

Udsat og overset

Hvordan får vi flere højrisiko-psoriasis-patienter i effektiv sygdomskontrol?

Fire tiltag der skal løfte dansk psoriasisbehandling



Forord	Side 3
Resumé: Udsat og overset: Hvordan får vi flere højrisiko-psoriasispatienter i effektiv sygdomskontrol?	Side 4
Baggrund: Psoriasisbehandling skal favne den enkeltes komplekse kroniske forløb	Side 6
Hvidbogens fokus	Side 6
Psoriasis angriber hele kroppen	Side 6
Ukontrolleret eller opblussen sygdom har store konsekvenser	Side 6
Behandlingsmulighederne i dag	Side 7
Patientrejsen er ikke tænkt som kronisk forløb	Side 7
Udfordringen: Dyre følgesygdomme, uacceptabel ventetid og svingende opfølgingspraksis	Side 8
Udfordring 1: Uacceptable ventetider	Side 8
Udfordring 2: For sen opsporing af alvorlige følgesygdomme	Side 8
Udfordring 3: For mange psoriasispatienter opnår ikke rettidig effektiv sygdomskontrol	Side 10
Udfordring 4: Manglende organisering af dansk psoriasisbehandling går ud over patienterne	Side 10
Løsningen: Fire tiltag, der skal løfte dansk psoriasisbehandling	Side 12
Løsning 1: En National Psoriasisplan med konkrete forløbsprogrammer	Side 12
Løsning 2: To nye patientrettigheder:	
Maks. 12 ugers ventetid til hudlæge og ret til samtale mindst 1 gang årligt om følgesygdomme	Side 15
Løsning 3: Køreplan for 'Det Nære Sundhedsvæsens' tværfaglige samarbejde om følgesygdom	Side 17
Løsning 4: Permanent etablering af NCAS i Øst- og Vestdanmark	Side 18
Sundhedsøkonomi: Forebyggelse af udgifter til kronikere med 1-5 følgesygdomme	Side 19
Patientfortælling: Søren 10 år uden sygdomskontrol	Side 20
Om afsenderen: Psoriasisforeningen	Side 22

Har du først fået diagnosen psoriasis, er du 'kroniker' og må indstille dig på et liv med en lunefuld sygdom, der kan blive alvorlig. For nogle forbliver psoriasis en hudsygdom, der generer, men som kan behandles effektivt i samråd med egen læge eller hudlæge. For andre udvikler sygdommen sig på en måde, så smerter og kløe, hospitalsbesøg, indlæggelser og gentagne nederlag med uvirksomme behandlinger bliver en ny hverdag. Psoriasis symptomer, bivirkninger af creme og medicin lægger en dæmper på mange psoriasispatienters livskvalitet og psykiske velbefindende, på en måde, så de må omlægge deres liv, melde sig ud af sociale sammenhænge, fritidsliv og arbejdsliv, fordi overskuddet forsvinder.

Endelig er der patienter, som lever størsteparten af deres liv med sygdommen 'i bero', som kun sjældent 'blusser op' og kun i de konkrete situationer har brug for prompte sygdomskontrol.

Herudover er psoriasispatienter i forhøjet risiko for at udvikle en række følgesygdomme som psoriasisgigt, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og depression, hvilket koster samfundet dyrt og hvilket fjerner flere såkaldt 'gennemsnitligt forventede kvalitets-levår' fra den enkelte. Hertil kommer omverdenens reaktion. Synlig psoriasis i huden er fortsat anledning til mobning og stigmatisering i dagens sociale sammenhænge og på et niveau, der gør det svært for eksempelvis et ung menneske at vende et negativt selvbillede og fastholder midaldrende mænd i depression. Derfor har psoriasispatienter også oftere tanker om selvmord end baggrundsbefolkningen.¹

Fokus for denne hvidbog er højrisiko-psoriasispatienter. Patienter hvor sygdommen er vanskelig at få under kontrol: Patienter hvis sygdom udvikler sig hurtigt eller bliver ved med at blusse op uanset behandlingsvalg og sværhedsgrad. Patienter som ikke opnår effektiv sygdomskontrol rettidigt, ofte pga. for lang ventetid til behandling. Patienter som i dag ikke opspores og behandles effektivt nok for deres følgesygdomme, fordi organiseringen omkring psoriasispatienter med multi-

sygdomme ikke er på plads i alle sektorer, almen praksis, speciallæge-praksis og hospitalsvæsen. Resurser og rammebetingelser bør styrkes mhp. at kunne håndtere denne gruppe af højrisiko-psoriasispatienter.

Sætter vi ind med bedre rammebetingelser, kan vi gøre en forskel for patienters livskvalitet og spare samfundet udgifter til behandling af svære følgesygdomme og komplikationer. Vi beder om, at det bliver et politisk krav at give landets hudlæger bedre rammebetingelser for at identificere, behandle og følge op over for alle højrisiko-psoriasispatienter igennem hele livet - på den enkeltes præmisser.

I denne hvidbog peger vi på konkrete områder, hvor vi bør indføre nye nationale tiltag og samarbejdsformer, der vil løfte behandlingskvaliteten, ressourceoptimere behandlingstilgangen og bringe den rigtige balance i spil mellem 'Det Nære Sundhedsvæsen' og de højtspecialiserede hospitalsfunktioner. Det er en dansk tilpasning af WHO's anbefalinger til regeringer² om at sikre bl.a. individuel behandlingstilgang, tidligere diagnosticering af psoriasis og opsporing af følgesygdomme, faglig udvikling og bedre lokale sparringsmiljøer for hudlæger.

Psoriasisforeningen takker Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) og Danske Dermatologers Organisation (DDO) for god og konstruktiv faglig sparring i forbindelse med tilblivelsen af denne hvidbog i 2021.



Sten Svensson,
Landsformand
Psoriasisforeningen

Udsat og overset: Hvordan får vi flere højrisiko-psoriasispatienter hurtigere i effektiv sygdomskontrol?

Problem: Højrisiko-psoriasispatienter er mennesker for hvem deres sygdomsforløb ikke er under fuld kontrol: Patienter hvis sygdom udvikler sig hurtigt eller med vedvarende opblussen, uanset behandlingsvalg og sværhedsgrad. Patienter som ikke opnår effektiv sygdomskontrol tidligt på grund af for lang ventetid til behandling. Patienter som i dag ikke opspores og behandles effektivt nok for deres følgesygdomme, fordi organiseringen omkring psoriasispatienter med multisygdom er mangelfuld. Dansk psoriasisbehandling tager ikke godt nok hånd om højrisiko-psoriasispatienter i dag, selvom vi har mange effektive behandlinger, og selvom mange patienter med mild psoriasis er velbehandlede af egen læge. Højrisikogruppen er også dem, der kan blive alvorligt syge af blodpropper, gigt, diabetes og depression, som koster samfundet dyrt, selvom vi kan slå effektivt ned på disse kendte følgesygdomme – hvis vi opsporer og reagerer på tidlige symptomer eller med konsekvente tidsintervaller.

”

Der er en unik mulighed for at tage de strukturelle problemer, som dansk psoriasisbehandling blot er ét eksempel på, og få dem løst én gang for alle i en sundhedsaftale eller i en opdateret kronikerindsats.

Sten Svensson

Landsformand, Psoriasisforeningen

Psoriasisforeningen ser fire udfordringer for dansk psoriasisbehandling

- 1 Ikke-akutte psoriasispatienter venter i gennemsnit 17 uger på at få en tid hos en hudlæge (januar 2021).** Det er mere end dobbelt så lang tid som udrednings- og behandlingsgarantierne tilsammen. Ventetiden forsinker diagnosticering og et for psoriasispatienter afgørende behov for hurtig sygdomskontrol med effektiv behandling.
- 2 Højrisiko-psoriasispatienters alvorlige følgesygdomme som gigt, hjerte-kar-sygdomme, diabetes og depression opspores generelt for sent og koster unødigt ekstra sundhedsressourcer, livskvalitet og arbejdsevne for en stor og voksende kronikergruppe igennem et helt liv.**
- 3 For mange højrisiko-psoriasispatienter opnår ikke rettidig effektiv sygdomskontrol.** Manglende kroniske forløb betyder, at vi ser ny-diagnosticerede gå i måneder og endda år uden rettidig opfølgning på deres behandlingseffekt og medfølgende medicinjustering. Vi ser højrisikopatienter blive behandlingsmæssigt afsluttet i behandlingssystemet ved umiddelbar sygdomskontrol, men som skal starte forfra i en ventetids-kø ved genopblusset sygdom.
- 4 Manglende organisering af dansk psoriasisbehandling går ud over patienterne.** Hudlæger i speciallægepraksis er for få, de må p.t. ikke udskrive biologisk behandling eller henvise til psykolog og socialrådgiver, og de indgår ikke i tværfaglige teams, der gør dem i stand til at løfte opsporingsopgaven af alvorlige følgesygdomme effektivt. Hospitalerne behandler for mange ambulans, som ikke er indlæggelseskrævende.

