

HUD & HELSE

NR. 4 DESEMBER 2016 / 42. ÅRG / PSORIASIS- OG EKSEMFORBUNDET

TEMA:
**YRKESRELATERTE
HUDSYKDOMMER**

S. 8-14



RESULTATER FRA
BYTTESTUDIEN
NOR-SWITCH
SIDE 19

ER ØKONOMI
VIKTIGERE ENN
PASIENTENE?
SIDE 20-21

HELSEØKONOMISKE
EFFEKTER AV
KLIMABEHANDLING
SIDE 22-25



abbvie

EN BEDRE HVERDAG
FOR PASIENTENE
– GJENNOM KOMPETANSE,
ENGASJEMENT OG
INNOVASJON.

AbbVie utvikler behandlingsmetoder for
alvorlige sykdommer. Banebrytende resultater
krever banebrytende forskning.

abbvie.com

PEOPLE. PASSION. POSSIBILITIES.

Innhold

s. 8–10



Når jobben gjør deg syk

Drøyt 250 000 nordmenn oppgir å ha hudplager. 53 000 av disse oppgir jobben som eneste eller delvise årsak. En ny doktorgrad fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har kartlagt yrkene med størst risiko for å utvikle hudplager og hudsykdommer.

Er økonomi viktigere enn pasientene?

Caroline Berentzen måtte bytte fra en velfungerende biologisk behandling til et nytt biotilsvarende legemiddel. – For mange er det et tøft psykisk press å vite at man kan bli fratatt den eneste medisinen som fungerer, sier hun.

s. 20–21



Behandlingsreiser

Studie presenterer helseøkonomiske resultater av motiverende samtaler etter klimabehandling for pasienter med psoriasis. [Side 22–25](#)



Psoriasisartritt

Faller pasienter med psoriasisartritt mellom to stoler, og kan behandlingen bli bedre? [Side 32](#)



Effektiv behandling

Lysbehandling som behandlingsform er velkjent, men hvordan fungerer den egentlig og utgjør den noen form for risiko? [Side 34](#)

Annet stoff

Når hårfarge gir allergi s. 12
Biologisk behandling s. 15
Resultater fra Byttestudien s. 19
Mot et klassesdelt helsevesen s. 26
Diagnoselisten fjernes? s. 28
Den verste hudsykdommen? s. 36
Sminketips for problemhud s. 41

Faste spalter

Hilsen fra redaktøren s. 5
Forbundslederen s. 7
PEF-ung s. 38
PEF Informerer s. 42
PEF Der du bor! s. 44
Kryssord og sudoku s. 49
Oversikt styrer, fylkes- og lokallag s. 50

Forside



Foto: Håkon Mosvold Larsen, NTB Scanpix

BEHANDLER TØRR HUD AV ULIKE ÅRSAKER

FOREBYGGER TILBAKEFALL AV ATOPISK EKSEM



NORMALISERER TØRR HUD, STYRKER HUDBARRIEREN OG HAR I STUDIER VIST Å GI
NESTEN 50 % FLERE EKSEMFRIE DAGER SAMMENLIGNET MED REFERANSEKREM*

Canoderm er et registrert legemiddel som kan forskrives av leger på blå resept
til forebygging av tilbakefall av moderat og alvorlig atopisk eksem eller kjøpes reseptfritt på apotek

*Referansekrem bestående av krembase uten en fuktbindende ingrediens, og med dokumentert nøytral effekt.

Canoderm® 5 % krem (karbamid). Reseptfritt legemiddel til fuktighetsbevarende behandling av tørr hud av ulike årsaker og til forebygging av tilbakefall av atopiskeksem. Les pakningsvedlegget nøye. Unngå å få krem i øyne, nese, ører, åpne sår eller på slimhinner. Kremen kan svi. Anbefales ikke til personer med overfølsomhet mot karbamid eller andre hjelpestoffer. Refusjon: Til forebygging av tilbakefall av moderat og alvorlig atopisk eksem. ACO Hud Nordic AB April 2016. www.omega-pharma.no

Kjære leser!

I denne utgaven har vi valgt å se på kroniske hudsykdommer i et litt annerledes perspektiv. Fokus på hudplager og hudlidelser i arbeidslivet har frem til nå vært sterkere i andre nordiske og vest-europeiske land. Nylig presenterte imidlertid Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) en doktorgradsavhandling som har sett på yrkesrelaterte hudsykdommer i Norge. Lege Jose Hernán Alfonso har kartlagt yrkene med størst risiko for å utvikle slike plager, og han fremmer tiltak som kan styrke informasjon og opplæring rundt risikofaktorer, samt gi kunnskap om hvordan man best kan beskytte seg og redusere eksponeringen som trigger slike problemer.

Hud & Helse synes det er positivt at det rettes oppmerksomhet mot dette feltet. Når vi vet at drøyt 250 000 nordmenn oppgir å ha hudplager, og at ca. 53 000 av disse oppgir jobben som eneste eller delvise årsak, kan vi slå fast at dette er en tematikk som berører mange.

