Region Stockholm

15
Yttrande över remiss - Målnivåer – vård vid psoriasis
VKN 2022-0094

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-05

VKN 2022-0094

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss - Målnivåer – vård vid psoriasis

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen tog fram nationella riktlinjer för psoriasis 2019. Socialstyrelsen fastställer nationella målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna. Målnivåer – vård vid psoriasis, remissversion har tagits fram för den remissrunda som nu genomförs som ett sista steg innan målnivåerna slutligen fastställs av Socialstyrelsen
Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Målnivåer – vård vid psoriasis, Remissversion från Socialstyrelsen

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Nationella målnivåer avser att fungera som stöd för huvudmännens styrning och ledning av hälso- och sjukvården genom att ange tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss rekommenderad behandling eller annan vårdåtgärd. Syftet är att kunna säkerställa en god och jämlik vård. Socialstyrelsens utvärdering av vården vid psoriasis visar att det finns ett stort antal förbättringsområden och att det är angeläget att ta fram nationella målnivåer vid systembehandling av psoriasis, som utgör ett riktmärke för regionerna att arbeta mot.

Målnivåarbetet har utgått från de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis. Målnivåarbetet består av fem faser, indikatorfas, målfas, remissfas, beslutsfas och förvaltnings- och uppdateringsfas. Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat utvärderingar av hälso- och sjukvårdens kvalitet, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna.

I det nationella riktlinjerna för psoriasis finns totalt 11 indikatorer som visar på följsamheten till rekommendationerna samt resultat för patienter eller andra relevanta mål. För fyra av dessa indikatorer föreslår Socialstyrelsen målnivåer som regionerna ska eftersträva

1. Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis (målnivå ≥ 80 procent),
2. Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått (målnivå ≥ 95 procent)
3. utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått, 3–12 mån efter insättning av systemiska läkemedel (målnivå ≥ 95 procent)
4. planerade besök i öppen specialiserad vård (målnivå ≥ 95 procent).

Överväganden
De föreslagna målnivåerna är en stor ambitionshöjning för regionerna utifrån kartläggningen 2020 där enbart två regioner når målnivån för den första indikatorn och ingen för övriga tre med minst 20 procentenheters marginal till satt målvärde. Detta kan anses vara en något väl hög ambitionsökning som riskerar att inte ge önskad förflyttning mot högre resultat. De jämförelsevis låga siffrorna jämfört satta målvärden kan bero på låg täckningsgrad i kvalitetsregister samt resursprioritering mellan patientgrupper inom hudsjukvården i olika regioner. För att bibehålla och utveckla vården kan det då vara mer lämpligt med höga men nåbara målvärden som justeras över tid. För indikatorn Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått föreslås också mätning av användning av instrumentet EQ-5D samtidigt som detta beskrivs som ej fullständigt etablerat i klinisk praxis inom området vilket ytterligare försvårar möjligheten att uppnå önskad målnivå.

Region Stockholms nivåer för de tre första indikatorerna ligger under riksgenomsnitt. De tre första indikatorerna följs genom kvalitetsregistret PsoReg som har en täckningsgrad på 65,3% i riket 2020.

I Region Stockholm erbjuds vård för psoriasis vid tre sjukhus, Danderyd, Karolinska och Södersjukhuset, och inom vårdval Specialiserad hudsjukvård samt Specialiserad hudmottagning vid psoriasis. Under 2021 rapporterade 18 vårdgivare i Region Stockholm till PsoReg med en varierande täckningsgrad mellan vårdgivare. Fem aktiva verksamheter har inte rapporterat någon patient till registret 2021.

Den fjärde föreslagna indikatorn som mäter unika patienter med systembehandling av sin psoriasis som har haft besök under ett kalenderår i regionen kan fångas genom regionens inrapporteringssystem för vårdgivare för ersättning, den så kallade VAL databasen. Region Stockholm ligger högst i landet för denna indikator på en nivå om 73,6%.

De utvalda indikatorerna bedöms som medicinskt relevanta. En god täckningsgrad i kvalitetsregister kombinerat med en användning av registerdata för verksamhetsutveckling är gott arbetssätt som leder till förbättringar i vården. Utmaningen med rapportering till kvalitetsregister är ofta den manuella hantering som fortfarande är nödvändig för många register. Detta återspeglas troligen i den varierande täckningsgraden mellan och inom regioner. Då det syns en tydlig överrepresentation av män i registrering i PsoReg (som tillskrivs att män oftare har en svårare sjukdom) så kan det vara lämpligt att rapportera indikatorerna könsuppdelat och inte enbart på gruppnivå för att de om denna könsskillnad kvarstår vid en ökad rapporteringsgrad.

För att uppnå de satta målnivåerna behöver Region Stockholm både öka täckningsgraden till kvalitetsregistret bland samtliga vårdgivare avsevärt, och understödja förändrade arbetssätt. Det regionala programområdet för Hud och könssjukdomar har som mål- och insatsområde att uppnå mer jämlik vård utifrån målvärden i Socialstyrelsens nationella riktlinjer gällande psoriasis med delmål att öka täckningsgraden i PsoReg.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade ekonomiska konsekvenser. De ekonomiska konsekvenserna av att uppnå föreslagna målnivåer för vård vid psoriasis kan inte tydligt bedömas.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för patientsäkerhet. En högre måluppfyllelse för indikatorer för vård vid psoriasis förväntas ha positiva effekter för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård. En högre måluppfyllelse för indikatorer för vård vid psoriasis förväntas ha positiva effekter för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för administration. En högre måluppfyllelse för indikatorer för vård vid psoriasis kommer kräva mer administration av vårdgivarna med högre grad av rapportering i kvalitetsregister. Krav att rapportera till kvalitetsregister finns i dagsläget inom befintliga vårdavtal.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-05

Målnivåer – vård vid psoriasis

Remissversion

Socialstyrelsen

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 2022-3-7817

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2022

Förord

Socialstyrelsen fastställer nationella målnivåer för indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss rekommenderad behandling eller annan vårdåtgärd. Målnivåerna syftar till att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Idag finns det målnivåer inom ett tiotal riktlinjeområden.