Løsning

En ny National Psoriasishandlingsplan skal sikre højrisiko-psoriasispatienter rettidig adgang til effektive, individualiserede behandlingsforløb og et kronikerforløb forankret i det nære sundhedsvæsen. En Psoriasishandlingsplan vil sikre, at hudlægen får styrket rammebetingelserne for i højere grad at kunne gennemføre en tværfaglig symptomdialog og årlige opsporingssamtaler om følgesygdomme med patienten og dermed bidrage mere aktivt til, at følgesygdomme behandles rettidigt, når de opstår. Dette med minimalt resurstræk på hospitalet, som skal være forbeholdt den komplicerede eller indlæggelseskrævende patient.³

For at forbedre forholdene for danske kronikere og patienter med kroniske hudsygdomme⁴ finder Psoriasisforeningen det derfor bydende nødvendigt, at danske sundhedspolitikere prioriterer at gennemføre disse fire psoriasis-specifikke tiltag:

1 En National Psoriasishandlingsplan med konkrete forløbsprogrammer skal sikre højrisiko-psoriasispatienten tilbud om et individuelt forløb med det formål at sikre tidligere sygdomskontrol, sygdomsmestring og en klar plan for årlig screening for følgesygdomme.⁵ PRO-data skal effektivt implementeres som retningsangiver for sygdomskontrollen. Rækkefølgen af præparater, som hudlægen skal udskrive, skal gøres mere fleksibel og tillade højere grad af individuelle valg og samtidig give hudlæger i speciallægepraksis mulighed for at udskrive biologisk behandling.

3 Køreplan for 'Det Nære Sundhedsvæsens' tværfaglige samarbejde om følgesygdom. En klar ny praksis skal på plads for, hvordan lokale samarbejder mellem praktiserende hudlæger, praktiserende læger og specialister i følgesygdomme kan understøttes bedre f.eks. i regi af nye lokale sundhedsklynger. Det vil kunne flytte den ikke-indlæggelseskrævende psoriasispatient ud af hospitalsregi og ind i et effektivt opfølgingsforløb for kronikere i samarbejde med et lokalt specialistteam. Hudlægen i speciallægepraksis skal have mulighed for at henvise videre til psykolog og socialrådgiver.

Mennesker med psoriasis venter
17 uger i snit
på at komme til hudspecialist.

Det er

121 dage

2 To nye patientrettigheder: Maks. 12 ugers ventetid til hudlæge og ret til samtale mindst 1 gang årligt om følgesygdomme med hudlægen vil give sundhedsvæsenet to afgørende pejlemærker at rette psoriasisbehandling ind efter. I overbelastede geografiske områder vil det kræve ekstra ydernumre til flere hudlæger i speciallægepraksis. Andre steder vil udvidelse af praktiserende lægers mulighed for brug af akuthenvisning også i tvivlstilfælde kunne forkorte ventetid.

4 Permanent etablering af Nationalt Center for Autoimmune Sygdomme (NCAS) i Øst- og Vestdanmark vil sikre geografisk lighed i adgang til behandling for patienter med akutte, komplekse eller indlæggelseskrævende forløb. En budgetmæssig prioritering, der fortsætter det nyetablerede NCAS i Vestdanmark og etablerer dets "søsterafdeling" i Østdanmark, vil samtidig fremme en udrulning af nyudviklede evidensbaserede værktøjer, der som nationalt sundhedsvæsen vil gøre os i stand til fremover at udvikle og eksekvere de nyeste og mest omkostningseffektive sundhedsydelse til moderat og svært ramte psoriasispatienter med følgesygdomme igennem et helt liv.

Psoriasisbehandling skal favne den enkeltes komplekse kroniske forløb

Hvidbogens fokus: Fokus for denne hvidbog er højrisiko-psoriasispatienter.⁶ Med højrisiko mener vi patienter, hvis sygdom er uden stabil kontrol: Hvor sygdommen udvikler sig hastigt eller med regelmæssig opblussen uanset behandlingsvalg og sværhedsgrad. Patienter som ikke opnår effektiv sygdomskontrol rettidigt pga. for lang ventetid til behandling. Patienter som i dag ikke opspores og behandles effektivt nok for deres følgesygdomme, fordi organiseringen omkring psoriasispatienter med multisygdom ikke er tilstrækkelig. Landets hudlægespecialister i hospitals- og praksisregi gør, hvad de kan, men de er ikke nok i antal, og de har ikke de nødvendige ressourcer og rammebetingelser til at håndtere denne gruppe af højrisiko-psoriasispatienter i det tempo, som deres faglighed tilsiger dem.

De udfordringer, vi fremhæver, har primært at gøre med de rammebetingelser, som danske hudlæger og praktiserende læger i dag har at arbejde under. Selvom vi ser en række højrisiko-psoriasispatienter, der grundet systemets indretning og nuværende ressourcetilførsel ikke får diagnose og effektiv sygdomskontrol rettidigt, anerkender vi, at en væsentlig andel af patienterne - typisk med mild psoriasis - lever med god sygdomskontrol med præparater, som administreres og følges godt i almen praksis.

Psoriasis angriber hele kroppen med alvorlige konsekvenser

Psoriasis er en kompleks og kronisk såkaldt autoimmun sygdom, hvilket vil sige at immunsystemet angriber kroppens eget væv. For psoriasis kommer dette til udtryk ved overaktiv hudcelle-produktion med bl.a. smerter, kløen, sviende hudsår og/eller betændelsestilstande i store dele af huden, som giver smertefulde, væskende og blødende sår.⁷ Psoriasis kan også vise sig i hovedbunden og på neglene samt i leddene som psoriasisgigt.

Psoriasis sygdomme er en samlebetegnelse over en bekymrende kronisk lidelse i vækst.⁸ 2-3 % af befolkningen i Vesten er ramt,⁹ og på verdensbasis er Skandinavien særligt hårdt ramt med en prævalens i Norge på 11 %¹⁰ og i Danmark på 7,9 %.¹¹ Hver tiende dansker vil i løbet af livet opleve et eller flere udbrud af psoriasis, og 5 % af danskerne har haft et udbrud inden for det sidste år.¹² Ca. 150.000 danskere lever med psoriasis sygdomme.¹³ 250.000 danskere lever med såkaldt kompleks multisygdom.¹⁴

Ukontrolleret eller opblussen sygdom har store konsekvenser for livskvalitet, helbred og samlet sygelighed

Har man en autoimmun sygdom, findes der i dag kun symptomafhjælpende behandling. Ingen vacciner, kostregimer eller behandlingskure kan helbrede eller normalisere kroppens defekte immunreaktion varigt. Udsving i kost, vægt, motion og stress kan udløse et udbrud af udslæt, som kaldes 'opblussen sygdom'. En psoriasis sygdom kan også komme 'i bero' i flere år, hvor patienten opnår afglattet hud, næsten ikke har udslæt og således kan leve et almindeligt liv i, hvad man kalder 'effektiv medicinsk sygdomskontrol'. Denne patient er stadig kroniker, så selvom vedkommende kan være velfungerende og ingen kontakt have med sin hudlæge i en periode, har patienten brug for hurtigt at kunne få en tid hos sin hudlæge i det tilfælde, hvor sygdommen 'blusser op' og dermed ikke længere kan holdes nede med den behandling, som patienten har fået hidtil. Hudlægens opgave er her at sikre hurtigst mulig sygdomskontrol med en eller flere nye behandlinger.

Andre patienter kan leve størstedelen af deres liv med psoriasis i udbrud og aldrig opnå effektiv sygdomskontrol. De kan prøve et nyt præparat konstant og blive skuffet hver gang over manglende effekt. Denne patienttype vil typisk tilbringe meget tid hos sin hudlæge og være indlagt på hospitalet periodevist, når sygdomsudbruddet bliver voldsomt, og der er behov for akut og højtspecialiseret behandling – f.eks. på grund af en hjerte-kar-hændelse.

Det er veldokumenteret, at alle psoriasispatienter har en nedsat livslængde på gennemsnitligt 5 år: Patienter med svær psoriasis lever op til 10 år kortere end raske mennesker,¹⁵ blandt andet fordi de har en øget risiko for at dø af en hjerte-kar-sygdom, der er 61 gange højere end normalbefolkningen.¹⁶ Psoriasispatienter har desuden en forøget risiko på 2,8 gange for at dø af diabetes og en forøget risiko på 4,8 gange for at dø af en nyrelidelse – til forskel for mennesker uden psoriasis.¹⁷

Behandlingsmulighederne i dag

Psoriasis sygdomme behandles i dag med præparater, der kan inddeles i kategorierne: Topikal behandling (smørebehandling), strålebehandling, systemisk behandling, biologisk behandling og klimabehandling.

- **Topikal behandling:** er lokalbehandlinger typisk i form af cremer, der indeholder f.eks. steroid, tjære eller vitamin-D, som man smører direkte på udslæt. Topikale behandlinger dæmper immunreaktionen lokalt i huden 'udefra'. Topikale behandlinger er receptpligtige og må udskrives af alle læger.¹⁸
- **Lysbehandling:** er typisk målrettet UV-udsættelse i dokumenterede lysmængder og frekvens, som hudlægen ofte 'udskrives' som selvstændig behandling eller i kombination med medicin. Lyspåvirkningen fungerer ved at hæmme immunreaktionen.
- **Systemisk behandling:** er typisk piller eller injektioner indeholdende anti-inflammatoriske og immunmodulerende (-undertrykkende) stoffer. Systemisk behandling påvirker hele kroppen og må kun udskrives af hudlæger.
- **Biologisk behandling:** er antistoffer, der er designet til at binde specifikke signalstoffer i immunsystemet og dermed målrettet virke immunmodulerende på de dele af immunsystemet, der er involveret i udviklingen af psoriasis. Biologisk medicin må i dag kun udskrives og administreres i hospitalsregi, fordi præparaterne tilhører kategorien 'dyr sygehusmedicin.'¹⁹
- **Klimabehandling:** har været anvendt i mere end 50 år og består af en kombination af lys og saltvandsbade samt livsstilsintervention.

