemic treatment and having a diagnosis of psoriatic arthritis is associated with increased costs in patients with plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2013; 93(6):684-8.
12. Feldman, SR, Burudpakdee, C, Gala, S, Nanavaty, M, Mallya, UG. The economic burden of psoriasis: a systematic literature review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2014; 14(5):685-705.
13. Ghatnekar, O, Ljungberg, A, Wirestrand, LE, Svensson, A. Costs and quality of life for psoriatic patients at different degrees of severity in southern Sweden - a cross-sectional study. *Eur J Dermatol*. 2012; 22(2):238-45.
14. Norlin, JM, Steen Carlsson, K, Persson, U, Schmitt-Egenolf, M. Resource use in patients with psoriasis after the introduction of biologics in Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2015; 95(2):156-61.

15. Raho, G, Koleva, DM, Garattini, L, Naldi, L. The burden of moderate to severe psoriasis: an overview. *Pharmacoeconomics*. 2012; 30(11):1005-13.
16. Schoffski, O, Augustin, M, Prinz, J, Rauner, K, Schubert, E, Sohn, S, et al. Costs and quality of life in patients with moderate to severe plaque-type psoriasis in Germany: a multi-center study. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007; 5(3):209-18.
17. Sohn, S, Schoeffski, O, Prinz, J, Reich, K, Schubert, E, Waldorf, K, et al. Cost of moderate to severe plaque psoriasis in Germany: a multicenter cost-of-illness study. *Dermatology*. 2006; 212(2):137-44.
18. Mustonen, A, Mattila, K, Leino, M, Koulu, L, Tuominen, R. Psoriasis causes significant economic burden to patients. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2014; 4(1):115-24.
19. Inequality study in usage of biological drugs for treatment of Psoriasis. *IMS Health Rapport 905692*. 2013.
20. Hagg, D, Eriksson, M, Sundstrom, A, Schmitt-Egenolf, M. The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. *PLoS One*. 2013; 8(5):e63619.