En annen begivenhet som har preget høsten er publiseringen av data fra Byttestudien. Studien har kartlagt hvorvidt et bytte fra et biologisk originallegemiddel til et biotilsvarende medikament er like effektivt og trygt som å fortsette med originallegemidlet. Byttestudien pågikk over 52 uker, og pasienter med blant annet psoriasis

og psoriasisartritt var inkludert. Forskningsprosjektet har fått stor betydning i arbeidet med å sikre dokumentasjon rundt sikkerhet og effekt ved et biologisk bytte. Dette er en problemstilling som berører medlemmer i Psoriasis- og eksemforbundet direkte, og vi vier derfor plass til omtale av resultatene, samt til å rette fokus på bivirkninger av biologisk behandling. Vi presenterer en unik pasienthistorie, med personlige betraktninger rundt prosessen med et bytte.

Hud & Helse avrunder 2016 i visshet om at oppmerksomheten rundt kroniske hudsykdommer som psoriasis, atopisk eksem, kronisk urtikaria og hidrosadenitt øker. Vi går inn i 2017 i håp om at arbeidet med å løfte disse sykdomsgruppene vil enda nye steg i tiden som kommer. Som tidsskrift bidrar vi gjerne til en slik utvikling, der vår fremste oppgave blir å gi et innblikk i det mest aktuelle som rører seg på feltet.

God jul og godt nyttår!

Med vennlig hilsen

ELI SYNNØVE GJERDE
eli.synnove.gjerde@pefnorge.no

« Nylig presenterte Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) en doktorgradsavhandling som har sett på yrkesrelaterte hudsykdommer i Norge. »



Utgiver og annonseansvarlig
Psoriasis- og eksemforbundet (PEF)
Postboks 6547 Etterstad
0606 Oslo

T: 23 37 62 40
F: 22 72 16 59
E: post@pefnorge.no
www.hudportalen.no

Ansvarlig redaktør
Eli Synnøve Gjerde
T: 23 37 62 43
E: eli.synnove.gjerde@pefnorge.no

Redaksjonsutvalget
Ragnar Akre-Aas, Terje Nordengen og
Gudbjørg Martine Lund Dahl.

Layout, design og trykk
07 Media – 07.no
T: 22 79 95 00
E: post@07.no

Abonnement
Abonnement inngår i enkeltmedlemskap til
kr. 395,- eller PEF-ung kr. 190,- (0–26 år).
Kun abonnement koster kr. 275,-

Neste utgivelse
Hud & Helse nr. 1 – 2017 utgis 13. mars

Frist for materiell
1. februar 2017

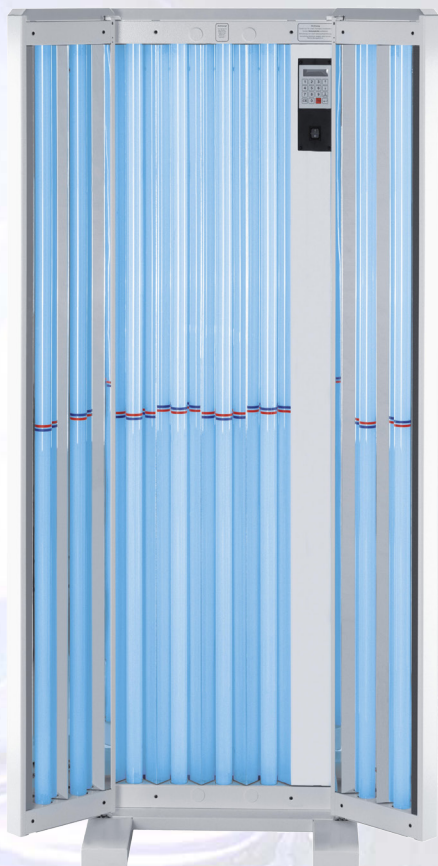
Opplag
6200

Fagpressen

Hud & Helse er en del av Fagpressen.
Fagpressen er en interesseorganisasjon
for seriøse fagblader og tidsskrifter
i Norge.

Lysbehandling til hjemmebruk

Scan-Med. a/s har 40 års erfaring innen lysbehandling, og leverer i dag utstyr til hudavdelinger på de fleste norske sykehus og til en rekke private hudklinikker i Norge, Danmark og Sverige



Waldmann UV 100 m/Digital Timer

UV 100 består av:

- Bakvegg med to bevegelige vinger
- Dobbelt digitalt tidsur
- 8 stk. UV6 / TL01 / PUVA rør
- Rørlengden er 180 cm (helkroppsbehandling)

Pris: fra kr 41.704,- inkl. mva.
med UV6 bredspektret rør.
Kan også leveres som vendbar modell.
Pris på forespørsel.



UV DL500 - TL01

Pris: kr 22.714,- inkl. mva.
med UVB rør.



Håndholdt UVB lampe

UVB håndlampe, med kam

Pris: kr 6.530,- inkl. mva.

Leveres med UVB TL01 eller
bredspektret UVB rør



Dermalight 80 UVB

UVB håndlampe, med kam

Pris: kr 6.652,- inkl. mva.

Leveres med UVB TL01 eller
bredspektret UVB rør

For større foreninger/institusjoner finnes en pris på forespørsel

PEF medlemmer innrømmes 15% rabatt på oppgitte priser

Alle apparatene er CE merket / Nemko – godkjent - Leveringsbetingelser: Ex Works - Betalingsbetingelser: Oppkrav - Forbehold om prisendringer og trykkfeil

Kjære medlem,

Vi som er en del av Psoriasis- og eksemforbundet vet at psoriasis er en alvorlig ikke-smittsom sykdom. Både vi som har sykdommen selv vet dette, så vel som de som behandler den i kraft av å være helsepersonell.