Patientrejsen er ikke tænkt som kronisk forløb

Patienten skal som det første erkende og reagere på det ubehag, der opstår i huden. Selvom psoriasis er en af de mere kendte hudsygdomme, er der stadig mange patienter, som først reagerer og søger læge efter meget lang tid med symptomer.

Patientens behandlingsrejse starter typisk hos den alment praktiserende læge, som vurderer første symptomer i huden. Praktiserende læger kan i de fleste tilfælde diagnosticere psoriasis og stå garant for ukomplicerede psoriasispatienter med mild eller moderat psoriasis, som responderer effektivt i behandling med topiske præparater. Men der er eksempler på, at selv milde psoriasistilfælde kræver specialtvurdering af en hudlæge og kan være komplekse at behandle selv i den helt tidlige fase.



Der er en stor gruppe af højrisiko-psoriasispatienter, som har kronisk psoriasis, der blusser voldsomt op gennem et helt liv. De bliver ikke opsporet og behandlet effektivt nok i dag, fordi de ikke følges i kroniske forløb. Det er helt uacceptabelt.

Sten Svensson

Landsformand, Psoriasisforeningen

Udfordringen i patientrejsen opstår typisk ved opblussen sygdom og når topiske behandlinger ikke (længere) giver effektiv sygdomskontrol for patienten. Ifølge de nationale kliniske retningslinjer skal en patient, som ikke opnår effektiv sygdomskontrol inden for 28 dage, tilbydes en ny behandling eller henvises til specialistvurdering hos en hudlæge.²⁰ Psoriasisforeningen får mange henvendelser fra patienter, som afprøver et receptpligtigt topikalt præparat i måneder til år, før de får et nyt eller bliver henvist til en hudlæge. Det ses som et udtryk for, at rammebetingelserne for de praktiserende læger ikke er på plads til supportere dem i at efterleve retningslinjernes anbefaling om, at en patient maksimalt må gå 28 dage uden effektiv sygdomskontrol.

Dyre følgesygdomme, uacceptabel ventetid og svingende opfølgingspraksis

Udfordring 1

Ikke-akutte psoriasispatienter venter i gennemsnit 17 uger på at få en tid hos en hudlæge. Det er mere end dobbelt så lang tid som udrednings- og behandlingsgarantierne tilsammen. Ventetiden forsinker diagnosticering og et for højrisiko-psoriasispatienter afgørende behov for hurtig sygdomskontrol med effektiv behandling.

Uacceptable ventetider

Har patienten fået en henvisning til en hudlæge, er det langt fra ensbetydende med, at vedkommende umiddelbart kan få en tid til konsultation. Ventetiden i Danmark til en hudlæge er i gennemsnit 17,3 uger, per januar 2021 (se figur 1). En højrisiko-psoriasispatient, som henvises diagnosticeret eller med symptomer på psoriasis fra en praktiserende læge, vil i begge tilfælde være uden effektiv sygdomskontrol og have behov for medicinsk revurdering med det samme. Disse patienter venter således, hvad der svarer til 121 dage på at komme til hudlæge og dermed på at blive opstartet i ny behandling med henblik på effektiv vurdering efterfølgende.

Den lange ventetid til hudlæge skyldes det enkle faktum, at der er for få hudlæger uden for Region Hovedstaden til at dække behandlingsbehovet i hele Danmark geografisk og kapacitetsmæssigt (se figur 1). De eksisterende hudlæger er under et samtidigt pres på grund af øget forekomst af andre kroniske hudsygdomme og konkrete behandlingskrav til eksempelvis rettidig hudkræft-vurdering.

Den samlede ventetid for højrisiko-psoriasispatienter findes derfor uacceptabel, da de helbredsmæssige konsekvenser er kendte og udviklingen af følgesygdomme kan blive accelereret i den moderat-svært ramte gruppe ved, at de går ubehandlet for længe med deres psoriasis eller er i ineffektiv behandling.

Tidlig sygdomskontrol af udbrud og opblussen sygdom er afgørende

En reduktion af perioder med opblussen sygdom vil i sig selv gøre

en afgørende forskel for psoriasispatienters samlede sygelighed, helbred og livskvalitet.²¹ Det er således afgørende at få et udbrud af psoriasis under behandlingsmæssig kontrol så hurtigt som overhovedet muligt. Denne ubehandlede periode kaldes også 'delay'. Studier viser, at jo længere tid man går med ubehandlet svær psoriasis, desto større er risikoen for at udvikle komplikationer og få f.eks. en følgesygdom i hjerte eller kar.²² Sætter man effektivt ind, kan risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdom endda reduceres, viser et studie vedrørende svær psoriasis.²³

Det er derfor afgørende, at højrisiko-psoriasispatienter med opblussen sygdom hurtigt og inden for maksimalt tre måneder (12 uger) kan komme til vurdering hos en hudlæge, uanset hvor i landet de bor.

Udfordring 2

Psoriasispatienters alvorlige følgesygdomme som gigt, hjerte-kar-sygdomme, diabetes og depression opspores alt for sent og koster unødigt ekstra sundhedsressourcer, livskvalitet og arbejdsevne for en stor og voksende kronikergruppe igennem et helt liv.

Forhøjet risiko for følgesygdomme som diabetes, hjerte-kar-sygdom eller depression

Moderat og svært ramte psoriasispatienter er i forhøjet risiko for at udvikle mindst én alvorlig følgesygdom på et tidspunkt i livet.²⁴ Psoriasispatienter har eksempelvis en 2-3 gange forøget risiko for at få en hjerte-kar-sygdom sammenlignet med raske mennesker.²⁵ 30 % af alle psoriasispatienter udvikler psoriasisgigt, som kan give uoprettelige ledeskader: to år efter en psoriasisgigt-diagnose vil 47 % af patienterne have påviste ledeskader.²⁶ Ifølge en rapport fra tidligere KORA føler 36 % af patienterne sig 'i lav grad' eller 'slet ikke' velbehandlet for deres psoriasisgigt.²⁷

Studier dokumenterer, at psoriasispatienter har en 2-3 gange større risiko for at udvikle en klinisk depression,^{28,29} 2,1 gange større risi-

Figur 1: Ventetid til hudlæge for alle hudsygdomme i speciallægepraksis.

Per januar 2021. Inkluderer ikke akutte forløb. Kilde: Sundhed.dk

Region	Befolkning	Antal hudlæger	Capita/hudlæge	Hudlæger ved capita 60.000	Ventetid Jan 2018	Ventetid Jan 2019	Ventetid Jan 2020	Ventetid Jan 2021
Nordjylland	590.000	8	73.750	10	23,2	17,1	14	17,3
Midtjylland	1.326.000	16	82.875	22	17,2	20,9	22,5	23,8
Syddanmark	1.223.000	17	71.941	20	14,4	18,1	17,2	18,4
Hovedstaden	1.846.000	38	48.579	31	7,4	7	7,7	9
Sjælland	837.000	14	59.786	14	14,8	14,3	15,9	18,1
Ventetid i antal uger i snit					15,4	15,5	15,5	17,3
Ventetid i antal dage i snit					107	108	108	121

ko for at udvikle angst og dobbelt så høj risiko for at få tanker om selvmord set i forhold til raske mennesker.³⁰ Et europæisk studie dokumenterer herudover, at hudlæger har en tendens til at undervurdere tegn på angst og depression i konsultationer med deres psoriasispatienter.³¹

I det hele taget er psoriasispatienters livskvalitet markant lavere end raske menneskers og på niveau med alvorligt syge hjerte-kar- og kræftpatienters.³²

Ifølge KORA oplever 36 % af patienterne³³ sig 'i lav grad' eller 'slet ikke' velbehandlet for depression som følgesygdom. 29 % føler sig 'i lav grad' eller 'slet ikke' velbehandlet for deres følgesygdom diabetes og endeligt føler 46 % sig 'i lav grad' eller 'slet ikke' velbehandlet for deres angst.³⁴ 10 % af de adspurgte har haft tanker om selvmord i 'nogen', 'høj' eller 'meget høj' grad.³⁵

Disse selvrapporterede data bakkes op i eksempelvis en større, videnskabelig undersøgelse, der indikerer en kritisk underbehandling i diagnosticeringen og behandlingen af hjerte-kar-sygdomme blandt psoriasispatienter,³⁶ som burde være opdaget – idet det er alment kendt, at psoriasispatienter kan udvikle og udvise klare symptomer tidligt.