Denna rapport innehåller målnivåförslag vid systembehandling av psoriasis för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis. Rapporten har tagits fram specifikt till den remissrunda som nu genomförs som ett sista steg innan målnivåerna slutligen fastställs av Socialstyrelsen. Det är önskvärt att regionerna och andra intresseorganisationer diskuterar och kommenterar förslagen.

Projektledare för arbetet har varit Andrea Fridlizius som tillsammans med Christina Broman och Tobias Edbom har utgjort projektets arbetsgrupp. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Mikael Nyman, Michael Törnblom och Katrin Bjerhag. Projektets expertgrupp har bestått av Eva Angesjö, Susanne Bergqvist, Marcus Schmitt-Egenolf och Åke Svensson. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp – bestående av huvudmannaföreträdare, företrädare från nationella programområden, professionsföreträdare och representanter för patientorganisationer – arbetat med att ta fram målnivåförslagen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Uppdragets förutsättningar 8
- Om uppdraget 8
- Målnivåmodellen 8
- Om indikatorerna 12
- Om målnivåerna 12
- Datakällor 12

Förslag till målnivåer 13
- Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis (indikator 1) 14
- Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått (indikator 4.1) 17
- Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått, 3–12 mån efter insättning av systemiska läkemedel (indikator 4.2) 21
- Planerade besök i öppen specialiserad vård (indikator 8) 25

Förteckning över indikatorerna 28
Referenser 29
Bilaga 1. Deltagarförteckning 31

Sammanfattning

Nationella målnivåer avser att fungera som stöd för huvudmännens styrning och ledning av hälso- och sjukvården genom att ange tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Det främsta syftet med målnivåer är att säkerställa en god och jämlik vård.

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid psoriasis visar att det finns ett stort antal förbättringsområden som berör regionernas arbete [1]. Detta gör att det är angeläget att ta fram nationella målnivåer vid systembehandling av psoriasis, som utgör ett riktmärke för regionerna att arbeta mot. Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis [2, 3].

Socialstyrelsens expertgrupp har gjort ett urval av indikatorerna, som bedöms vara lämpliga att målsätta. Därefter har arbetet bedrivits i ett konsensusförfarande med experter, företrädare för huvudmännen, företrädare för nationella programområden, professionsföreträdare och representanter för patientorganisationer. Konsensusgruppen har, utifrån de befintliga underlagen, diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna.

De föreslagna målnivåerna är:

Tabell 1. Förslag på målnivåer för vård vid psoriasis

Namn på indikator	Förslag målnivå*
Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis	≥ 80 procent
Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått	≥ 95 procent
Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått, 3–12 mån efter insättning av systemiska läkemedel	≥ 95 procent
Planerade besök i öppen specialiserad vård	≥ 95 procent

*Målnivå på gruppnivå

De förslag till målnivåer som presenteras i denna rapport är i flera fall på en hög nivå i förhållande till de resultat som vissa regioner presterar idag. Det kan därför vara lämpligt att regionerna sätter egna delmål, för att längre fram nå de eftersträvansvärda målen.

Uppdragets förutsättningar

Om uppdraget

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god och jämlik vård i enlighet med lagstiftningens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vården av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska och/eller långvariga sjukdomsförlopp.

Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men syftar också till att underlätta förbättringsarbete även på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss sjukdomsgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur oftast baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om till exempel biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs mer utförligt längre fram i detta kapitel.

Målnivåer gäller övergripande för en hel sjukdomsgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan till exempel vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Då det gäller för en hel grupp gör vi i målnivårapporten heller inga analyser av eventuell ojämlikhet, t.ex. mellan män och kvinnor.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparant process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt i arbetet.

Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta arbete sker i samarbete med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjeprocessen alternativs har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- helst ha en tydlig riktning (högt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensuprocessen.

Målfas

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag.

Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från hälso- och sjukvårdsregionerna, företrädare från nationella programområden, sakkunniga inom olika områden samt företrädare för berörda patientföreningar.

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delphiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delphiprocessen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) samt expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensgruppens deltagare. Deltagarna röstar på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller ange ett eget förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställt, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Sammanställningen av resultaten och kommentarerna skickas ut som ett underlag till konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer inom vård vid psoriasis genomfördes den 10 februari 2022.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar inför beslutsfasen.

Remissmottagarna för målnivårapporten för vård vid psoriasis är regionerna, berörda nationella programområden, specialistföreningar och patientorganisationer.

Beslutsfas

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger regionerna tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar eller åtgärder.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat utvärderingar av hälso- och sjukvårdens kvalitet, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera regioner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa upp kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa regioner kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva mot. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vård- och omsorgsprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kommer att ta tid för hälso- och sjukvården att nå de uppsatta målen.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Det förekommer att regionerna tillämpar ersättningsmodeller där verksamheter som uppnår ett mål för en viss indikator får en ekonomisk kompensation från regionen. Dessa ersättningsmodeller kan ha olika struktur och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningsmodeller kopplade till nationella målnivåer kan medföra risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattas de tre vanligaste riskerna.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån indikatorns resultat riskerar att bli godtyckligt. Trots att vissa indikatorer inte passar i ett ersättningssystem kan de fortfarande utgöra värdefulla verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När en region kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns en risk att verksamheterna inte arbetar enbart för att höja kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av olika orsaker inte har fått den rekommenderade åtgärden kan i lägre grad rapporteras till registret än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i kvalitetsregister och hälsodataregister blir mindre tillförlitliga. Detta kan i sin tur få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Konsekvenser för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk. Genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss åtgärd görs den skarpare, vilket leder till att målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella åtgärden, utan även andra grupper kan dra nytta av den.