På meg virker det likevel som at mange fremdeles ikke forstår de alvorlige konsekvensene en psoriasisdiagnose kan ha. Derfor er det avgjørende at vi når ut til sentrale helsepolitikere og allmennheten med vårt budskap, slik at sykdommen får den oppmerksomheten den fortjener. Psoriasis- og eksemforbundet gjentok dette i Stortinget i oktober, da vi stilte til høring i anledning neste års statsbudsjett. Vi viste til Verdens Helseorganisasjon (WHO) der generalforsamlingen i 2014 enstemmig anerkjente at psoriasis er en alvorlig kronisk ikke-smittsom sykdom. Vi har sagt dette før, og vi gjentar det så ofte vi kan.

Bryt en barriere!

De psykiske utfordringene ved psoriasis og andre hudsykdommer er et av flere momenter som gjør «våre» diagnoser alvorlige. Dette er det ikke bare WHO som uttaler, men studier viser tydelig at de psykiske sidene ved psoriasis er en alvorlig følge av sykdommen. I anledning Verdens Psoriasisdag 29. oktober var «Bryt barrierer» det internasjonale temaet. Det ble pekt på at psoriasisorganisasjoner verden over må arbeide for å få fjernet eller redusert utstøtelsen av alle med psoriasis. Stigmatisering og diskriminering er ille, og kan gi sterke tilleggsbelastninger for denne pasientgruppen. Psoriasis- og eksemforbundets lokal- og fylkeslag benyttet verdensdagen til å understreke dette. I tillegg ble temaet belyst gjennom et eget bilag som fulgte Dagbladet 27. oktober, og i et åpent sentralt møte som foregikk i Stavanger i samarbeid med PEF Sør-Rogaland.

Generelt må vi fortsette å jobbe med temaet psoriasis, psykisk helse og stigmatisering. Dette arbeidet må alltid være prioritert.

Nordisk samarbeid

NORDPSO er et samarbeidsorgan for de nordiske psoriasisforbundene. Styret består av den valgte og administrative ledelsen i de nordiske landene, og

møtes to ganger årlig. Formannskapet roterer, og fra april neste år er det Norge sin tur til igjen å besitte ledervervet.

I NORDPSO behandler vi felles spørsmål, samt drøfter tiltak og aktiviteter vi kan samarbeide om. Dette gjøres ved å etablere prosjekter eller arbeidsgrupper, som arbeider med aktuelle temaer. Norge påtok seg i høst å få etablert et prosjekt som skal belyse forholdene i de nordiske land når det gjelder psykiske utfordringer ved psoriasis. I møte i Stockholm i oktober var det også enighet om å opprettholde psoriasis-artrittgruppen. Vi hadde i tillegg innslag fra unge med psoriasis som delvis avviklet sitt eget møte, men som også hadde felles samling med NORDPSOs styre. Det nordiske samarbeidet er verdifullt, og vil fortsette i fremtiden.

«Diagnoselista» må bestå!

Som nevnt var vi i Stortinget i høst, hvor vi la frem våre saker for Helse- og omsorgskomiteen. Vi vektla de omtalte psykiske aspektene, men det var også viktig å få frem at vi må unngå at personer med psoriasisartritt mister retten til gratis fysioterapi. Flere grupper av pasienter er i «faresonen» her; ikke bare oss med psoriasisartritt, men også andre diagnosegrupper i Norge. Det har vært bred motstand mot Regjeringens forslag, og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har gått kraftig i mot.

PEF tok videre opp behovet for nasjonale retningslinjer for psoriasis, i tillegg til å påpeke problemene med for få hudleger og nødvendigheten av flere lysbehandlingsenheter. Disse spørsmålene og andre saker vil vi fortsette å ta opp i Stortinget utenfor budsjettbehandlingen, på samme måte som vi i løpet av året møter representanter i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Vi har fått apotekavtale

Til slutt vil jeg minne om at vi denne høsten har inngått en viktig avtale med nettapoteket Komplet Apotek. Samarbeidet gir deg som medlem gode betingelser ved kjøp av en rekke ikke-reseptpliktige legemidler, kremer og salver, med rimelige leveringsbetingelser og en praktisk tjeneste kalt

refusjonshjelpen. Vi skrev om lanseringen av fordelsavtalen i forrige utgave av *Hud & Helse*, og i de kommende utgavene vil vi publisere artikler som beskriver de ulike mulighetene avtalen gir.

Forbundet trenger deg som medlem, og vi er veldig glade for at du er en del av vårt fellesskap! Jo flere vi er, desto sterkere står vi. Jeg vil oppfordre deg, enten du er medlem eller tillitsvalgt, om å bruke enhver anledning til å snakke med folk, samt informere om PEF og hvilken verdi vi har i organisasjonen. Et medlemskap gir fordeler til deg som enten har en hudsykdom eller psoriasisartritt, så vel som for samfunnet ved at våre diagnosegrupper får støtte til å fungere bedre i hverdagen.

Avslutningsvis vil jeg nevne lotteriet. Vi trenger inntekter, så bidra gjerne med å selge lodd. Hva med å gi skrapelodd som julegave? Skraper du frem en gevinst, er du med i trekningen av et reisegavekort til en verdi av 20 000 kroner. Jeg tror mange vil verdsette en slik julepresang.

En riktig GOD JUL ønskes dere alle!

