

18. november 2025

Høringssvar fra DSAM til Dansk Psoriasis Database (PSODA)

DSAM takker for at få mulighed for at give høringssvar til Dansk Psoriasis Database (PSODA).

Vi har noteret, at PSODA kun vedrører psoriasispatienter, der følges på sygehus og i speciallægepraksis, og derfor ikke vedrører alle de patienter med en lille smule psoriasis, som vi ofte ser i almen praksis.

Vi har i DSAM drøftet, hvordan I er nået frem til årlige kontrolintervaller hos alle over 18 år, når grundlaget er usikkert. I skriver:

Om hba1c

Konklusion: Der er bred enighed i litteraturen om vigtigheden af screening for diabetes (evidensniveau 1A jf. Oxford), dog er der internationale forskelle i anbefalede monitoreringsblodprøver som anbefales til dette samt kontrolintervallet. Årlig screening for HbA1c hos patienter med moderat til svær psoriasis vurderes at være bedste kliniske danske praksis (evidensniveau 2A jf. Oxford). Effekten af opsporingen på kardiovaskulære hændelser heriblandt diabetes er ikke fuldt klarlagt endnu.

Om kolesterol

Konklusion: Der er bred enighed i litteraturen om vigtigheden af screening for dyslipidæmi (evidensniveau 1A jf. Oxford), dog er der internationale forskelle i anbefalede monitoreringsblodprøver samt kontrolintervallet. Årlig screening for dyslipidæmi hos patienter med moderat til svær psoriasis vurderes at være bedste kliniske danske praksis (evidensniveau 5 jf. Oxford). Effekten af opsporingen på kardiovaskulære hændelser hos patienter med psoriasis er ikke fuldt klarlagt endnu.

OM BT

Konklusion: Der er bred enighed i litteraturen om vigtigheden af screening for forhøjet blodtryk (evidensniveau 1A jf. Oxford), dog er der internationale forskelle i anbefalede kontrolintervaller. Årlig screening for forhøjet blodtryk hos patienter med moderat til svær psoriasis vurderes at være bedste danske kliniske praksis (evidensniveau 2A jf. Oxford). Effekten af målingen af forhøjet blodtryk hos patienter med psoriasis på kardiovaskulære hændelser er ikke fuldt klarlagt endnu.

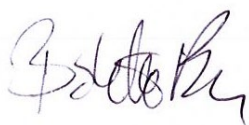
Det virker, som om årlige kontrolintervaller er valgt, fordi det er det nemmeste at gøre, men er det ikke unuanceret? Og vil det ikke også kræve mange ressourcer? Vil det ikke være muligt at foretage en individuel risikovurdering?

I "National klinisk retningslinje for psoriasis" er vurderingen, at patienter med *svær psoriasis* har forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdom og bør behandles svarende til anbefalinger for personer med høj risiko for hjerte-kar-sygdom. I DSAM's vejledning for hjertekarsygdom står der, at "Hvis SCORE2 er lav, og der ikke er nævneværdige ændringer i risikofaktorer, f.eks. rygestatus, kan risikovurderingen gentages efter 5 år".

Samlet set er indikatorerne relevante for patienter med psoriasis, men DSAM anbefaler en større individualisering af patienterne. Begrundelsen er den manglede evidens for effekt og dernæst en hensyntagen til sundhedsvæsenets samlede ressourcer.

Hvis en patient med psoriasis, der følges i PSODA, er 18 år og har et hba1c på f.eks. 32, et blodtryk på 110/70 og et kolesterol på 5, er der f.eks. ikke grund til at gentage prøver de næste 5 år. Hvis individualisering er for kompliceret, kan man evt. vælge at indføre forskellige årsintervaller for forskellige aldersgrupper, men det vil være den næstbedste løsning.

De bedste hilsner



Bolette Friderichsen
Formand i DSAM