Vid till exempel Socialstyrelsens utvärderingar, som utgår från de nationella riktlinjerna, betraktas detta som en självklarhet. Men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk för att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade åtgärden. Det gäller i synnerhet om åtgärden är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna för systembehandling av psoriasis till målnivåarbetet från indikatorrapporten som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid psoriasis [2]. I samband med målnivåarbetets indikatorfas gjordes vissa justeringar i indikatorbeskrivningar. En uppdaterad rapport med fullständiga indikatorbeskrivningar kommer att publiceras samtidigt som slutversionen av målnivåerna publiceras.

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med experter som också deltog i riktlinjearbetet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning.

Om målnivåerna

Målnivåerna för systembehandling av psoriasis som föreslås i denna rapport har en hög nivå i förhållande till de resultat som många regioner presterar idag. Det är dock viktigt att komma ihåg att målen är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan regionerna själva ta fram delmål för att nå det eftersträvansvärda målet. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Målnivåerna kan också justeras om kunskapsläget inom området förändras. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsens bedömning att en uppföljning och översyn av målnivåerna bör sker två till fyra år efter införandet.

Datakällor

De underlag som ligger till grund för målnivåprocessen är indikatorbeskrivningar, expertgruppens förslag, resultat från Delphirundan och statistiska underlag. Data har hämtats från Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg). Det är av största vikt att täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ökar och att hälso- och sjukvården arbetar för en mer heltäckande registrering, då det är en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling. Underlag till målnivåarbetet har även hämtats från patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Jämförelser av data

I rapporten presenteras det statistiska underlaget utifrån organisatorisk nivå (riket och region). Syftet med att jämföra uppgifterna utifrån denna nivåindelning är att synliggöra eventuella regionala ojämlikheter i vården till personer med systembehandlad psoriasis. För att ta hänsyn till att åldersfördelningen kan se olika ut i regionerna redovisas åldersstandardiserade resultat.

Förslag till målnivåer

I detta kapitel presenteras Socialstyrelsens förslag till målnivåer för de indikatorer vid systembehandling av psoriasis som är aktuella som målnivåsättning samt en motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- Ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- En teknisk beskrivning av indikatorn samt en beskrivning av felkällor och eventuella tolkningssvårigheter
- Förslag till nationell målnivå
- En motivering till den föreslagna målnivån
- Dataunderlag som visar hur olika regioner ligger till i förhållande till målnivån, när sådana data finns tillgängliga. Syftet med redovisningen är att kunna föreslå en rimlig målnivå för riket och inte att göra en analys eller jämförelse av regionernas resultat eller könsskillnader.

Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis (indikator 1)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med systembehandling av psoriasis, behandlade vid hudklinik, 18 år och äldre, som får individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis under ett kalenderår.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor förbättrar möjligheten för tidig upptäckt och insättning av åtgärder för behandlingsbara riskfaktorer. Det ger även individen nödvändig kunskap för att ta kontroll över sin sjukdom och så att samsjuklighet, psoriasissymtom och livskvalitet kan förbättras.

Åtgärden har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och kan vara av nytta för alla patienter med psoriasis, oavsett sjukdomens svårighetsgrad eller behandling.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer, enligt nämnarens definition, som fått en individuell genomgång av riskfaktorerna BMI, midjemått, rökning och alkoholkonsumtion, kopplade till psoriasis någon gång under mätperiodens kalenderår.

Nämnare: Antal personer, 18 år och äldre som under de senaste 5 åren, inklusive mätperioden, nyregistrerats eller haft ett registrerat vårdbesök i PsoReg.

Datakälla: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg)

Felkällor och tolkningssvårigheter

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.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis* föreslås målnivån ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

Psoriasis medför samsjuklighet i form av högt blodtryck, diabetes, övervikt och höga blodfetter, vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, som även försämrar själva psoriasissjukdomen. Sjukvårdens uppgift är att erbjuda berörda att optimera levnadsvanor.

Uppföljning av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid systembehandling av psoriasis är en central rekommendation med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [3]. Resultatet från Socialstyrelsens utvärdering av vården vid psoriasis från 2019 [1], visar dock att endast 50 procent av personer med systembehandling av psoriasis fick stöd och hjälp av den specialiserade vården med kartläggning av riskfaktorer under 2017. Uppdaterade data visar att motsvarande siffra för år 2020 var 52 procent. Resultatet visar även på att en något högre andel män än kvinnor fick genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor, men denna skillnad är inte statistiskt signifikant.

Individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid uppföljning bör få större genomslag i regionen och bör i större utsträckning implementeras i behandlingen av patienter med psoriasis. Det gäller personer med systembehandlad psoriasis som vårdas i den specialiserade vården.