Hilsen



Ragnar Akre-Aas
Forbundsleder



Tema

Yrkesrelaterte
hudsykdommer

Allergiutsatte yrker

Alise Kvammen fikk beskjed om at det var livsfarlig å fortsette i jobben. En ny doktoravhandling gir nå kunnskap om yrkene med største risiko for å utvikle hudplager og hudsykdommer.

Tekst: Kjersti Blehr Lånkan

« Den vanligste arbeidsrelaterte hudsykdommen er allergisk og irriterende kontakteksem. Vanligvis oppstår det på hendene, men noen ganger også i ansiktet eller andre steder. Andre vanlige hudsykdommer, som psoriasis, kan også bli verre på grunn av hudeksponeringer på jobb. »

NY START: Alise Kvammen har skapt en ny arbeidsplass der hun ikke kommer i kontakt med stoffene hun reagerer på. Foto: Thea Kvammen



Alise Kvammen var midt i lærlingtiden som frisør da hun ble syk. Det hadde begynt med at det prikket i hodebunnen da hun farget håret, med mer og mer kløe og svie og små sår. De siste gangene hun farget håret, ble hodet hovent. På jobben ble hun eksponert for kjemikalier hele tiden. – Kroppen ble veldig sensitiv, det var tungt å puste, jeg fikk vondt i hodet og utslett på hendene hvis jeg fikk farge på huden, forteller hun.

Legen ga beskjed om at hun måtte slutte på dagen, at det var livsfarlig å fortsette. – Men når man har funnet noe man brenner for, vil man helst ikke gi seg, sier hun.

Litt over ti prosent av yrkesaktive nordmenn – drøyt 250.000 personer – oppgir å ha hudplager. En av fem av disse, cirka 53.000 personer, oppgir jobben som eneste eller delvise årsak. Lege og forsker ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), Jose Hernán Alfonso, forsvarte nylig doktoravhandlingen sin om hudproblemer hos arbeidstakere. Et av de viktigste funnene hans var at hudkontakt med vann, rengjøringsmidler, olje og skjærevæsker, samt opplevelse av tørr luft innendørs, er blant de viktigste risikofaktorene for selvrapporterte hudplager blant norske yrkesaktive. De største hudrelaterte risikofaktorene for langtidssykefravær hos menn er hudkontakt med rengjøringsmidler og avfall. For kvinner var det hudkontakt med vann. – Generelt er det våtyrker og offshore som gir størst risiko, sier han.

Mest utsatt

Arbeidstakere fra kategoriene under har vært oftest til behandling hos en spesialist i hudsykdommer, og listen gjenspeiler informasjon fra andre registre, for eksempel over langtidssykefravær på grunn av hudsykdom:

1. Frisører og kosmetologer (flest kvinner)
2. Helsepersonell (sykepleiere, leger, tannlegeassistenter med mer er inkludert i denne kategorien)
3. Kokker, kjøkkenassistenter
4. Renholdere
5. Bygg- og anleggsarbeidere
6. Mekanikere/sveisere
7. Offshorearbeidere
8. Servicepersonell (hotell/restaurant)
9. Sysselsatte i landbruk/fiske/oppdrett
10. Operatør, håndverker i næringsmiddelproduksjon

– Rekkefølgen vil variere ut fra datakilden og geografisk område i Norge. Hvis man ser på Nord-Trøndelag, vil de sysselsatte i landbruk/fiske/oppdrett komme på toppen. På Vestlandet og Sørlandet vil offshorearbeidere komme på topp, sier Alfonso.

Forebygging

Ifølge EUs arbeidsmiljøorganisasjon, European Agency for Safety and Health at Work, koster arbeidsrelaterte hudsykdommer i EU-området over fem milliarder euro per år i tapt produktivitet. Alfonso fremhever hvor viktig det er å forebygge. – Utsatte arbeidstakere må få informasjon og opplæring om risikofaktorer og hvordan man kan beskytte seg allerede fra lærlingtiden. Arbeidsgiver må prøve å redusere yrkeseksponering som kan være relatert til problemene. Bedriftshelsetjenesten kan bistå i det arbeidet, sier han.

Videre er det viktig å oppsøke lege så tidlig som mulig. – Tidlig og riktig diagnose er viktig. Jo lengre man venter, desto dårligere blir prognosen, med risiko for kronisk sykdom. Konsekvensen er at mange må omskolere seg etter langtidssykmelding, og noen ender på trygd, sier Alfonso.

Handle raskt

Den vanligste arbeidsrelaterte hudsykdommen er allergisk og irritativt kontakteksem. Vanligvis oppstår det på hendene, men noen ganger også i ansiktet eller andre steder. Andre vanlige hudsykdommer, som psoriasis, kan også bli verre på grunn av hudeksponeringer på jobb. – Irritativt kontakteksem kan til en viss grad helbredes, men risikoen øker for at det blir kronisk eller allergisk. Hudbarrieren er skadd, og er dermed mye mer sårbar for at andre stoffer, inkludert allergifremkallende, trenger gjennom huden. Det er viktig å handle raskt, sier legen.

Hvis man først har utviklet allergi mot et stoff, vil man reagere på det hver gang man kommer i kontakt med det, for resten av livet. – Behandlingen kan være veldig utfordrende, for allergenene kan finnes i mange ting man bruker til daglig, som såpe, sjampo og balsam, påpeker Alfonso.