Multisyge kroniske patienter koster samfundet dyrt

Behandling af psoriasispatienter og moderat-svært ramte patienters følgesygdomme udgør en væsentlig omkostning for det danske sundhedsvæsen. Og det er endnu dyrere at undlade at behandle - ikke mindst rettidigt. Ikke desto mindre findes der få konkrete beregninger og ingen nyere danske tal. Men i et studie fra 2014 estimeres de årlige psoriasisrelaterede udgifter per patient til at være DKK 90.000 i Sverige (€11,928).³⁷

Et andet studie vurderer, at en psoriasispatient med følgesygdommen diabetes koster samfundet 1,5 gange mere end en patient, der kun har psoriasis.³⁸ Har psoriasispatienten en hjerte-kar følgesygdom, er sundhedsgiften tre gange højere end ved psoriasisbehandling alene.³⁹

Der findes også studier, der dokumenterer et besparelspotentiale. For eksempel vil patienter, som kommer i behandling med et biologisk lægemiddel tidligere i deres behandlingsforløb, have en halveret kontaktfrekvens med sundhedsvæsenet.⁴⁰ Tidlig diagnose og sygdomskontrol med effektiv behandling med endda kostbar biologisk medicin kan således være en god 'investering' i en behandlingsmæssig samfundsbesparelse for en højrisiko-psoriasispatient, der har udsigt til behandling af 1-5 følgesygdomme over et helt liv.

Alt for mange moderat og svært ramte psoriasispatienter opnår ikke rettidig effektiv sygdomskontrol. Manglende kroniske forløb betyder, at vi ser ny-diagnosticerede gå i måneder og år uden rettidig opfølgning på deres behandlingseffekt og medfølgende medicinjustering. Vi ser højrisiko-patienter blive 'afsluttet' i behandlingssystemet ved umiddelbar sygdomskontrol, som skal starte forfra i en ventetids-kø ved genopblusset sygdom.

Højrisiko-psoriasispatienten bør ikke kunne 'afsluttes'

Patientrejsen for en højrisiko-psoriasispatient stopper desværre ikke ved første effektive behandlingsrespons. Patienten vil nemlig have behov for planlagte kontroller med regelmæssige intervaller, hvor behandlingseffekten efter medgået tid vurderes – også selvom sygdommen kan være i 'bero' i perioder. I den fase hvor højrisiko-patienten opnår sygdomskontrol, er det derfor afgørende, at han eller hun ikke raskmeldes og 'afsluttes' og dermed ophører sin kontakt med sundhedsvæsenet. Ikke desto mindre er det desværre en almindelig praksis, at patienterne bliver afsluttet og skal starte forfra i behandlingsskøen ved opblussen sygdom eller svigtende behandlingsrespons. Det kan fungere fint for en stor del af de patienter med mild psoriasis, der behandles i almen praksis.



Det giver ikke mening at afslutte en psoriasispatient i behandlingssystemet, for de er kronikere. Men det gør man, og så skal man starte forfra i en kø på 17 uger, når psoriasis blusser op igen. Det er en uhørt svingdørsmentalitet, som ikke gælder andre kronikere som diabetikere, eksempelvis.

Sten Svensson

Landsformand, Psoriasisforeningen

Men det er i den løbende rettidige opfølgingspraksis, at forsat sygdomskontrol sikres og effektiv behandlingsrespons bliver genbekræftet i højrisikogruppen, ligesom symptomer på følgesygdom kan blive italesat, identificeret og reageret på konkret - i form af lægens viderehenvielse til specialist i f.eks. hjerte-kar-sygdom, diabetes eller psykologi.

Sen opsporing af ellers kendte følgesygdomme

Desværre kan det dokumenteres, at alvorlige følgesygdomme som hjerte-kar-sygdomme diagnosticeres og behandles for sent blandt psoriasispatienter i dag og Danmark er ingen undtagelse.⁴¹

Den nuværende situation skyldes, at vi i Danmark ikke er indrettet til at håndtere multisyge kronikere rent organisatorisk som sundhedsvæsenet. Når det handler om kroniske psoriasispatienter, hvor vi fagligt ved, præcis hvilke kendte følgesygdomme vi som sundhedsvæsenet skal holde særligt øje med om den moderat til svært ramte patient udvikler, er det ekstra problematisk, at vi ikke har faste forløbsprogrammer på plads. Forløbsprogrammer, der dels skal sikre diagnosticering og sygdomskontrol med effektiv behandling af hovedsygdommen, dels skal sikre rettidig opsporing og håndtering af følgesygdomme.

Der er brug for, at vi får formuleret disse klare forløbsprogrammer, som skal gælde nationalt og således blive retningsangivende for, at praktiserende læger, hudlæger og hospitalsansatte hudlæger har nogle helt konkrete krav at leve op til, som understøtter dem i at gennemføre rettidige kontroller og opfølgning ensartet landet over.

Der eksisterer allerede en klar anbefaling om at gennemføre årlige opsporingssamtaler med psoriasispatienter for hjerte-kar-symptomer og psoriasisgigt i de Nationale Kliniske Retningslinjer,⁴² men da denne anbefaling ikke er et krav, er det ikke en generelt udbredt praksis, da det kræver resurser.

Vejen frem er ikke nødvendigvis at indføre konkrete screeningsprogrammer for alle psoriasispatienter for alle kendte følgesygdomme. Men vi mener, at der skal beskrives og organiseres en forløbspraksis, der sikrer højrisiko-psoriasispatienter patienterne livslang opfølgning, som sikrer dem både sygdomskontrol med effektiv behandling af hudsygdommen og reaktion på tidlige tegn på følgesygdomme.

Udfordring 4

Manglende organisering af dansk psoriasisbehandling går ud over patienterne. Hudlæger i speciallægepraksis er for få, de må ikke udskrive effektiv biologisk behandling eller henvise til psykolog og socialrådgiver, og de kompenseres ikke for at indgå i tværfaglige teams, der kunne understøtte dem i at løfte opsporingsopgaven af alvorlige følgesygdomme i højere grad, end tilfældet er i dag. Hospitalerne behandler alt for mange ambulante, som ikke er indlæggelseskrævende.

Psoriasisbehandling mangler organisering

Dansk psoriasisbehandling er ikke i dag organiseret efter at sikre højrisiko-psoriasispatienten lige geografisk adgang til hurtig diagnose, effektiv sygdomskontrol, livslang opfølgning, behandlingsjuste-

ring og tidlig opsporing og behandling af følgesygdomme.

Vi står med en ikke optimal fordeling af opgaverne mellem hospitalsafdelingerne, hudlægespecialisterne og praktiserende læger, idet der er for få hudlægespecialister til at dække det demografiske behov og for mange patienter, der går i ambulante opfølgning i hospitalsregi – en del af dem alene fordi det kun er hospitals-hudlæger, der må udskrive og administrere biologisk behandling. Hudlæger må ikke, som det er i dag, henvise til psykolog eller socialrådgiver. Hertil kommer, at der ikke eksisterer et formaliseret samarbejde på tværs af specialer i primærsektoren omkring opsporing og behandling af psoriasispatientens følgesygdomme. Tiden til faglig sparring honoreres ej heller overenskomstæssigt, som det er i dag, hvilket er nødvendigt for at sikre at de forskellige specialister afsætter den påkrævede tid uden for konsultationstiden til at håndtere psoriasispatienters komplekse behandlingsbehov.

Fire udfordringer for dansk psoriasisbehandling



Ikke-akutte psoriasispatienter venter i gennemsnit 17 uger på at få en tid hos en hudlæge



Alt for mange moderat og svært ramte psoriasispatienter opnår ikke rettidig effektiv sygdomskontrol



Psoriasispatienters alvorlige følgesygdomme som gigt, hjerte-kar-sygdomme, diabetes og depression opspores alt for sent og koster unødigt



Manglende organisering af dansk psoriasisbehandling går ud over patienterne

Fire tiltag, der skal løfte dansk psoriasisbehandling

1

En National Psoriasishandlingsplan med konkrete forløbsprogrammer.

Den vil sikre højrisiko-psoriasispatienter tilbud om et individuelt forløb med det formål at sikre tidligere sygdomskontrol, sygdomsmestring og en klar plan for årlig screening for følgesygdomme. PRO-data skal effektivt implementeres som retningsangiver for sygdomskontrollen. Behandlingsafprøvning skal gøres mere fleksibel og tillade højere grad af individuelle valg og samtidig give hudlæger i speciallægepraksis mulighed for at udskrive biologisk behandling.

Et første skridt på vejen vil være en centralpolitisk finanslovssikret bevilling af midler til nedsættelse af det udvalg, der skal udvikle en National Psoriasishandlingsplan og regne på prisen for dens eksekvering. Psoriasisforeningen står til rådighed som deltager i dette udvalg i regi af Sundhedsstyrelsen.

Ny sygdomsklassifikation og patientrapporterede data kan sikre hurtigere behandlingseffekt

Psoriasis klassificeres traditionelt i tre sværhedsgrader, alt efter hvor stor en procentdel af huden der er sygdomsramt: mild (under 2 %), moderat (2-10 %) og svær (over 10 %).⁴³ 70 % procent af patienterne rammes i mild grad, 20 % i moderat grad og for 10 % udvikler sygdommen sig i svær grad.⁴⁴ Men denne klassifikation er udfordret ved, at den hverken tager højde for, hvor på kroppen

psoriasis rammer, eller hvilken type psoriasis og symptomer der er tale om. Når disse faktorer ikke medtages i patientvurdering forud for behandlingsvalg, vil det medføre for stor risiko for en fejlvurdering af patienten og medfølgende behandlingsvalg, der ikke sikrer effektiv sygdomskontrol.