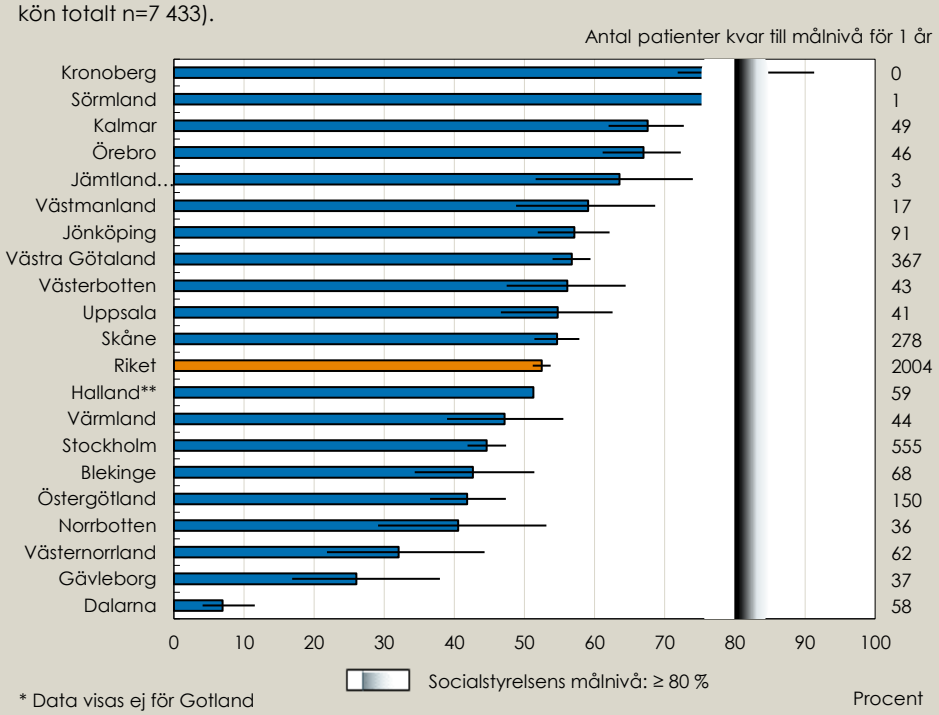
Det kan dock finnas personer med systembehandlad psoriasis som av olika anledningar inte bör eller kan ha genomgång av riskfaktorer kopplade till psoriasis. För en del patienter kan uppföljning även ske i samband med vårdkontakter inom primärvården eller andra specialistområden. Det kan även finnas personer som bedömts vara i behov av systembehandling men som valt att avstå sådan behandling.

Mot bakgrund av ovanstående anledningar samt att rekommendationen har en hög prioritet föreslår Socialstyrelsen en målnivå på ≥ 80 procent.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 1. Riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid systembehandlad psoriasis.

Andelen personer 18 år och äldre, med systembehandlad psoriasis, som får individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och svår psoriasis, år 2020 (riket kön totalt n=7 433).



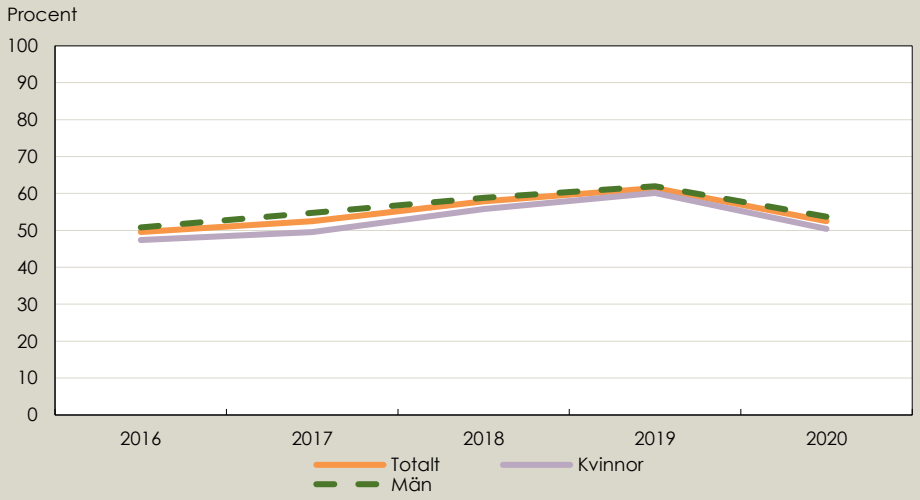
* Data visas ej för Gotland
** Konfidensintervall saknas för Halland.
Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg).

Uppgifter för år 2020

Uppgift	Värde (%)
Rikets genomsnitt	52,5
Variation bästa – sämsta värde	83,8 – 6,9
Fördelning kvinnor/män (%)	50,3/53,7
Antal patienter i nämnaren	7 433

I tidsserien nedan visas hur rikets genomsnitt har förändrats över tid, inte utvecklingsbehovet i förhållande till målnivån. Minskningen i resultat mellan år 2019–2020 kan vara en påverkan av covid-19-pandemin.

Diagram 2. Riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis.
Andelen personer 18 år och äldre, med systembehandlling av psoriasis, som får individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och svår psoriasis, år 2016–2020.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg)

Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått (indikator 4.1)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med systembehandling av psoriasis, 18 år och äldre, som får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument under ett kalenderår.

Varför är indikatorn viktig att mäta

Strukturerad uppföljning med kliniska instrument och patientrapporterade mått är viktigt för att över tid kunna följa behandlingseffekt och eventuella biverkningar av insatt systemisk behandling. Vid strukturerad uppföljning bedöms och skattas symtom och livskvalitet hos personerna med psoriasis med instrumenten PASI, DLQI och EQ-5D, vilket ger ett bra underlag för att optimera behandlingen och dessutom leder till att individens delaktighet i vården förbättras.

Åtgärden har en hög prioritet i de nationella riktlinjerna [3] och är av stor vikt för patienter med systembehandling av psoriasis.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer, enligt nämnarens definition, som någon gång under mätperiodens kalenderår fått strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument PASI, DLQI och EQ-5D.

Nämnare: Antal personer, 18 år och äldre, som under de senaste 5 åren, inklusive mätperioden, nyregistrerats eller haft ett registrerat vårdbesök i PsoReg.

Datakälla: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg)

Felkällor och tolkningssvårigheter

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

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått PASI, DLQI och EQ-5D* föreslås målnivån ≥ 95 procent.

Motivering till målnivån

De kroppsliga och psykologiska aspekterna av psoriasis försämrar ofta livskvaliteten betydligt. Därför är det viktigt att strukturerat följa upp effekten av behandlingen över tid med kliniska instrument och patientrapporterade mått.

Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått är en central rekommendation med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [3]. I Socialstyrelsens utvärdering av vården vid psoriasis från 2019 [1], framkom dock att endast hälften av personerna med systembehandlad psoriasis fått strukturerade uppföljningar där symptom och livskvalitet bedöms och skattas med samtliga instrument PASI, DLQI och EQ-5D [1]. Resultatet visar på stor variation mellan regionerna, men detta bör tolkas med viss försiktighet då såväl täckningsgrad som registreringsgrad varierar mellan olika regioner. Uppdaterade data för 2020 visar att motsvarande siffra var 48 procent. Resultatet visar även på att en något högre andel män än kvinnor fick strukturerad utvärdering av behandlingseffekt, men denna skillnad är inte statistiskt signifikant.

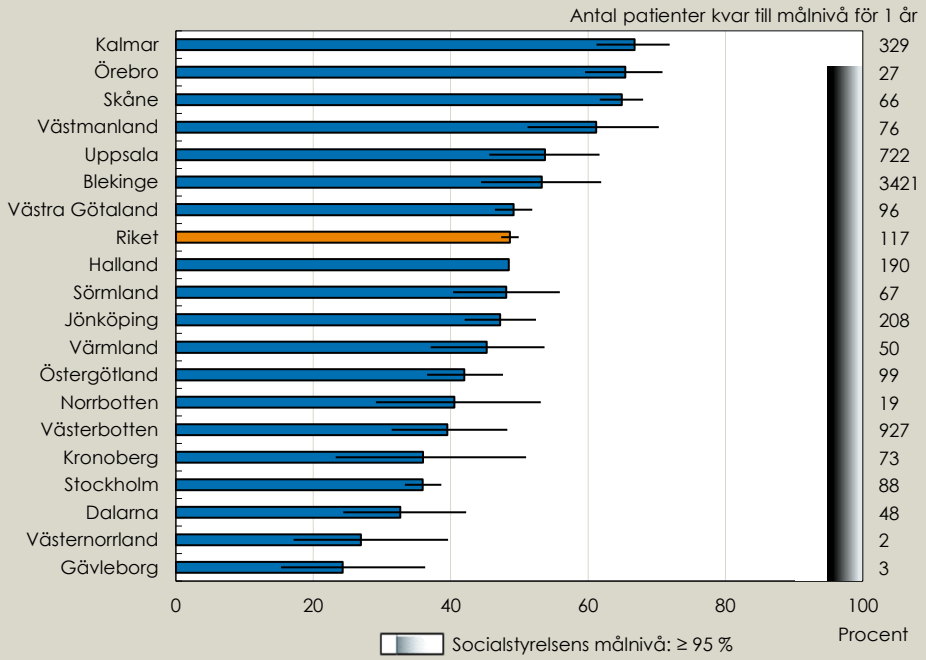
Bedömningsinstrumenten PASI och DLQI är sjukdomsspecifika mått för psoriasis och hudsjukdomar. De utgör en central roll i det kliniska arbetet för bedömning av sjukdomens allvarlighetsgrad och påverkan på livskvaliteten samt vid insättning av rätt behandling. Bedömningsinstrumentet EQ-5D är ett generellt livskvalitetsinstrument som inte är relaterat till en specifik diagnos, men som är ett viktigt komplement för systemsjukdomen psoriasis till PASI och DLQI. Det bedöms dock att användningen av EQ-5D ännu inte har etablerats tillräckligt i det kliniska arbetet för utvärdering vid psoriasis, men att det bör ingå i uppföljningen minst en gång årligen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 95 procent för uppföljning med bedömningsinstrumenten PASI, DLQI och EQ-5D.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 3. Strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument.

Andelen personer med systembehandling av psoriasis, 18 år och äldre, som får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument PASI, DLQI och EQ-5D, år 2020 (riket, kön totalt n=7 433).



* Data visas ej för Jämtland Härjedalen och Gotland.
** Konfidensintervall saknas för Halland.
Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av Psoriasis (PsoReg).

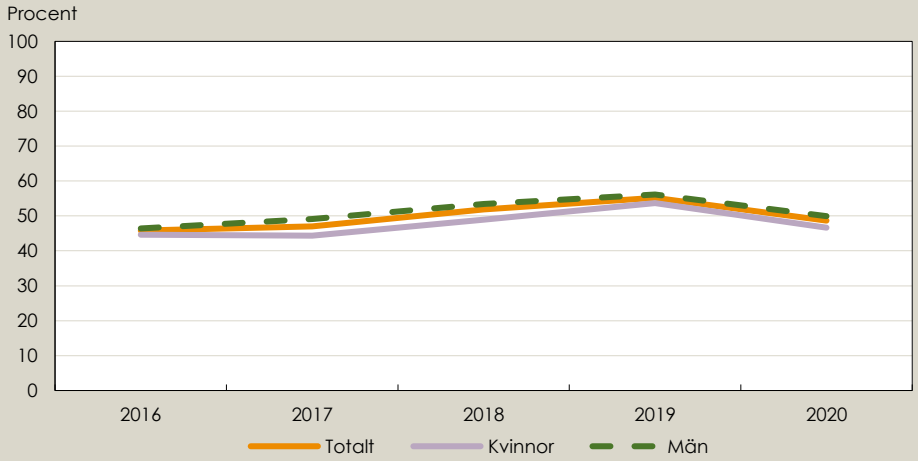
Uppgifter för år 2020

Uppgift	Värde (%)
Rikets genomsnitt	48,6
Variation bästa – sämsta värde	66,8 – 24,3
Fördelning kvinnor/män (%)	46,6/49,9
Antal patienter i nämnaren	7 433

I tidsserien nedan visas hur rikets genomsnitt har förändrats över tid, inte utvecklingsbehovet i förhållande till målnivån. Minskningen i resultat mellan år 2019–2020 kan vara en påverkan av covid-19-pandemin.