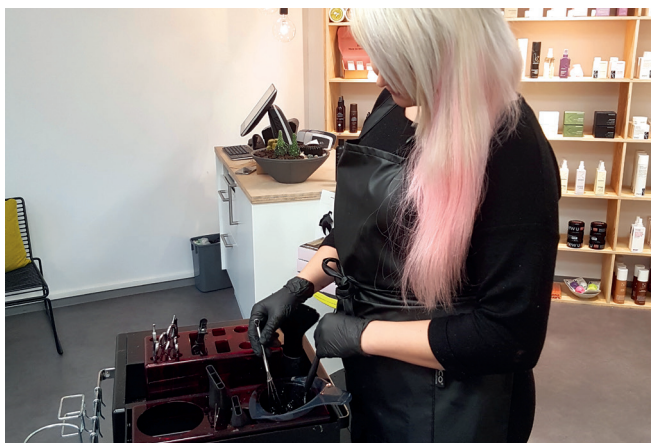
Vann

Fortsatt vet man for lite om forekomst og årsaker til arbeidsrelaterte hudsykdommer i Norge. – Temaet har fått lite oppmerksomhet i Norge sammenlignet med andre nordiske og vest-europeiske land, sier Alfonso. Han påpeker at myndighetene har et ansvar for å sikre at allergifremkallende stoffer kommer i en konsentrasjon man er sikker på ikke vil føre til utvikling av allergi. Imidlertid er det vann som er den største risikofaktoren for irritativ kontakteksem. Hyppig kontakt med vann gir mikroskopiske forandringer i huden, som kan svekke hudens beskyttelsesfunksjon.

– Norge har ingen forskrift som regulerer våtarbeid, der huden kommer i kontakt med vann eller arbeidshansker mer enn to timer hver dag,



OFFSHORE: Yrker innen offshore er blant de mest utsatte for hudsykdommer. Foto: Håkon Mosvold Larsen / NTB Scanpix



HÅRFARGE: Alise Kvammen fikk kløe, svie, små sår og vondt i hodet som følge av allergi. Foto: Thea Kvammen

eller der man vasker hendene mer enn 20 ganger hver dag, påpeker legen.

Hansker

Arbeidstilsynet, på sin side, påpeker at lovverket med forskrifter sier ganske mye om arbeidsgivers ansvar for å vurdere risiko for arbeidstaker. – Hvor flinke arbeidsgivere er, varierer veldig. Noen følger opp med vernetiltak, noen vet ikke nok, og i visse tilfeller vil man ikke, forteller Tone Eriksen, spesialist i arbeidsmedisin i Arbeidstilsynet.

Leger er pliktige til å melde fra til Arbeidstilsynet hvis de mistenker at hudsykdommen er arbeidsrelatert. – Det følges opp av oss, av og til med tilsyn, forteller Eriksen. Hun tror problemet er større enn man gjerne tenker i utgangspunktet. – Særlig hvis man tar med kunnskap om hvordan vann påvirker huden og om bruk av hansker. Man må bruke riktig type hansker ut fra kjemikalene man er i kontakt med, sier hun.

Med bakgrunn i at renholdere og frisører har det høyeste sykefraværet i privat sektor, har NHO startet et prosjekt som heter «Sunne hender», der de henvender seg til disse yrkesgruppene med informasjon om hanskebruk.

For Alise Kvammens del ble redningen den såkalt «grønne» frisørkjeden Floke, som har fjernet produkter med allergifremkallende stoffer i sine salonger. I fjor åpnet Førde-jenta sin egen Floke-salong. – Jeg er glad jeg fant noe som fungerer. Det er kjedelig å skifte yrke på grunn av allergi, sier hun.



RENHOLDERE: Riktig hanskebruk er viktig – og ikke slik som her.
Foto: NTB Scanpix

Ikke undervurder symptomene

– Den beste måten å finne ut av om hudplagene er yrkesrelaterte, er at de blir verre når man er på jobb, og bedre i helger eller i forbindelse med ferie eller sykefravær, eller hvis man utfører andre arbeidsoppgaver, sier lege og forsker ved STAMI, Jose Hernán Alfonso. Hvis du mistenker yrkesrelaterte hudplager, bør du kontakte fastlegen så snart som mulig, slik at legen kan henvise deg til en hudlege eller en spesialist i arbeidsmedisin.

– Det kan også være nyttig å ta det opp med nærmeste leder, for å se om det er mulig å redusere konkrete

eksponeringer, sier Alfonso, som minner om viktigheten av opplæring om risikofaktorer, riktig bruk av hansker og uparfymert fuktighetskrem og beskytte seg mot kulden. Du bør i hvert fall ikke undervurdere de første symptomene. – Vanligvis kommer de veldig gradvis, i form av tørr hud, rødhet, kanskje rødt mellom fingrene. Man får høre at kolleger også har gått gjennom det og tenker, «ja ja, det er kanskje normalt». Den holdningen kan være litt farlig, for da kan hudplagene bli verre, til de en dag blir kroniske, og man eventuelt utvikler allergi, sier Alfonso.

De vanligste hudsykdommene

De vanligste arbeidsrelaterte hudsykdommene er allergisk og irriterende kontakteksem. Begge typene kan forårsakes av direkte kontakt mellom huden og et kjemisk stoff.

- Irritativ (toksisk) kontakteksem oppstår etter gjentatt og lengre tids påvirkning av hudirriterende stoffer, ved at de ødelegger hudens beskyttelsesbarriere slik at huden blir irritert, rød og sprukket og lettere mottakelig for ytre påvirkning.

