

Om helsetjenesten

Psoriasis og psoriasisartritt – er sydenopphold behandling eller velferdstilbud?

Sammendrag

Bakgrunn. Tilbud om behandlingsreiser i offentlig regi for pasienter med psoriasis eller psoriasisartritt har eksistert i mange år. I 2002 ble det gjennomført et prøveprosjekt for pasienter med begge sykdommer.

Materiale og metoder. 50 pasienter med psoriasis og psoriasisartritt fikk klimabehandling og medisinsk treningsterapi i Tyrkia. Utslettet ble evaluert ved ankomst og avreise (PASI 0–72). Pasientene registrerte leddsmerter (VAS 0–100) og funksjon (MHAQ 1–4) samt hud- (DLQI-N 0–29) og leddrelatert livskvalitet (ADI-N 0–33) ved ankomst, en uke etter og to måneder etter behandling. Standardisert responssnitt (endring/SD-endring) ble brukt til å fortolke den kliniske betydningen av resultatene.

Resultater. Vi fant statistisk signifikant ($p < 0,05$) endring i skåre for PASI (6,0 versus 2,0), DLQI-N (8,4 versus 2,2 versus 4,6), ADI-N (9,9 versus 4,8 versus 7,0) og MHAQ (1,6 versus 1,3 versus 1,4) (gjennomsnitt). Det var ingen signifikant endring i smerte for dem med leddsmerter. Sykdomsaktiviteten var liten ved ankomst. Behandlingen hadde stor klinisk betydning for sykdomsrelatert livskvalitet en uke etter hjemreise, moderat etter to måneder. Endring i leddsmerter og leddfunksjon ble vurdert til å være av liten betydning.

Fortolkning. Dersom denne type klimabehandling skal anses som supplerende behandling, anbefaler vi sikring av diagnose, høy til moderat sykdomsaktivitet og bruk av kostnad-nytteanalyser.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Cato Mørk
cato.mork@rikshospitalet.no
Hudavdelingen
Rikshospitalet
0027 Oslo

Mehmet Özek
Borger Bad
3514 Hønefoss

Astrid Klopstad Wahl
Høgskolen i Oslo
0167 Oslo

Psoriasis og psoriasisartritt er en kronisk inflammatorisk sykdom i hud og ledd forårsaket av en nedarvet forstyrrelse i immunsystemet. Prevalensen av psoriasis er ca. 2 %, og en tredel av medlemmene i de nordiske psoriasisforeningene forteller at de har fått diagnosen psoriasisartritt av hudlege eller revmatolog (1, 2). Sykdommen påvirker pasientenes livskvalitet (3–5). Dårlig etterlevelse i forhold til tidkrevende, klissete, kosmetisk uakseptabel behandling med kremer og salver, lysbehandling og tablettbehandling er et problem. Dette er ofte forklaringen på dårlig behandlingseffekt. Behandlingsopplegg som gjør livet enklere for pasientene, er derfor ønskelig.

Klimabehandling representerer et supplement til tradisjonell behandling. 600 norske psoriatikere får årlig klimabehandling i regi av psoriasisprogrammet ved Behandlingsreiser til utlandet ved Rikshospitalet. 60 % av disse pasientene oppgir at de har leddplager, og en tredel at de har fått diagnosen psoriasisartritt av revmatolog. 200 personer med psoriasisartritt reiser i tillegg med revmaprogrammet i Behandlingsreiser til utlandet. Mange pasienter reiser i begge programmene, også innenfor samme år. Det er rapportert at klinisk alvorlighetsgrad av psoriasis og psoriasisartritt (6) og sykdomsrelatert livskvalitet (7) blir bedre etter klimabehandling.

Pasientorganisasjonene har lenge arbeidet for at mennesker med psoriasis og psoriasisartritt skal få et eget program som er tilrettelagt for både hud- og leddplagene. Behandlingsreiser til utlandet fikk i 2001 tildelt ekstraordinære statlige midler som måtte benyttes i løpet av 2002. Man valgte å bruke en del av disse midlene til et prøveprosjekt for behandling tilrettelagt for pasienter med psoriasis og psoriasisartritt.