Diagram 4. Bedömning med kliniska instrument och patientrapporterade mått.

Andelen personer med systembehandling av psoriasis, 18 år och äldre, som får strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument PASI, DLQI och EQ-5D, år 2016–2020.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg)

Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått, 3–12 mån efter insättning av systemiska läkemedel (indikator 4.2)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen uppföljda nyinsatta behandlingar med livskvalitets-instrument och kliniska instrument, 3 till 12 månader efter insättning av systemiska läkemedel.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Det är viktigt att följa upp insättningen av en ny behandling och följa behandlingseffekten och eventuella biverkningar. Vid strukturerad uppföljning bedöms och skattas symtom och livskvalitet hos personerna med psoriasis med instrumenten PASI och DLQI, vilket ger ett bra underlag för att optimera behandlingen och dessutom leder till att individens delaktighet i vården förbättras

Åtgärden är en central rekommendation med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [3], och är av stor vikt för patienter med systembehandling av psoriasis.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal nyinsatta behandlingar, enligt nämnarens definition, med strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument PASI och DLQI, 3–12 månader efter insättning av ett systemiskt läkemedel.

Nämnare: Antal registrerade nyinsatta behandlingar med systemiska läkemedel under mätperioden. Endast nyinsatta behandlingar med en behandlingsduration på <3 månader inkluderas.

Datakälla: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg)

Felkällor och tolkningssvårigheter

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.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått PASI och DLQI, 3–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel* föreslås målnivån ≥ 95 procent.

Motivering till målnivån

Personer som får systemisk läkemedelsbehandling bör få regelbundna uppföljningar minst kvartalsvis i början av behandlingen för att effekten och eventuella biverkningar ska kunna bedömas.

Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått, 3–12 mån efter insättning av systemiska läkemedel, är en central rekommendation med hög prioritet i de nationella riktlinjerna [3]. I Socialstyrelsens utvärdering av vården vid psoriasis 2019 [1], framkom dock att endast hälften av personerna med systembehandling av psoriasis hade fått en utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått 3–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel. Resultaten visade även på stor variation mellan regionerna i andelen som får strukturerad uppföljning. Uppdaterade data för år 2020 visar att motsvarande siffra var 50 procent. Resultatet visar även på att en högre andel män än kvinnor fick en utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått 3–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel.

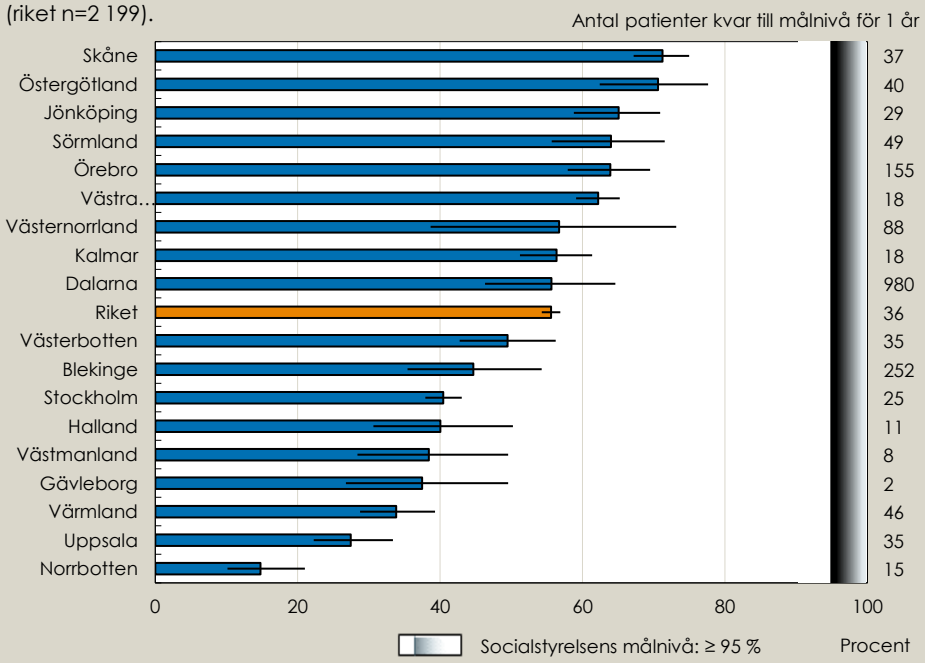
Bedömningsinstrumenten PASI och DLQI är sjukdomsspecifika mått för psoriasis och hudsjukdomar. De utgör en central roll i det kliniska arbetet för bedömning av sjukdomens allvarlighetsgrad och påverkan på livskvaliteten samt för att utvärdera effekten av insatt behandling. Nationell målnivå för utvärdering av behandlingseffekt, 3–12 månader efter insättning av behandling är endast aktuell för bedömning med PASI och DLQI.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 95 procent för uppföljning med bedömningsinstrumenten PASI och DLQI.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 5. Strukturerad uppföljning för att utvärdera behandlingseffekt.

Andelen uppföljda nyinsatta behandlingar med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument PASI och DLQI, 3 till 12 månader efter insättning av systemiska läkemedel, 2019. Redovisat resultat avser systemiska läkemedel insatta år 2019 med uppföljningsperiod fram till och med år 2020
(riket n=2 199).



* Data visas ej för Jämtland Härjedalen och Kronoberg
Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg).