- Allergisk kontakteksem forårsakes av allergifremkallende kjemiske stoffer (allergener) som trenger gjennom huden og påvirker forsvarssystemet.

- Urtikaria, eller elveblest, forårsaket av arbeidsrelaterte faktorer forekommer også. Dette er et kløende utslett som består av vabler/blemmer av ulik form som varer fra minutter til timer.

Kilde: Statens arbeidsmiljøinstitutt



EKSEM: Eksempel på allergisk kontakteksem hos en kelner som vasket hendene mer enn 30 ganger om dagen med en såpe med desinfeksjonsmiddel. Foto: Dr. Crépy / Atlasdedermatologieprofessionnelle.com

Vi jobber med å forbedre livet hver dag – for og med pasienten i sentrum

I UCB har vi et **felles ønske** om å forbedre livet for mennesker med immunologisk og neurologisk sykdom.

For oss begynner alt med spørsmålet: «hvordan kan vi **utgjøre en forskjell** for den som lever med alvorlig sykdom?»

Tema

Yrkesrelaterte
hudsykdommer



FARGE: De fleste hårfarger inneholder svært allergifremkallende stoffer.

Når hårfarge gir allergi

Mattilsynet, Forbrukerrådet og en rekke forskere advarer mot risikoene ved å farge håret.

Tekst: Kjersti Blehr Lånkan

Foto: Håkon Mosvold Larsen/NTB Scanpix

Carina Hultgren sitter i frisørstolen og venter på at det mørkebrune håret skal farges. – Egentlig er jeg naturlig blond. Vi jobber med å få det litt lysere, sier hun. Hun er fast kunde hos Floke frisører, en såkalt grønn frisørkjede, som har streng kontroll med stoffene de bruker. Av miljø- og helsehensyn har de kuttet ut over 90 prosent av produktene som brukes hver dag i vanlige frisørsalonger.

Frisør Kristin Johansen pensler farge på Carinas hårrøtter. – Jeg har hatt mye irritert, sår hodebunn. Med andre farger pleide det å svi når frisøren gjorde dette. Nå kjenner jeg ikke noe, sier Hultgren. Kjeden har tatt et tydelig standpunkt på at de avstår fra å bruke ammoniakk og de svært allergifremkallende – men vanlige – stoffene phenylenediamine (PPD) og toluene-2,5-diamine (PTD) – samt søsterstoffene deres.

– I mange hårfarger er ammoniakk kuttet ut, derfor er ikke lukten så markant. Men hårfarger som ikke

lukter har som regel PTD, forteller gründer og eier av Floke, Irene Stana. Det mye brukte stoffet resorcinol, som står på EUs liste over hormonforstyrrende stoffer, finner du heller ikke her. Det samme gjelder en del vanlige parfymestoffer og en rekke konserveringsmidler, som det allergifremkallende MI – som i mange produkter har erstattet parabener.

Til tross for at hårfargen de bruker nå går for å være bedre, er også den kjemisk fremstilt. Stana er derfor kritisk til den økende bruken av begrepet «økologisk» om hårfarger. – Selv noen hennafarger inneholder PTD, forteller hun.

Økt allergi

I Danmark har omtrent 18 prosent av mennene og 74 prosent av kvinnene farget håret minst én gang, ifølge en undersøkelse. Mattilsynet i Norge, som kontrollerer at kosmetikk produseres og selges i henhold til regelverket, anbefaler folk å tenke seg nøye om før man velger å farge håret. – Hårfarger inneholder en rekke kjemikalier, og flere av disse har potensial til å være sensibiliserende i sterk eller ekstremt sterk grad, altså at de kan gi permanent allergi, forteller Ingrid Stavenes Andersen, rådgiver for seksjon merking og kvalitet i Mattilsynet.

Flere studier, både fra Europa og Asia, viser at forekomsten av kontaktallergi for hårfargemidler har økt kraftig de siste tiårene, både i den generelle befolkningen og blant frisører, forteller hun. – I Tyskland er det anslått at mer enn 1,3 millioner voksne er sensitive overfor ett eller flere av disse stoffene. Samtidig ser man at bruken av hårfargemidler er økende, og at stadig

yngre brukergrupper farger håret. Jo oftere du blir eksponert for disse stoffene, desto større er sannsynligheten for å utvikle allergi, sier Andersen.

Lege og forsker ved Statens arbeidsmiljøinstitutt, Jose Hernán Alfonso, har nylig avlagt doktorgrad på arbeidsrelaterte hudproblemer. – Frisører er blant de yrkesgruppene som har to til fem ganger høyere risiko for å utvikle hudsykdommer. Kjemikalier fra hårfarger er en av flere ting som trolig bidrar, sier han.

180 stoffer forbudt

Forskere ved Karolinska Institutet i Stockholm fant stoffer som kan lede til kontaktallergi i 120 av 122 fargeprodukter, meldte Aftenbladet i 2010. Forbrukerrådet gikk i 2014 ut og frarådet unge, gravide og ammende mot å farge håret, etter å ha testet tolv hårfargemidler. Forbrukerrådet fant at samtlige hårfarger kunne gi alvorlige allergiske reaksjoner, og at ti av tolv inneholdt hormonforstyrrende stoffer.