En hurtigere vej til effektiv sygdomskontrol af danske psoriasispatienter vil blandt andet kunne sikres gennem en introduktion af en globalt anerkendt klassificeringspraksis,⁴⁵ der går på at vurdere patienten mere individuelt ud fra, om de vil opnå bedst behandlingseffekt med enten topikal eller systemisk behandling.⁴⁶ Ifølge denne såkaldte IPC Konsensus Udmelding bør psoriasispatienter tilbydes systemisk behandling direkte, hvis deres udbrud dækker over 10 % af huden, hvis udslættet forefindes på særlige områder

på kroppen eller hvis patienten tidligere har haft fejlslået effekt af topikal behandling.⁴⁷

En PRO-tilgang til effektiv sygdomskontrol – hele livet

Patientrapporterede effektmål (PRO-data) er ligeledes et nyere værktøj, som der ses et stort potentiale i at udrulle nationalt og implementere konkret i hudlægenes opfølgingsarbejde med den kroniske psoriasispatient.⁴⁸ PRO-data kan sikre, at hudlægen har et systematisk feedback set-up, med faste tidsintervaller og validerede spørgeskemaer til højrisiko-patienten, der kan opfange kritiske tidspunkter i patientens behandlingsforløb, som ikke fungerer optimalt i dag. Disse kan være f.eks. identificering af tidlige tegn på følgesygdomme, livskvalitetsforværringer og vigende behandlingsrespons eller utilsigtede bivirkninger. Alle indikationer der bør udløse en kontrolltid - nogle med akut-status - og konkrete behandlingssteps herunder bl.a. henvisning til psykolog ved tegn på følgesygdommen depression, screening for hjerte-kar-sygdom eller diabetes eller et konkret behandlingsskift ved konstateret vigende effekt af psoriasisbehandling.

Det er en klar anbefaling, at PRO tages i brug aktivt og konsekvent blandt alle hudlæger, idet vi som sundhedsvæsen samlet set vil kunne spare tid og ressourcer ved hjælp af PRO og hurtigere vil kunne sikre effektiv sygdomskontrol hos patienten, end tilfældet er i dag.

Individuel behandlingsafprøvning skal have større fokus

Uanset livsstil og medicinsk evidens er det svært at blive velbehandlet som psoriasispatient og næsten umuligt at få varig kontrol med sygdommen med det samme præparat. Patientens præparatrespons er individuel og kræver afprøvning, responsdialog under grundige opfølgningssamtaler mellem patient og hudlægen, rettidigt behandlingsskifte og ny opfølgingsproces. Det kan berettiget være langstrakte forløb, som det alligevel er vigtigt at komprimere – særligt således at ventetid til hudlægen ikke forlænger perioden uden effektiv sygdomskontrol unødigt.

De nationale kliniske retningslinjer for behandling af psoriasis⁴⁹ angiver en praksis for behandlingsudskrivning, hvor patienter skal tilbydes først lokalbehandling, dernæst lysbehandling, så systemisk behandling og først til sidst biologisk behandling.

I Psoriasisforeningen modtages i tiltagende grad henvendelser fra patienter, for hvem denne proces har store konsekvenser. De bruger ofte måneder og år på at konstatere fejlslået effekt af behandling efter behandling, før de endelig opnår effektiv sygdomskontrol med et biologisk lægemiddel. Det er problematisk, fordi der i dag

findes god dokumentation for, at f.eks. svært ramte psoriasispatienter, som kommer i behandling med et biologisk lægemiddel tidligere i deres behandlingsforløb, vil have en halveret kontaktfrekvens med sundhedsvæsenet.⁵⁰ Herudover er biologiske behandlinger generelt set kendt for at give en god og effektiv sygdomskontrol.

Det anbefales derfor, at sundhedsvæsenet åbner for en behandlingsudskrivning, der i langt højere grad kan tilpasses den enkelte patients sygdomsmanifestation og indikatorer på, hvilke typer af behandlinger patienten må forventes at respondere bedst på. Vi skal bort fra en målsætning om at komme igennem en rækkefølge af præparater/behandlinger og skærpe fokus på at opnå hurtigst mulig sygdomskontrol for den enkelte. Det vil kræve myndighedsaccept af, at hudlæger ikke længere skal følge retningslinjernes trappemodell slavisk. Og det vil kræve, at hudlæger i speciallægepraksis får lov til at udskrive og administrere biologisk behandling. Denne mulighed for en mere individuel behandlingstilgang er ikke afspejlet i de Nationale Kliniske Retningslinjer for psoriasis, som det er i dag.



Måneder og år.

Det er tiden psoriasispatienter bruger i behandling med medicin og cremer, der ikke virker.

Man kan halvere kontaktfrekvens med sundhedssystemet ved at sikre, at patienten tidligere får sygdomskontrol med effektiv behandling.

Lad hudlæger udskrive biologisk behandling

I mange tilfælde af moderat eller svær psoriasis vil en hudlæge kunne etablere effektiv sygdomskontrol med et systemisk præparat, men i en række tilfælde vil der være behov for afprøvning af biologisk medicin. Hudlægen i speciallægepraksis må, som praksis er i dag, *ikke* udskrive biologisk medicin, fordi der er tale om 'dyr sygehusmedicin'. Hudlægen skal derfor henvise patienten til en hospitalsafdeling for igangsættelse med et biologisk præparat. Ventetiden til ambulans hudlægekonsultation i hospitalsregi er ca. seks uger,⁵¹ og det er den gennemsnitlige tid, som patienten således yderligere skal vente, før vedkommende kan komme i gang med et biologisk præparat.

Det findes kritisabelt, at psoriasispatienter, som har ventet i måneds- og årevis på at få deres sygdom under effektiv medicinsk kontrol, skal vente i yderligere seks uger på adgang til biologisk behandling, alene fordi deres praktiserende hudlæge ikke beføjelsesmæssigt må udskrive denne behandlingstype. En ophævelse af denne regel er derfor ønskelig og bør understøttes med tilbud om kursusforløb, der sikrer, at læger får en løbende opdatering omkring nyeste præparater og evidensdata på tværs af topiske, systemiske og biologiske psoriasisbehandlinger, jævnfør WHO's anbefalinger.⁵² Indførelse af en certificering af hudlæger, der kan stå for udskrivning og administration af biologisk medicin, er en del af løsningen, som vil reducere ventetiden for patienterne uden at frigive udskrivningen helt og holdent.



Patientuddannelses-programmer er en god investering, fordi at meste sin sygdom og vide, hvad man kan gøre livstilsæmsigt for at reducere udbrud, giver flere patienter bedre liv med færre lægekontakter.

Sten Svensson

Landsformand, Psoriasisforeningen

Stor værdi at uddanne udsatte patienter til sygdomsmestring

Det er velkendt, at enlige og ressourcetsvage højrisiko-psoriasispatienter ofte rammes af hårdere sygdomsforløb og flere følgesygdomme end socioøkonomisk stærke patienter. En af årsagerne er graden af patientens 'sygdomsmestring'. Sygdomsmestring angår patientens evne til at tage ansvar for eget helbred, især for så vidt angår vigtige livsstilsændringer. Effektiv psoriasisbehandling - uanset præparat - kræver nemlig, at patienterne har eller kan tilegne sig varige, sunde livsstilsvaner, idet inaktivitet, stress, usund kost, overvægt, et højt tobaks- eller alkoholforbrug kan forværre psoriasis sygdomme. Psoriasispatienter kan i høj grad tilegne sig den nødvendige viden og værktøjer gennem patientuddannelsesprogrammer,⁵³ og dermed bidrage aktivt til at psoriasis holdes i ro.

Det er vores anbefaling, at et konkret patientuddannelsesprogram bliver et standardtilbud til alle ny-diagnosticerede højrisiko-patienter i regi af universitetshospitalernes hudafdelinger, eksempelvis i form af forskellige moduler der sikrer den enkelte patient viden og værktøjer, der passer til vedkommendes situation. Særligt udsatte patienter med svær psoriasis skal have tilbud om et systematiseret uddannelsesforløb indeholdende grundlæggende indføring i sygdommen og følgesygdomme, psykologisk rådgivning, kostvejledning mv.⁵⁴

Klimabehandling – skal fortsat være et tilbud til patienter

Herudover har klimabehandling med lys og saltvandsbade i form af 28 dages behandlingsophold vist en dokumenteret sygdomsreduktion.⁵⁵ Behandlingsophold indeholder typisk også et livsstilsinterventionsprogram.

Det er vores anbefaling, at Danske Regioner indgår ensartede og landsdækkende aftaler med udbydere af klimabehandlinger for derigennem at udligne den ulighed i adgang til behandlingsformen, som eksisterer. P.t. er de aftaler, der er indgået, forskellige og giver ikke danske psoriasispatienter lige adgang til klimabehandling.

2

To nye patientrettigheder: Maks. 12 ugers ventetid til hudlæge og ret til samtale mindst 1 gang årligt om følgesygdomme med hudlægen.

Det vil give sundhedsvæsenet to afgørende pejlemærker at rette psoriasisbehandling ind efter for så vidt angår højrisiko-psoriasispatienten. I overbelastede geografiske områder vil det kræve ekstra ydernumre til flere hudlæger i speciallægepraksis. Andre steder vil udvidelse af praktiserende lægers mulighed for brug af akuthenvisning kunne forkorte ventetid.

Flere ydernumre

Denne samlede ventetid på 17,3 uger, mener vi, er et udtryk for, at der er for stort pres på hudlægerne, og at de er for få. Vi anbefaler derfor to konkrete tiltag, som skal indgå i en national handlingsplan for psoriasis. Der skal øremærkes ressourcer nationalt til oprettelse af flere ydernumre i de regioner, hvor ventetiden til praktiserende hudlæge er højest, hvis ikke konkrete ventetider til hudlægekonsultation via henvisning kan forkortes ved bedre udnyttelse af akuttider og praktiserende lægers øgede fokus på at henvise akut.