Materiale og metode

Prosjektet ble annonsert i pasientorganisasjonenes medlemsblader, og organisasjo-

nene informerte sine medlemmer. Seleksjon av pasienter var basert på opplysninger fra søknadsskjemaer som vanligvis benyttes av pasienter som deltar i klimabehandling i regi av Behandlingsreiser til utlandet. Informasjonen i søknadsskjemaene skulle sikre at pasientene hadde fått diagnose hos relevant spesialist, at de hadde alvorlig til moderat sykdomsaktivitet, at de var over 18 år og hadde god toleranse for sol. Annen alvorlig sykdom, handicap eller psykososiale problemer var diskvalifiserende for deltakelse.

Vi mottok 80 søknader. 18 personer takket nei etter å ha mottatt tilbud om behandling, sju ble ikke prioritert på grunn av lite artritt og/eller utslett, og fem ble ekskludert på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Pasientene fikk informasjon om at de ikke skulle forbehandle sitt utslett før avreise – det skulle være best mulig samsvar mellom status på søknadstidspunkt og ankomststatus. En pasient gav tilbakemelding om bedring av utslettet og trakk søknaden.

Studien var ukontrollert og prospektiv. Pasientene fikk tre ukers behandling i september 2002 ved Scandinavian Rehab Center i Tyrkia, like ved turistbyen Side. Behandlingssenteret har norsk eierselskap, og anlegget ble bygd i 1997. Senteret er knyttet til et moderne firestjerners hotell der pasientene er innkvartert. Hotellet er tilrettelagt for pasienter med fysiske handicap, og takterrassen var tilrettelagt for nakenoling. Personalet bestod av hudlege (prosjektansvarlig), spesialist i fysikalsk medisin, fem fysioterapeuter og to sykepleiere.

Behandlingen bestod av soling, bading i sjøvann, daglig hudpleie med fuktighetskremer og oljebad, ro og hvile. Pasientene

! Hovedbudskap

- Klimabehandling av psoriasis og psoriasisartritt er et supplement til etablerte behandlingsformer
- Pasientene får en god, men forbigående bedring av sykdomsrelatert livskvalitet
- God pasientseleksjon er avgjørende for at sydenoppholdet ikke skal bli et velferdstilbud

Tabell 1 Behandlingseffekt ved klimaterapi mot psoriasis og psoriasisartritt. Standardisert responssnitt (SRM) angir forskjell i forhold til start av behandlingen delt på SD for forskjell. Klinisk betydning: Stor ved SRM-verdi > 0,8, moderat ved 0,5–0,8, liten ved 0,2–0,5 (12, 13)

	Måleinstrument	Ankomst (snittskåre, KI)	Etter behandling (snittskåre, KI)	SRM-verdi (gjennomsnitt)	2 md etter behandling (snittskåre, KI)	SRM-verdi (gjennomsnitt)
Grad av psoriasis	PASI ¹ (0–7,2)	6,0 (4,8–7,2)	2,0 (1,5–2,6) ⁶	1,09		
Smerte	VAS ² (0–100)	29 (23–36)	28 (23–33)	0,63	34 (28–41)	–0,65
Hudrelatert livskvalitet	DLQI-N ³ (0–29)	8,4 (6,7–10,0)	2,2 (1,2–3,3) ⁶	1,11	4,6 (3,3–5,8) ⁶	0,54
Leddrelatert livskvalitet	ADI-N ⁴ (0–33)	9,9 (8,6–11,2)	4,8 (3,7–5,9) ⁶	1,36	7,0 (5,7–8,2) ⁷	0,71
Leddfunksjon	MHAQ ⁵ (1–4)	1,6 (1,5–1,7)	1,3 (1,2–1,4) ⁷	0,24	1,4 (1,3–1,6) ⁷	0,30

¹ Psoriasis Area and Severity Index² Visual Analogue Scale³ Dermatology Life Quality Index, norsk versjon⁴ Arthritis Disability Index, norsk versjon⁵ Modified Health Assessment Questionnaire⁶ p < 0,01⁷ p < 0,05

fikk individuell, aktiv og funksjonsrettet trening for leddplagene (medisinsk treningsterapi ad modum Holten). Fysioterapeutene ledet små grupper i varmtvannstrening, øvelser i treningssal, uteaktiviteter (ballspill, sykling, stavgang) og avspenningsøvelser. Den medikamentelle behandlingen ble ikke endret, men kunne suppleres med annen antiinflammatorisk terapi ved behov. Det var obligatorisk undervisning med fokus på forskning, behandling, smertemestring, sykdomsrelatert livskvalitet og et sunt levesett – med tanke på å bedre pasientens sykdomsmestring.