– Det trengs en strengere regulering, både av allergifremkallende stoffer og av hormonforstyrrende kjemikalier i kosmetikk. Det er helt urimelig at forbrukerne skal eksponeres for denne risikoen, mener Gunstein Instefjord, fagdirektør i Forbrukerrådet.

I EU startet arbeidet med å utvikle regelverket for hårfarge i 2003. Til nå er over 180 stoffer forbudt, og strengere krav til merking og informasjon er innført.

– Svært sjelden

I fjor ble det rapportert inn åtte klager på hårfargeprodukter til Folkehelseinstituttets bivirkningsregister for

Råd for farging

Den sikreste – og eneste – måten å unngå bivirkninger av hårfarger på er å la være å farge håret. Hvis du likevel velger å farge håret, bør du unngå midlertidig tatovering med svart henna, fordi det øker risikoen for allergi ved hårfarging. Du bør også la være å farge håret dersom du har fått utslett (rødhet, kløe, sårdannelse) etter tidligere farging av håret, øyevipper og øyebryn, samt etter sort hennatatovering.

Kilde: Folkehelseinstituttet

« – Frisører er blant de yrkesgruppene som har to til fem ganger høyere risiko for å utvikle hudsykdommer. Kjemikalier fra hårfarger er en av flere ting som trolig bidrar. »

kosmetiske produkter. – Dette er som oftest svie, kløe, rødhet, hevelse og/eller eksem, forteller Berit Granum, seniorforsker ved avdeling for toksikologi og risiko ved Folkehelseinstituttet.

– Bivirkningsmeldinger for hårfarger utgjør ikke en stor prosentandel av de meldingene vi får inn til registeret. Men de bivirkningene som meldes inn etter bruk av hårfarge, er ofte kraftige, og i enkelte tilfeller har forbrukeren måttet oppsøke lege for å få medisinsk behandling.

Finn Rasmussen, administrerende direktør i Kosmetikkleverandørenes forening, påpeker at alvorlige allergiske reaksjoner forekommer svært sjelden i forhold til de mange hårfarginger som foretas i Norge – ca. 5,5 millioner hvert år.

– Når sikkerheten ved et hårfargeprodukt skal bedømmes, tar produsenten hensyn til fargestoffenes iboende egenskaper, eksponering og hvordan den totale sammensetningen av produktet virker ved normal bruk i henhold til bruksanvisningen. Å diskutere bare iboende egenskaper setter fokus på kun én del av sikkerhetsbedømmelsen. Hårfargeprodukter er i særklasse et av de mest grundig undersøkte og sikkerhetsvurderte forbruksprodukter på markedet i dag, sier han.



PPD: Her fra en person som har reagert kraftig mot stoffet PPD da hun farget håret. Foto: Pr Tennstedt D.U.C.L / atlasdermatologieprofessionnelle.com



LYSERE: Carina Hultgren er egentlig naturlig blond, og vil farge håret lysere igjen.

Reaksjoner

P-phenylenediamine (PPD) og toluene-2,5-diamine (PTD) er to av stoffene som forekommer ofte i hårfarger. Disse stoffene er svært allergifremkallende og kan gi kraftige allergiske reaksjoner i form av eksem, nupper, rødme og eventuelt blærer i hårkanten, i ansiktet og på halsen.

Som regel merker du det innen de første døgnene hvis du reagerer på

hårfargen. I enkelte tilfeller kan reaksjonen være så voldsom at den krever innleggelse på sykehus. Hårfargemidler kan også inneholde ulike typer konserveringsmidler som er mistenkt for kunne påvirke hormonbalansen hos mennesker og dyr, noen kan gi allergiske reaksjoner og noen kan bidra til antibiotikaresistens.

Kilde: erdetfarlig.no (Miljødirektoratet)

Sprikende instruksjoner

I 2012 fant forskere fra Danmark, Norge, Frankrike, Sverige, Tyskland og Spania at instruksjonene som fulgte med hårfarger om selvtesting før hårfarging, var svært sprikende. Nå i 2016 gjorde forskerne en oppfølgingsstudie, for å se om bransjen hadde forbedret instruksjonene. – Det hadde den ikke, slår lege og forsker ved Statens arbeidsmiljøinstitutt, Jose Hernán Alfonso fast.

I 26 av 28 produkter (93 prosent) ble forbrukeren anbefalt å gjøre en selvtest, men hvordan den skulle gjøres, varierte. Mengden hårfarge som skulle påføres varierte fra «nok» til «liten mengde» og «et tynt

lag», og hudområdets størrelse varierte fra 1 cm til 3,5 cm. Noen anbefalte å teste tre ganger før påføring. Nesten 40 prosent inkluderte ikke en anbefaling om å vaske bort prøven. De andre anbefalte å vente mellom 30 minutter og 48 timer før man vasket bort stoffet.

– Dette er problematisk fordi risiko for utvikling av allergi kan oppstå ved selve testen, spesielt når man anbefaler å ha stoffet på huden mer enn to timer. Man kan utvikle sensibilisering og allergi ved utsettelse for allergifremkallende stoffer på selv små hudområder, sier Alfonso.

Hvilken risiko er det for pasientene?