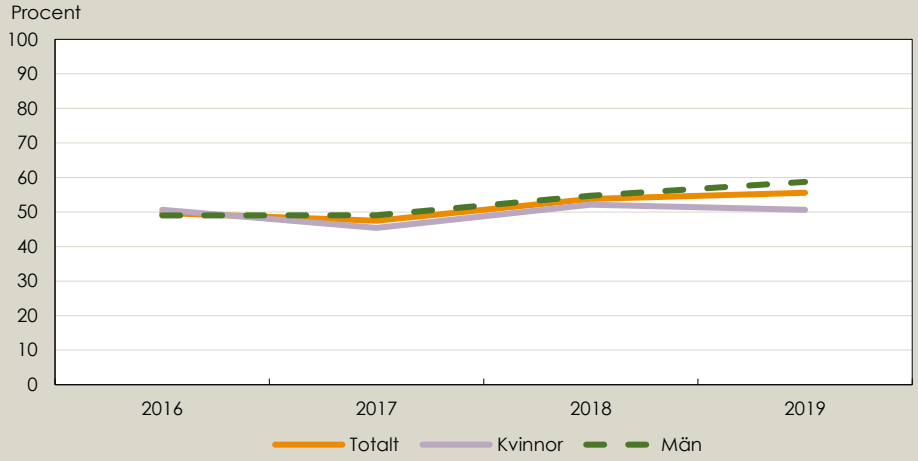
Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
Rikets genomsnitt	55,6
Variation bästa – sämsta värde	71,2 – 14,8
Fördelning kvinnor/män (%)	50,6/58,7
Antal nyinsatta behandlingar i nämnaren	2 199

I tidsserien nedan visas hur rikets genomsnitt har förändrats över tid, inte utvecklingsbehovet i förhållande till målnivån.

Diagram 6. Bedömning med kliniska instrument och patientrapporterade mått.

Andelen uppföljda nyinsatta behandlingar med livskvalitetsinstrument och kliniska instrument PASI och DLQI, 3 till 12 månader efter insättning av systemiska läkemedel, år 2016–2019. Redovisat årtal avser år för insättning av systemiskt läkemedel.



Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (Psoreg)

Planerade besök i öppen specialiserad vård (indikator 8)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med systembehandling av psoriasis, 18 år och äldre, som fått minst ett planerat besök i öppen specialiserad vård under ett kalenderår.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

En noggrann och kontinuerlig vårdplanering och löpande uppföljning är en förutsättning för god vård vilket leder till vårdinsatser som förbättrar patientens hälsa och livskvalitet och minskar behovet av sluten vård.

Det finns skillnader mellan regionerna i huruvida personer med systembehandling av psoriasis får minst ett planerat årligt besök i den specialiserade vården. För att nå en mer jämlik vård är det av stor vikt att regionerna erbjuder möjlighet till planerade återbesök, framför allt till personer med systembehandling av psoriasis.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer, enligt nämnarens definition, som under mätperiodens kalenderår någon gång varit på ett planerat besök i öppen specialiserad vård.

Nämnare: Antal personer i en prevalent population med systembehandling av psoriasis 31/12 året innan mätperioden, 18 år och äldre, och som lever och inte har emigrerat vid denna tidpunkt.

Datakälla: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Personer med psoriasis som inte vårdats eller hämtat ut läkemedel under studerad tidsperiod ingår inte i redovisningen. För att räknas som läkemedelsbehandlad krävs att individen har hämtat ut läkemedel på recept. Eventuella rekvisitionsläkemedel inkluderas inte.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Planerade besök i öppen specialiserad vård för personer med systembehandling av psoriasis* föreslås målnivån ≥ 95 procent.

Motivering till målnivån

Planerade återbesök i den specialiserade vården är centralt för att kunna följa personer med systembehandling av psoriasis. Psoriasis är en kronisk systemsjukdom med hög samsjuklighet. Behandling kan ske både i primärvård och

specialiserad vård, så som dermatologisk- och reumatologisk vård. Nationell målnivå är endast aktuell för personer med systembehandling av psoriasis.

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid psoriasis från 2019 [1], visar att endast sex av tio personer med systembehandling av psoriasis under 2017 fick minst ett planerat återbesök inom den specialiserade vården. Regionerna bör i större utsträckning erbjuda möjlighet till planerade återbesök i den specialiserade vården. Uppdaterade data från 2020 visar att endast 62 procent av personer med systembehandling av psoriasis fick minst ett planerat återbesök inom den specialiserade vården. Resultatet visar även på att en högre andel män än kvinnor fick ett planerat återbesök.

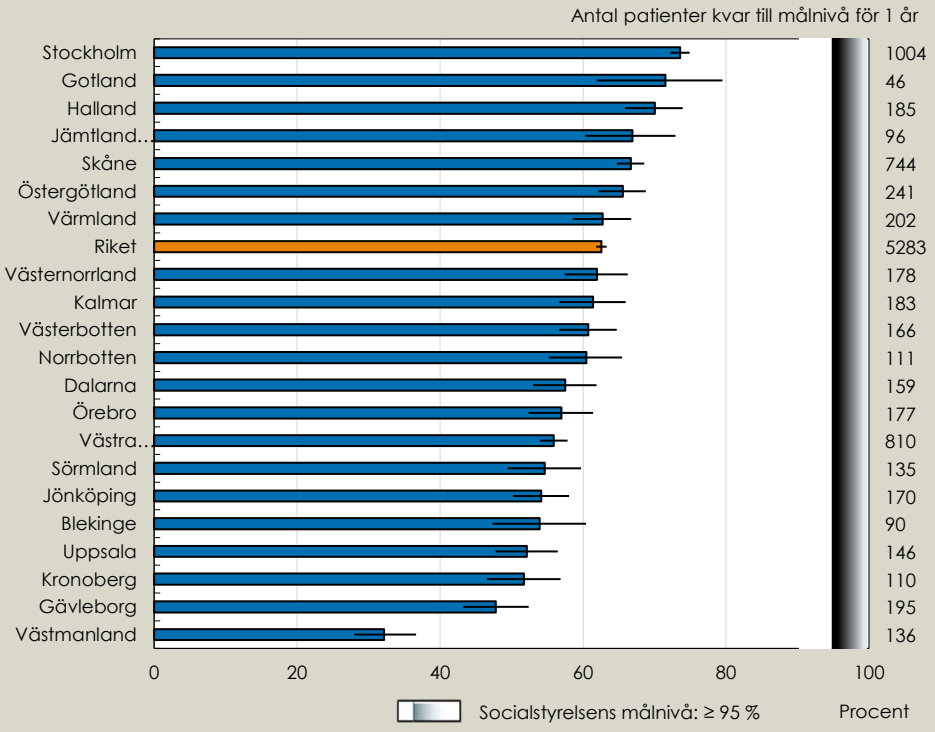
Systembehandling av psoriasis innebär behandling med avancerade läkemedel som kräver regelbundna uppföljningar av behandlingens effekt och eventuella biverkningar. Vid utebliven uppföljning finns risk att patienten inte får adekvat behandling. Detta gäller även patienter som har en välfungerande behandling, där minst ett årligt läkarbesök är viktigt för uppföljning av patientens sjukdomstillstånd och ställningstagande till fortsatt behandling. Det kan dock finnas patienter som på grund av olika skäl inte kommer till ett årligt återbesök.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår Socialstyrelsen en målnivå på ≥ 95 procent för personer med systembehandling av psoriasis.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Diagram 7. Planerade besök i specialiserad öppenvård