Intensiteten i psoriasisutslettet ble målt ved PASI-skåre (Psoriasis and Area Severity Index) ved ankomst og avreise (8). Pasientene registrerte leddsmerte på en 100 mm VAS-skala ved ankomst og én uke og to måneder etter hjemkomst (9). Samtidig registrerte de livskvalitet relatert til hud- og psoriasisartritt ved bruk av de norske versjonene av Dermatology Life Quality Index (DLQI-N) (5) og Arthritis Disability Index (ADI-N) (10), samt leddfunksjon ved bruk av Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ) (11). I spørreskjemaene er det fire svaralternativer for hvert enkelt spørsmål, og totalskåren beregnes som en sum av alle spørsmål (DLQI-N 0–29 og ADI-N 0–33) eller en gjennomsnittsverdi (MHAQ 1–4).

Paret t-test og Wilcoxon/Friedmans test ble benyttet for å analysere forskjeller før og etter behandling for henholdsvis normal- og skjevfordelte data. Forskjeller mellom grupper ble analysert med Mann-Whitneys test. Testene var tosidige, og p < 0,05 ble ansett som statistisk signifikans etter eventuell justering (Bonferoni) for multiple sammenlikninger. Data presenteres som gjennomsnitt med 95 % konfidensintervall (KI). Klinisk relevans av endringer i effekt-målene ble evaluert ved bruk av standardisert responssnitt (SRM), definert som forskjell i skåre delt på SD for forskjell i skåre (12, 13).

Resultater

Pasientgruppen bestod av 29 kvinner og 21 menn, med gjennomsnittsalder 51 år (KI 48–55 år). Basert på opplysninger

i søknadsskjema ble PASI-skåre beregnet til 7,9 (KI 6,2–9,6). 47 pasienter ble vurdert til å ha høy prioritet for artrittbehandling, tre moderat prioritet. Ved ankomst var PASI-skåre 6,0 (KI 4,8–7,2). Noen pasienter hadde ikke utslett ved ankomst, til tross for at alle var blitt informert skriftlig om å kontakte de ansvarlige før reisen dersom de hadde lite utslett eller ble bedre. 36 pasienter hadde aktiv artritt, fordelt på følgende undergrupper: mono-/oligoartikulær artritt (n = 26), polyartritt (5), spondylitt (n = 12), ytterleddsartritt (n = 5) og mutilerende type (n = 0). Noen pasienter tilhørte to undergrupper. Hos 14 pasienter ble artritt ikke påvist. Sykdommen hadde vart i 29 år (KI 25–34 år). 15 personer hadde tidligere vært innlagt i sykehus på grunn av psoriasis, og disse hadde i gjennomsnitt 3,5 innleggelser. Ingen pasienter hadde tidligere hatt erythrodermi. Selvrappportert psykososial belastning av psoriasis var 3,6 (KI 2,9–4,2) på en skala fra 0 til 10 (0 = ingen belastning, 10 = maksimal belastning). Ti pasienter hadde vært sykmeldt på grunn av psoriasis de siste tre måneder, i gjennomsnitt 5,6 uker (KI 4,4–6,8 uker).

Alle pasientene gjennomførte behandlingen og deltok i evalueringene. De solte seg i 94 timer (KI 88–99 timer) under oppholdet og deltok aktivt i treningsprogrammet. Det var lite fravær. Behandlingsresultatene er oppsummert i tabell 1. DLQI-N viser at pasientene hadde størst plager (snittskåre > 1,0, dvs. «en del» eller «betydelige plager») knyttet til kløe og sårhet i huden, sjenanse, bruk av klær og behandlingen. Stor klinisk bedring (SRM > 0,8) en uke etter hjemkomst ble observert for områdene kløe og sårhet i huden, sjenanse, stell av hus og hage og belastning ved psoriasisbehandling. Denne effekten var liten (SRM ≤ 0,5) for alle spørsmålene i DLQI-N etter to måneder. Leddplagene (ADI-N) var ved ankomst størst (snittskåre > 1,0 dvs. «mye» eller «svært mye plager») knyttet til smerte, husarbeid, arbeid og karriere. Behandlingseffekten var stor (SRM > 0,8) for smerte, husarbeid og arbeid etter en uke, moderat til liten etter to måneder. Bedringen i totalskåre i ADI-N var signifi-