Praktiserende læger burde også specifikt kompenseres for i højere grad at udnytte de eksisterende muligheder, de har for sparring med hudlæger telefonisk eller via tele-dermatologiske løsninger, således at de i konkrete konsultations-situationer kan reagere på en tvivl og hurtigt afklare patientens videre forløb.

Ret til speciallægetid efter 12 uger uden behandlingseffekt

Det anbefales herudover at indføre en ny patientrettighed på maksimalt 12 ugers ventetid til hudlægekonsultation i de tilfælde, hvor højrisiko-psoriasispatienten ikke har effekt af første behandlingsvalg - uanset sværhedsgrad. Denne nye praksis vil sikre, at de højrisiko-patienter, der ikke opnår umiddelbar behandlingseffekt med topikal behandling, hurtigere vil komme til speciallægevurdering og

dermed hurtigere opnå sygdomskontrol med systemisk behandling, end det ses i dag.

Ny patientrettighed: årlig samtale om følgesygdom

Det anbefales, at højrisiko-psoriasispatienter får yderligere en rettighed – retten til en årlig samtale om følgesygdomme med deres hudlæge. Rettigheden skal sikre, at alvorlige følgesygdomme bliver opsporet så tidligt som muligt, og rettighedstilgangen vil skærpe både patienters og sundhedsfagliges fokus, rent organisatorisk. Den årlige samtale fordyrer ikke samlet set dansk psoriasisbehandling, men skal indarbejdes i kravspecifikationer og aftaler mellem FAPS og regionerne. Herudover skal der et dokumentationssystem på plads, som sikrer, at Sundhedsstyrelsen kan følge med i, at alle med moderat til svær psoriasis har været i årlig kontakt med deres læge om følgesygdom – uanset helbredstilstand.

Maks. 12 ugers ventetid til hudlæge og ret til samtale mindst 1 gang årligt om følgesygdomme med hudlægen



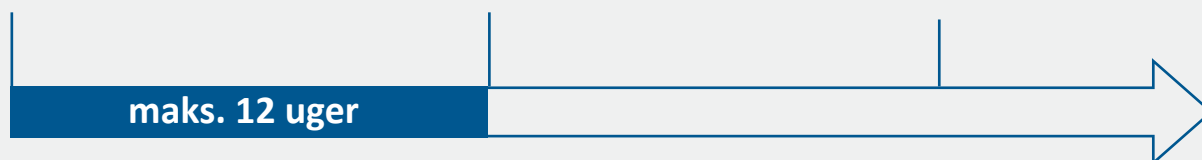
Første kontakt til egen læge



Tid hos hudlæge



Ret til samtale mindst 1 gang årligt om følgesygdomme med hudlægen



3

Køreplan for 'Det Nære Sundhedsvæsens' tværfaglige samarbejde om følgesygdom.

En klar ny praksis skal på plads for, hvordan lokale samarbejder mellem praktiserende hudlæger, praktiserende læger og specialister i følgesygdomme kan fungere bedre f.eks. i regi af nye lokale sundhedsklynger. Det vil kunne flytte den ikke-indlæggelseskrævende højrisiko-psoriasispatient ud af hospitalsregi og ind i et effektivt opfølgingsforløb for kronikere i samarbejde med et lokalt specialistteam. Hudlægen i speciallægepraksis skal have mulighed for at henvise videre til psykolog og socialrådgiver.

Plan for lokale specialesamarbejder – i Det Nære Sundhedsvæsen

For at bestyrke den praktiserende hudlæges vigtige rolle i at opspore højrisiko-psoriasispatienters følgesygdomme fremover, anbefales at indføre en lokalorganisatorisk løsning, der etablerer et langt stærkere tværfagligt samarbejde omkring følgesygdomme blandt praktiserende speciallæger.

Regeringen ønsker i sit sundhedsreformarbejde at tildele Det Nære Sundhedsvæsen flere sundhedsopgaver tættere på borgeren.⁵⁹ I den optik vil lokale tværfaglige sparringsteams f.eks. organiseret i og omkring kommunale sundhedshuse eller regionale sundhedsklynger kunne kickstarte en tværfaglig tilgang til opsporingsarbejdet, hvor praktiserende speciallæger har månedlige fælles sparringsmøder og afholder fælles årskonsultationer med højrisiko-psoriasispatienter for at tale om følgesygdomme og/eller drøfte konkrete symptomer.

Indfører man en klar lokal organisering af håndteringen af højrisiko-psoriasispatienten (med eller uden følgesygdomme), vil hudlægen på sigt håndtere patienten som potentiel multisyg kroniker,

snarere end som ren hudpatient. En række patienter, som i dag går i ambulante forløb på hospitalernes hudafdelinger, vil således også kunne flyttes hurtigere ud til lægefaglig opfølgning og kontrol i et bedre organiseret lokalt forankret kronikerforløb i 'Det Nære Sundhedsvæsen'.

Hospitalsbehandling skal forbeholdes indlægningskrævende og komplicerede patienter

Danske psoriasispatienter, som er akut helbredsmæssigt truet eller ramt i svær grad af psoriasisudbrud alene eller en kombination med alvorlig systemisk reaktion i blodkar, led eller anden følgesygdom, skal for fremtiden fortsat indlægges og behandles af højt specialiseret lægefagligt personale, på samme måde som det er tilfældet i dag. Men også i hospitalsregi er der behov for at optimere behandlingen og håndtere komplicerede patienter med autoimmune sygdomme som den kroniske psoriasispatient.

4

Permanent etablering af Nationalt Center for Autoimmune Sygdomme (NCAS) i Øst- og Vestdanmark.

Det vil sikre geografisk lighed i adgang til behandling for patienter med akutte, komplekse eller indlæggelseskrævende forløb. En budgetmæssig prioritering, der fortsætter det nyetablerede NCAS i Vestdanmark og etablerer dets "søsterafdeling" i Østdanmark, vil samtidig fremme en udrulning af nyudviklede evidensbaserede værktøjer, der som nationalt sundhedsvæsen vil gøre os i stand til fremover at udvikle og eksekvere de nyeste og mest omkostningseffektive sundhedsydelser til psoriasispatienter med følgesygdomme igennem et helt liv.

Et permanent Nationalt Center for Autoimmune Sygdomme i Øst- og Vestdanmark

På politisk foranledning udmøntede Sundhedsministeriet i 2018 etableringen af NCAS på Århus Universitetshospital, for at give patienter mulighed for et tværfagligt behandlingstilbud. Personalet er under professor Lars Iversens ledelse i fuld gang med at udvikle fremtidens evidensbaserede værktøjer for håndtering af den multisyge patient med en autoimmun sygdom.⁶⁰

NCAS er ikke desto mindre ét tilbud på ét hospital, som kun er finanslovsfinansieret i en tidsbegrænset periode frem til oktober 2022 og som pga. kapaciteten kun kommer patienter bosiddende i Region Midtjylland til gavn.

Det er vigtigt, at den nye viden og de værktøjer, som NCAS udvikler i den igangværende bevillingsperiode, kommer resten af landets patienter til gavn fremadrettet. Det anbefales, at NCAS ikke alene gøres permanent, men at man som det første konkret finansierer en udrulningsplan for videreførelse af erfaringerne og udbredelse af nyudviklede evidensbaserede værktøjer til brug for resten

af alle landets hudafdelinger. Herudover er det anbefalingen at etablere et NCAS "søstercenter" i Østdanmark, således at alvorligt syge psoriasispatienter og andre med autoimmune lidelser, som bor i denne del af landet, tilbydes den samme højt-specialiserede tværfaglige ekspertise. Det vil rette op på den geografiske ulighed, der eksisterer lige nu for så vidt angår tilbud til de komplicerede og indlægningskrævende patienter med en autoimmun sygdom som psoriasis med samtidige følgesygdomme.

Som en del af en permanent finansieringsplan for NCAS skal uddannelse i sygdomsmestring og samarbejdet med Psoriasisforeningen om udvikling af konkrete tilbud om uddannelsesmoduler udbygges til gavn for alle psoriasispatienter.

Forebyggelse af udgifter til kronikere med følgesygdomme

Besparelsespotentialer ved at investere i at give højrisiko-psoriasis-patienter med ny diagnose eller sygdomsudbrud effektiv sygdomskontrol er til at føle på, men skal naturligvis beregnes konkret i forbindelse med udviklingen af en National Psoriasisbehandlingsplan. Potentialerne er:

- Mærkbar reduktion i udviklingen af følgesygdomme i patientgruppen og reduktion i antal kontakter til sundhedsvæsenet for den enkelte kroniker gennem et helt liv.
- Reduktion af langtidssygefravær fra arbejde reducerer risikoen for, at patientgruppen ryger ud af arbejdsmarkedet og på permanent overførselsindkomst.

Det er naturligvis et opmærksomhedspunkt, at de samlede sundhedsudgifter til biologisk medicin kan stige. Dette fordi det må forventes, at flere hudlæger i speciallægepraksis vil tage biologisk medicin i brug til patienter direkte, hvis de får mulighed for det jævnfør anbefalingen i denne hvidbog.