Andel patienter med systembehandlad psoriasis som fått ett planerat besök i specialiserad öppenvård under ett kalenderår, år 2020 (riket kön totalt n=27 907).



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

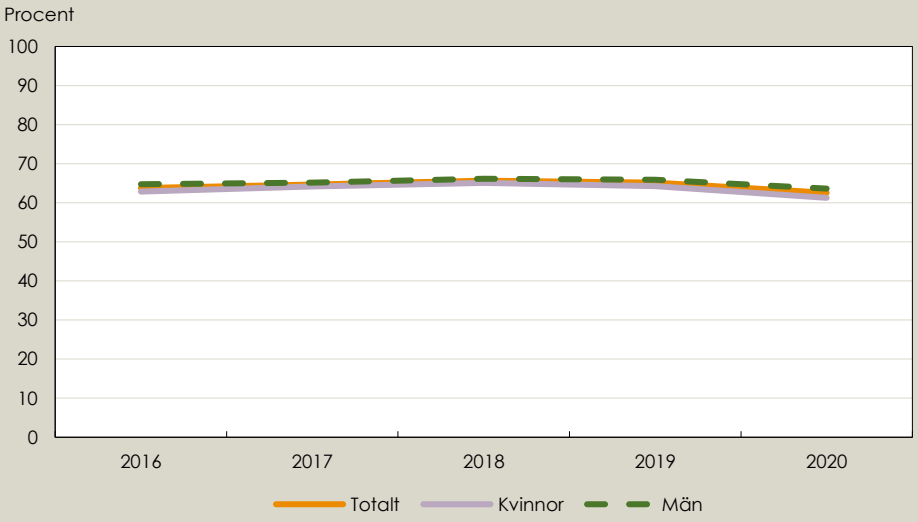
Uppgifter för år 2020

Uppgift	Värde (%)
Rikets genomsnitt	62,6
Variation bästa – sämsta värde	73,6 – 32,2
Fördelning kvinnor/män (%)	61,3/63,6
Antal patienter i nämnaren	27 907

I tidsserien nedan visas hur rikets genomsnitt har förändrats över tid, inte utvecklingsbehovet i förhållande till målnivån. Minskningen i resultat mellan år 2019–2020 kan vara en påverkan av covid-19-pandemin.

Diagram 8. Planerade besök i specialiserad öppenvård.

Andel patienter med systembehandling av psoriasis som fått ett planerat besök i öppen specialiserad vård under ett kalenderår, år 2016–2020.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Förteckning över indikatorerna

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vården vid psoriasis. För flertalet har det bedömts ej vara aktuellt med nationell målnivå.

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

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

*Utvecklingsindikator

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

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

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019
2. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019
3. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019

Bilaga 1. Deltagarförteckning

Projektorganisation, målnivåer vård vid psoriasis

Expertgrupp	
Eva Angesjö	distriktsläkare, specialist i allmänmedicin, Brämhults vårdcentral
Susanne Bergqvist	chefssjuksköterska, Psoriasisföreningens mottagning Sundbyberg
Marcus Schmitt-Egenolf	professor i dermatologi och venereologi, Umeå universitet; överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; registerhållare PsoReg
Åke Svensson	docent, Lunds universitet, överläkare, Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus Malmö

Projektledning, Socialstyrelsen	
Andrea Fridlizius	Projektledare
Christina Broman	Utredare/Metodstöd
Tobias Edbom	Utredare/Metodstöd
Katrin Bjerhag	Enkätkonstruktion
Mikael Nyman	Diagramproduktion
Michael Törnblom	Statistik

Konsensusgrupp	
Sjukvårdsregioner	
Albert Duvetorp	Södra sjukvårdsregionen
Lotta Gustafsson	Södra sjukvårdsregionen
Richard Lindström	Norra sjukvårdsregionen
Amra Osmancevic	Västra sjukvårdsregionen
Helena Pellrud	Sjukvårdsregion Mellansverige
Iwona Wielondek	Sydöstra sjukvårdsregionen
Filippa Nyberg	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Patientföreningar	
Tina Norgren	Psoriasisförbundet
Annelie Edrén	Psoriasisföreningen
Nationella programområden	
Birgitta Stymne	Hud- och könssjukdomar
Charlotta Enerbäck	Nationell arbetsgrupp (NAG) Psoriasis
Professionsföreningar	
Toomas Talme	Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi
Helena Molin	Dermatologi venereologi sjuksköterskor i Sverige