kant større for pasienter uten artritt enn for pasienter med artritt en uke etter hjemkomst (6,2, KI 4,2–8,2) versus 4,7 (KI 3,4–6,0). Det var ingen statistisk signifikant forskjell i skåre mellom disse gruppene før interven-sjonen. Pasientenes fysiske funksjon var mest redusert for sportsaktiviteter ved ankomst (snittskåre > 2,0 dvs. «store problemer» eller «kunne ikke utføres»). Bedringen i fysisk funksjon var liten (SRM < 0,5) til moderat (SRM 0,5–0,8) etter behandling. Bedring i MHAQ-skåre var igjen signifikant større for gruppen uten artritt etter to måneder enn for artrittgruppen (0,3, KI 0,2–0,5) versus 0,1 (KI 0,0–0,2), p < 0,05, men det var ingen forskjell mellom gruppene ved start av behandlingen.

Diskusjon

Økonomiske, reisetekniske og andre praktiske hensyn var avgjørende for valg av studiedesign, antall pasienter og tidspunkt for behandlingen. En kontrollert, randomisert studie i vinterhalvåret hadde vært ønskelig, men ville krevd langt større ressurser og et annet behandlingssted med varmere klima om vinteren. Vi benyttet validerte og anerkjente skåringssystemer i studien. Behandlingen synes å ha klinisk stor, men forbigående, effekt på sykdomsrelatert livskvalitet ved avsluttet behandling. Mange hadde en prosentuell god bedring av psoriasisutslettet, men fordi pasientene i utgangspunktet hadde lite utslett, var den absolutte endringen i PASI-skåre liten. Effekten på leddsmerte og leddfunksjon ble vurdert til å være av liten klinisk betydning. Bedringen i den artrittrelaterte livskvaliteten og leddfunksjonen var, noe overraskende, signifikant større for gruppen med leddplager, men uten påvist artritt, sammenliknet med gruppen med artritt.

Vi hadde forventet flere søknader til prosjektet. Få søkere resulterte derfor i meget høy innvilgelsesprosent og mange pasienter med lav sykdomsaktivitet. Studien avdekker således ikke noe stort behov for behandlingstilbudet, men vi tror ikke at antall søknader nødvendigvis gjenspeiler behovet. Behandling i vinterhalvåret

og annonsering i dagspressen ville trolig ført til flere søknader.

Hele 28 % av pasientene hadde ikke tegn på artritt etter undersøkelse ved ankomst, selv om dette var en forutsetning for behandlingen. Deres søknader kom alle fra allmennlege. Pasientene hadde også lite utslett ved ankomst. Opplysningene tyder ikke på at disse pasientene hadde behandlet seg mye i forkant av turen. I en nordiske livskvalitetsstudie var gjennomsnittlig PASI-skåre for de norske pasientene, som var rekruttert fra dermatologer og universitetsklinikker, 9,2 ($\pm$ 6,4). PASI-skåre for pasientene i det norske psoriasisprogrammet har ligget på rundt 10 ved start av behandlingen (1). Den prosentvise fordeling av de ulike psoriasisartrittypene var som forventet, men det var for få pasienter med poly- og ytterleddsartritt til at man kunne utføre subgruppeanalyser.

DLQI-N-skåre og ADI-N-skåre ved ankomst var lav sammenliknet med tidligere studier av pasienter som har deltatt i psoriasisprogrammet (DLQI-skåre 15–17) og de norske pasientene med psoriasisartritt som deltok i den nordiske livskvalitetsstudien (ADI-N-skåre 25,1) (2, 7). Ankomstskåre ved MHAQ var i størrelsesorden som ankomstskaeren for de pasienter som har deltatt i revmaprogrammet i Behandlingsreiser til utlandet de to siste sesonger (1,4–1,7). På bakgrunn av at pasientene var relativt lite plaget og at det ikke var spesiell høy forekomst av komorbiditet, var det overraskende mange som var trygdet eller hadde vært sykmeldt i forkant av behandlingen.

Pasientene fikk omtrent like mange soltimer som det de vanligvis har i psoriasisprogrammet på Gran Canaria, selv om den fysikalsk-medisinske behandlingen tok mye tid i dette prosjektet. Pasientene rapporterte, noe overraskende, nesten ikke bedring i smertene en uke etter hjemkomst, og de hadde signifikant mer smerter enn ved start av behandlingen etter to måneder. Dette kan ha sammenheng med at tomånedersdataene er fra november, en periode av året der pasientene normalt har større sykdomsaktivitet. Vi hadde forventet at det var en korrelasjon mellom bedring i livskvalitet og smerteopplevelse.