Denne merudgift mener vi dog stadig skal ses som en investering i at få psoriasispatienter velbehandlet med minimal kontakt til sundhedsvæsenet. Udgiften kan holdes nede ved, at man fra de rette myndigheders side sikrer, at den pris på biologisk medicin, der er forhandlet på plads for hospitalsudskrivinger i regionsregi, også kommer til at gælde ved udskriving i speciallægepraksis. Endelig vil en certificering af de hudlæger, som ønsker at udskrive og administrere biologisk medicin, også holde udgiftsniveauet i skak.

”

Investering i at forbedre kronikerforløbene og udskrive biologisk behandling til flere med behovet vil give bedre livskvalitet for flere psoriasispatienter og reducere deres kontakt til sundhedsvæsenet over et helt liv. Det er jeg ikke i tvivl om. Lad os nu få regnet på det og reduceret de store udgifter, vi har i dag til uoptimal behandling.

Sten Svensson

Landsformand, Psoriasisforeningen

Sørens 10 år uden sygdomskontrol

Sørens svære psoriasis

Søren Valdorff Rasmussen arbejder i forsvaret, da han som 26-årig under en øvelse i en bunker opdager en blære på sin albue. Det er først, da huden bliver rød, og rødmen breder sig, klør og begynder at genere, at han tænker over, hvad det mon kan skyldes. Men Søren går først til lægen efter noget tid, da han flytter til Grønland med sit job. Militærlægen fejlagnosticerer ham, og først senere på året får han diagnosen 'pustuløs psoriasis' og den samtidige besked, at der ingen behandling er at få på Grønland.

På det tidspunkt er Sørens hud så betændt, at den sprækker, bløder og gennemvæder tøj og sengetøj hver nat. Et halvt år efter blæren i bunkeren er Søren tilbage i Silkeborg. Han får en ventetid til hudlæge og sin første smørebehandling, efter en hudlægevurdering – han skal starte nederst i behandlingsregimet, selvom hans psoriasis er voldsom og fylder 40 % af huden. Han prøver en række præparater uden effekt over en periode på tre år. Søren lever med en voldsom væskende psoriasis i tre år uden effektiv sygdomskontrol. Hans psoriasis er nu spredt til hovedet, og da hudlægen siger, at Søren ikke er særlig god til at følge behandlingen, dropper Søren hudlægen i Silkeborg og sin behandling ved samme lejlighed. Søren synes ikke, det er hans egen skyld, og hudlægen reagerer slet ikke på, at Søren helt dropper ud af behandlingsafprøvningen.

Første følgesygdom: Depression

Søren tager til USA som led i sit job. I Florida virker solen og havet lidt på sygdommen, men savnet af familie, hårdt arbejde og en masse junk food betyder, at Sørens psoriasis blusser voldsomt op. Han tager på i vægt og udvikler en depression samtidig med, at vægten siger 120 kg. En amerikansk læge forbarmer sig over ham og giver ham gratis binyrebark-vareprøver, som virker sporadisk, men sygdommen er på intet tidspunkt under kontrol i USA. Efter hjemkomst og genforening med familie følger et nyt udlandsophold i Spanien. Solen og klimaet har igen en positiv effekt på Sørens hud. Men en spirende mistrivsel for familien i Spanien, bekymring og hjemrejse til Danmark igen betyder, at Sørens psoriasis blusser op på ny. Nu fylder de betændte udslæt 60 % af hans krop og ansigt og er nu også ledsaget af en svær grad af depression.

”

På det tidspunkt ser jeg foran mig, at jeg først vil komme i behandling et år efter. Jeg går i seng med en kæmpe afmagt og depression og tanken om, at dette her bliver aldrig godt. Det er sådan her, jeg skal have det resten af mit liv.

Søren Rasmussen

Svær og akut: Søren skal vente 19 uger på hudlægetid

Grundet sit udlandsophold må Søren starte forfra i sundhedssystemet og først gennem egen læge med sine symptomer. Med henvisningen får han at vide, at der er 19 ugers ventetid til hudlæge. ”På det tidspunkt ser jeg foran mig, at jeg først vil komme i behandling et år efter. Jeg går i seng med en kæmpe afmagt og depression og tanken om, at dette her bliver aldrig godt. Det er sådan her, jeg skal have det resten af mit liv.” Søren dropper igen helt ud af lægekontakt og sundhedssystem med endnu en udiagnosticeret depression: ”I den periode er jeg en super-dårlig kæreste og far. Jeg står op, går på arbejde, kommer hjem og går i seng.”

På intet tidspunkt har en læge spurgt Søren, hvordan han har det, eller fortalt om sammenhængen mellem psoriasis og følgesygdomme.

I biologisk behandling til sidst

Sørens kæreste insisterer nu på, at Søren skal ringe til Psoriasisforeningen. Han gør det modvilligt og bliver sat i forbindelse med en hudlæge, der får Søren med i et klinisk studie, hvor et biologisk præparat skal afprøves. Søren husker, hvordan han efter en uges behandling pludselig kan mærke, at han ikke længere bløder. Kort efter forsvinder skællene, og han har kun lidt rødme, fortykket



hud tilbage. Så forsvinder psoriasis helt: Søren's psoriasis er for første gang i over 10 år kommet under effektiv kontrol. Efter 10 år med fejlslåede behandlinger oplever Søren nu, hvad det vil sige at have effekt af sin medicin.

I dag har Søren tre depressioner bag sig og dertil en psoriasisgigt diagnose. Den biologiske behandling har virket i fem år, men er begyndt at aftage. Om sit forløb siger Søren: "Som det er i dag, skal du igennem alle de her cremer, du skal have methotrexat, før du kan få biologisk behandling. Det kan godt gøre mig rasende at tænke på, at jeg skulle trækkes igennem alle de cremer, når den biologiske behandling ville have virket med det samme på mig. Det havde også gjort en kæmpe forskel, hvis en af de mange behandlere havde sagt 'Du har det tydeligvis dårligt, du skal også lige tale med en psykolog.'"

Søren's psoriasis historie eksemplificerer en række af de forhold, som denne hvidbog ønsker at gøre op med:

- Søren oplever på kritiske tidspunkter i sin sygdom, hvor psoriasis

er i voldsomt udbrud, at skulle vente på at komme til hudlægen – uden at få den nødvendige akut-henvisning.

- Søren dropper ud af sine behandlingsforløb flere gange på grund af følgesygdommen depression, dog uden at der lægefagligt bliver taget hånd om diagnosticering og behandling af den klare følgesygdom. Søren hører ej heller om risici for depression, psoriasisgigt eller andre følgesygdomme.
- Opfølgningen på Søren's behandlingsrespons har været mangelfuld i årevis. Søren bliver hængende alt for længe i smørebehandling uden effekt og uden at prøve et nyt præparat. En individuel tilgang til Søren's sygdom havde muligvis kunnet sikre ham en akut-opstart i biologisk behandling og dermed sygdomskontrol tidligere end 10 år efter sygdomsdebut.

Der er ingen tvivl om, at havde Søren oplevet grundig opfølgning på behandlingseffekt, kunne Søren være sikret en meget bedre livskvalitet årevis før, han reelt endte med at få sin sygdom i bero med biologisk behandling.

Om Psoriasisforeningen

Psoriasisforeningen er en patientforening, som arbejder for at udbrede kendskabet til psoriasis og psoriasisigt samt at støtte og forbedre vilkårene for de mere end 200.000 danske psoriasispatienter og deres pårørende. Psoriasisforeningens vision er ”et liv uden psoriasis.”

Psoriasisforeningen har taget initiativ til udviklingen af denne hvidbog som led i markeringen af foreningens 50 års jubilæum i 2021, og med denne ansporer foreningen til at fremtids sikre forholdene for danske psoriasispatienter, således at deres behandlingsbehov prioriteres og imødekommes rettidigt og ressourcemæssigt proportionalt af det danske sundhedsvæsen.



Slutnoter

- 1 Dalgard F.J. et. al. *The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries*, Journal of Investigative Dermatology (2015), Vol. 135.
- 2 WHO. *Global Report on Psoriasis*. 2016, side 33-34.
- 3 Dette initiativ vil samtidig være i fuld overensstemmelse med WHO's anbefalinger til regeringers måde at højne national psoriasisbehandling, som præciseret i rapporten *Global Report on Psoriasis* fra 2016, side 33-34.
- 4 Jf. *En Kronikerbehandling i Verdensklasse* fra 2021 formuleret af Lægemiddelstyrelsen *En kronikerbehandling i verdensklasse – Lif og Alliancen for Kroniske Hudsygdommes positionsrapport Hudsagen* fra 2020 604652b0398693c563370ebd_Positionsrapport_HudSagen.pdf (webflow.com) 12.05.21
- 5 Jf. Sundhedsstyrelsen. Quickguide. *National Klinisk Retningslinje for Psoriasis*. 2016. Pp. 6. Jvf. anbefalingen ”Det er god praksis at tilbyde årlig systematisk opsporing af risikofaktorer for udvikling af hjerte-kar-sygdomme til patienter med svær psoriasis vulgaris,” ønsker vi, at udvide den årlige opsporingssamtale til at indeholde en samtale om symptomer for alle potentielle følgesygdomme.
- 6 Patienter for hvem deres psoriasis sygdom starter i huden.
- 7 Psoriasis kan også vise sig kun i hovedbunden eller på neglene. Kilde: Symptomer | Psoriasisforeningen, 28.04.21.
- 8 WHO, *Global Report on Psoriasis*, 2016. P. 10.
- 9 Carsten Sauer Mikkelsen et. al. *Psoriasis. Ikke bare en hudsygdom*. Månedsskrift for Almen Praksis, febr. 2011. Psoriasis - Lægehåndbogen på sundhed.dk 27.04.21.
- 10 Danielsen K. et. al. *Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort*. Br J Dermatol. 2013;168:1303-10.
- 11 Alexander Egeberg et. al. *Prevalence and characteristics of psoriasis in Denmark: findings from the Danish skin cohort*, BMJ Open 2019;9:e028116. doi:10.1136/bmjopen-2018-028116.
- 12 Ibid.
- 13 RADS. *Baggrundsnotat: 2. generations immunmodulerende behandling af psoriasis og psoriasisartropati*. 2016. P. 2.
- 14 Lægemiddelindustriforeningen. *En Kronikerbehandling i Verdensklasse*. P.7. Kilde: <http://publikationer.lif.dk/policy-paper-national-kronikerplan/?page=32>
- 15 Kim Papp et. al. *Canadian Guidelines for the Management of Plaque Psoriasis: Overview*. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 2011, Vol. 15 pp. 32-47. <https://doi.org/10.2310%2F7750.2011.10066>
- 16 I dette studie er risiko udregnet for mennesker med svær psoriasis i Storbritannien: K. Abuabara et. al. *Cause-specific Mortality in Patients with Severe Psoriasis: a Population-based Cohort Study in the U.K.* Br J Dermatology. 2010 Sep;163(3):586-92. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09941.x. De har desuden en 1,6 gange øget risiko for at dø tidligere af en hjerte-karsygdom end baggrundsbefolkningen. Kilde: K. Abuabara et. al. *Cause-specific Mortality in Patients with Severe Psoriasis: a Population-based Cohort Study in the U.K.* Br J Dermatology. 2010 Sep;163(3):586-92. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09941.x.

- 17 Ibid.
- 18 Psoriasisforeningens hjemmeside 'om behandlinger'. Kilde: <https://psoriasis.dk/psoriasis-hud-led/psoriasis/typer-behandling>
- 19 Der findes dog geografiske undtagelser, hvor en konkret hudlægepraksis kan udskrive behandlingen.
- 20 Sundhedsstyrelsen. *National Klinisk Retningslinje for Psoriasis*. 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-psoriasis>. Og <https://psoriasis.dk/vejledende-kriterier>. 29.04.21.
- 21 Peter Mattei *Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): The correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 28(3) February 2013. DOI:10.1111/jdv.12106
- 22 K. Abuabara et. Al. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *British Journal of Dermatology*, 2010. Volume 163, Issue 3. Pp. 586-592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09941>.
- 23 Ibid. Kasper Fjellhaugen Hjuler et. al. *Association Between Changes in Coronary Artery Disease Progression and Treatment with Biologic Agents for Severe Psoriasis*. *JAMA Dermatol*. 2016;152(10):1114-1121. doi:10.1001/jamadermatol.2016.1984.
- 24 Disse alvorlige sygdomme er: Depression, hjerte-kar-sygdomme og øget risiko for atrieflimren og blodpropper, stofskiftesygdomme som diabetes og tarmsygdomme Crohn's. Kilde: WHO, *Global Report on Psoriasis, 2016*. P. 16.
- 25 Sundhed.dk. 28.04.21: Psoriasis - Lægehåndbogen på sundhed.dk.
- 26 Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42(12):1460-8.
- 27 Jansbøl K, et. al. *Oplevelser af behandlingsforløb og sygdomskonsekvenser blandt mennesker med en eller flere autoimmune sygdomme*. KORA, 2016. P 16. KORA hedder i dag VIVE.
- 28 Dalgard F.J. et. al. *The Psychological Burden og Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries*, *Journal of Investigative Dermatology* (2015), Vol. 135.
- 29 Dowlatshahi EA et. al. *The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis*. *J Invest Dermatol* 2014;134:1542-51.
- 30 Dalgard F.J. et. al. *The Psychological Burden og Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries*, *Journal of Investigative Dermatology* (2015), Vol. 135.
- 31 Dalgard F.J. et. al. *Dermatologists Across Europe Underestimate Depression and Anxiety: Results from 3635 Dermatological Consultations*. *General Dermatology BJD* (2018) 179, pp464-470.
- 32 Rapp SR et. al. *Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases*. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 401-407.
- 33 Respondentgruppen tæller psoriasispatienter og en række andre patienter med en diagnosticeret autoimmun sygdom. Jansbøl K, et. al. *Oplevelser af behandlingsforløb og sygdomskonsekvenser blandt mennesker med en eller flere autoimmune sygdomme*. KORA, 2016
- 34 Jansbøl K, et. al. *Oplevelser af behandlingsforløb og sygdomskonsekvenser blandt mennesker med en eller flere autoimmune sygdomme*. KORA, 2016. P.19.
- 35 Ibid. P.23.
- 36 O. Ahlehoff. *Pharmacological Undertreatment of Coronary Risk Factors in Patients with Psoriasis: Observational Study of the Danish Nationwide Registries*. *Plus One* 2012 vol. 7 issues 4. Published: April 30, 2012 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036342>
- 37 Feldman SR. *The economic burden of psoriasis: a systematic literature review*. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. Volume 14, 2014 - Issue 5. <https://doi.org/10.1586/14737167.2014.933671>.
- 38 IFPA. *Inside Psoriatic Disease Diabetes. Shared Risk Factors Common Solutions*. P. 19.
- 39 Ibid.
- 40 van den Reek JMPA et. al. *The Journey of Adult Psoriasis Patients Towards Biologics: Past and Present - Results from the BioCAPTURE Registry*. *The European Academy of Dermatology and Venerology*. 2018, 32, pp. 615-623.
- 41 O. Ahlehoff. *Pharmacological Undertreatment of Coronary Risk Factors in Patients with Psoriasis: Observational Study of the Danish Nationwide Registries*. *Plus One* 2012 vol. 7 issues 4. Published: April 30, 2012 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036342>
- 42 Sundhedsstyrelsen. *Nationale Kliniske Retningslinjer*. 2016. P. 35.
- 43 Er også kaldet BSA for *Body Surface Area Assessment*. Vurderingen sker ved den læge med udgangspunkt i den såkaldte håndflademethode eller PASI-score. Kilde: Helmick C.G. et. Al. *Prevalence of psoriasis among adults in the U.S.: 2003-2006 and 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys*. *American journal of preventive medicine*. 2014;47(1):37-45.
- 44 [Symptomer | Psoriasisforeningen](#) 27.04.21.
- 45 Strober, B. et. al. *Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council*. 2019, *American Academy of Dermatology*. Link: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.026>
- 46 Se afsnittet herunder om forskellen mellem topikal og systemisk behandling.
- 47 Strober, B. et. al. *Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council*. 2019, *American Academy of Dermatology*. Link: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.026>
- 48 FAPS, *Brug de praktiserende speciallæger til at styrke det nære sundhedsvæsen. Visions- og politikpapir*. 2021.
- 49 Sundhedsstyrelsen. *National Klinisk Retningslinje for Psoriasis*. 2016. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-psoriasis>.
- 50 van den Reek JMPA et. al. *The Journey of Adult Psoriasis Patients Towards Biologics: Past and Present - Results from the BioCAPTURE Registry*. *The European Academy of Dermatology and Venerology*. 2018, 32, pp. 615-623.
- 51 Øjebliksbillede per 5.5.21 ved søgning på ventetider mitsygehusvalg.dk. [Mit Sygehusvalg \(esundhed.dk\)](#)
- 52 WHO's anbefaler regeringer at prioritere midler, der sikrer kontinuerlig uddannelse af sundhedsprofessionelle i identifikation, bejanndning og løbende håndtering af kroniske psoriasispatienter. Kilde: *Global Report on Psoriasis fra 2016*, side 34.
- 53 Corinna Dressler et. al. *Therapeutic patient education and self-management support for patients with psoriasis – a systematic review*. 23 April 2019 <https://doi.org/10.1111/ddg.13840>.
- 54 Psoriasisforeningen påtager sig allerede i dag en stor rolle i patientuddannelse gennem temablad, kredsaktiviteter med foredrag og temaarrangementer rettet mod særlige aldersgrupper. Psoriasisforeningen stiller sig til rådighed som samarbejdspartner omkring tilblivelsen af et eventuelt nationalt psoriasis patientuddannelsesstilbud.
- 55 Abdullah Mansouri og Jørgen Serup. *Psoriasis klimaterapi I Israel og medicinsk evidens Best Practice* september 2019.
- 56 Regeringen. *Initiativer i udspillet 'Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder'*. 16.01.2019. Faktaark (regeringen.dk)
- 57 Ny viden om bedre praksis, der kommer ud af NCAS, ser Psoriasisforeningen gerne få en central rolle i arbejdet med en National Psoriasisbehandlingsplan med nyformuleret forløbspraksis for håndtering af den kroniske psoriasispatient fremover, som beskrevet i denne hvidbog.

Denne hvidbog er gjort mulig på sponsorat fra LEO Pharma, UCB Nordic og Eli Lilly. Det er dog kun Psoriasisforeningen, der har haft indflydelse på hvidbogens indhold.