Pasientevalueringen var langt mer positiv enn det vi får frem ved fortolkning av data i denne rapporten (14). Dette er i overensstemmelse med tidligere erfaring i Behandlingsreiser til utlandet. Klimabehandling er svært pasientvennlig. Pasientene og pasientorganisasjonene har alltid vært svært positive og pådrivere for denne behandlingsformen. Gjennom flere år har vi i psoriasisprogrammet erfart liten korrelasjon mellom pasienttilfredshet og den objektive bedring i sykdomsaktivitet.

I psoriasisprogrammet rapporterer 80 % at de blir helt bra eller mye bedre ved avsluttet klimabehandling uten bruk av et medisinsk treningsprogram (upublisererte data). Vi vet ikke hvor mange av disse pasientene som har psoriasisartritt. Når en så stor andel av pasientene rapporterer god effekt, kan dette tolkes dit hen at eksisterende behandlingstilbud er tilfredsstillende.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om forbigående bedring av psykososial helse og liten bedring av kronisk inflammasjon, fysisk helse og sykdomsaktivitet kan forsvare dette behandlingstilbudet. Er klimabehandling et velferdstilbud for personer som har fått diagnosen psoriasis, eller er det en nyttig behandlingsform? Svaret er trolig et betinget ja på begge spørsmålene, men bare dersom man finner de rette pasientene. Det er helt avgjørende å selektene pasienter med korrekt diagnose og tilstrekkelig høy sykdomsaktivitet, hvis ikke vil turene være ferieturer til Syden betalt av det offentlige (15). Mange års erfaring viser at det er vanskelig å foreta denne pasientseleksjonen, og at informasjonen i søknadsskjemaene ikke har tilstrekkelig validitet. Dette har ført til at en stor andel av pasientene ikke burde deltatt i behandlingen ut fra medisinske kriterier. Slike pasienter kan av reisetekniske grunner vanskelig sendes hjem før det er gått tre uker. Dette er en stor utfordring. Kostnad-effekt-analyser bør derfor gjøres for å vurdere bruk av ressursene.

Oppgitte interessekonflikter: Cato Mørk er ansatt ved Hudavdelingen ved Rikshospitalet og arbeider også ved Behandlingsreiser til utlandet samme sted. Mehmet Özek er ansvarlig lege ved Scandinavian Rehab Center

i Tyrkia. Scandinavian Rehab Center har norsk eierselskap, og Mehmet Özek er deleier i dette selskapet.

Litteratur

1. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002; 146: 1006–16.
2. Zachariae H, Zachariae R, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C et al. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5795 members of the Nordic psoriasis associations. *Acta Derm Venereol Scand* 2002; 82: 108–13.
3. Wahl A. The impact of psoriasis on psychosocial life domains. *Scand J Caring Sci* 1997; 11: 243–9.
4. Wahl A, Loge JH, Wiklund I, Hanestad BR. The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 803–8.
5. Finlay AY, Kahn GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210–6.
6. Snellman E, Lauharanta J, Reunanen A, Jansen CT, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Kallio M et al. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. *Br J Dermatol* 1993; 128: 172–7.
7. Mørk C, Wahl A. Improved quality of life among patients with psoriasis after supervised climate therapy at the Canary Islands. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 314–6.
8. Fredriksson T, Petterson U. Severe psoriasis: oral therapy with new retinoid. *Dermatologica* 1978; 157: 238–44.
9. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. Part 1: Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain* 1983; 16: 87–101.
10. Mørk C, Wahl A, Moum T. The Norwegian version of the Dermatology Life Quality Index: a study of validity and reliability in psoriatics. *Acta Dermatol Venereol* 2002; 82: 347–51.
11. Pincus T, Summey JA, Soraci SA Jr., Wallston KA, Hummon NP. Assessment of patient satisfaction of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1346–53.
12. Cohen J. Statistical poweranalysis for the behavioural sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc, 1988.
13. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment; analysis and interpretation. New York: John Wiley, 2000.
14. Waage AM, Bjørnsund TK. Prøvereise til Scandinavian Rehabilitation Center. *Psoriatikeren* 2002; 4: 13.
15. Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 138: 288–92.