Psoriasis tilhører gruppen av immunmedierte inflammatoriske sykdommer (IMID). Dette er en gruppe sykdommer som kjennetegnes av akutt og/eller kronisk betennelse med dysfunksjonelle immunreaksjoner. I denne gruppen finner vi også sykdommene psoriasisartritt, Bekhterevs sykdom, revmatoid artritt (RA) og betennelsestilstander i tarm (Morbus Crohn og ulcerøs kolitt). Sykdomsgruppen er ganske vanlig, og det er beregnet at 5–7 % av befolkningen i den vestlige del av verden er affisert.

Tekst: Kåre–Steinar Tveit, Seksjonsoverlege, Hudavdelingen Haukeland Universitetssjukehus
Foto: Haukeland Universitetssjukehus



Behandling av IMID-sykdommene fokuserer på hurtig innsettende sykdomskontroll med fokus på å redusere betennelsen, forhindre vevsskade, og dersom mulig sikre at pasienten kommer i langtidsremisjon fra sin sykdom. Dette oppnås ved å bruke steroider, tradisjonell immun-dempende behandling eller biologisk behandling hvor TNF-blokkere frem til nå har vært dominerende. Alt i 1998 kom de første biologiske medikamentene (TNF-blokker) til behandling av betennelsestilstander i tarm og revmatoid artritt.

De første godkjenningene av biologiske medikamenter på psoriasisartritt forelå i 2002 (etanercept), etterfulgt av infliximab i 2004, adalimumab i 2005, golimumab 2009 og certolizumab 2013. Først i 2004 ble første TNF-blokker (etanercept) godkjent for plakksoriasis, mens godkjenning på infliximab og adalimumab forelå i henholdsvis 2005 og 2008. Etterhvert har det også kommet til flere og andre virkningsmekanismer (ustekinumab 2009, secukinumab 2015).

Biologisk behandling skiller seg fra ordinær medikamentell behandling på flere områder. For det første består disse legemidlene av store komplekse molekyler, som produseres av levende organismer, mens ordinær systemisk behandling kan fremstilles i et reagensglass på disken i et laboratorium. For det andre kan biologisk behandling kun gis enten i form av injeksjon i huden eller intravenøst, mens

ordinære medisiner kan inntas som tablett.

Langtidssikkerhet

For flere av de kroniske betennelses-sykdommene har biologisk behandling fullstendig revolusjonert utfallet av sykdommen, med betydelig positiv påvirkning på livskvalitet for pasienten. Med så potent behandling, ble det også stilt kritiske spørsmål vedrørende langtidssikkerhet ved bruken. De kliniske studiene som lå til grunn for at biologisk behandling ble godkjent har svært kort observasjonstid, hvor studietiden går over 10–30 uker for de aller fleste. Med så kort observasjonstid kan en ikke si noe om langtidssikkerheten for brukeren. Selv om konklusjonen fra alle disse kliniske studiene er at sikkerheten er god, og at en ikke har sett økt risiko for noen spesielle bivirkninger bortsett fra infeksjoner, er det legitimt å stille spørsmålsteget ved om observasjonstiden har vært for kort. I dag er det stort fokus på sikkerhetsdata, og mange land har opprettet egne kvalitetsregistre over sine pasienter som får biologisk behandling. Dette fordi en på den måten bedre kan fange opp bivirkninger og komplikasjoner som først kan komme over tid.

Hva er en spesielt opptatt av å kunne fange opp?

Det er spesielt fokus på om det foreligger økt risiko for infeksjoner, kreft, hjerte-kar sykdom, neurologisk sykdom eller om andre bivirkninger etter hvert vil utkrystallisere seg. Vi skal her gå igjennom det som foreligger av relevant litteratur på området, for å beskrive dagens situasjon.

Selv om det meste som vi vet vedrørende risiko ved bruk av biologisk behandling av immunmedierte inflammatoriske sykdommer kommer fra forskning på revmatiske og inflammatoriske tarmsykdommer, har

vi etter hvert for psoriasis fått mer robuste data fra to store registerstudier, henholdsvis Psolar-studien og PsoBest-registeret. Mens Psolar-studien hovedsakelig baserer seg på Nord-amerikanske pasienter (90 % fra USA og Canada, resterende fra Europa, Midtøsten og Latin-Amerika) er PsoBest en ren tysk database. I Psolar-studien er oppfølgingstiden for pasientene satt til 8 år, for på den måten å fange opp langtidseffekten utover det en har i fase II og III studier, som tidligere ble nevnt sjelden strekker seg lenger enn 30 uker.

Kreft

Spesielt har spørsmålet om kreftutvikling ved immunmodulerende behandling fått stor oppmerksomhet. Immunsystemet vårt har som en av mange oppgaver å bedrive immun-overvåkning. Ved å gjenkjenne visse strukturer på celleoverflaten, kan spesielle «drepe»-T-lymfocytter-og-NK (Natural killer)-celler fjerne potensielle eller ferdig utviklede kreftceller. Når immundempende medisin blir gitt til en pasient med kronisk betennelse, er det blitt postulert at denne egenskapen til immunsystemet blir nedsatt, med påfølgende økt risiko for kreftutvikling. I tillegg er det kjent at kronisk betennelse som forekommer ved både psoriasis og i enda større grad ved psoriasisleddgikt, revmatoid artritt og betennelses-sykdommer i tarm kan ha kreftfremkallende egenskaper i tillegg til krefthemmende egenskaper.

Hva har vi så av data som kan hjelpe oss til å svare på dette vanskelige spørsmålet, om biologisk behandling virkelig kan gi økt fare for kreft? For å kunne uttale oss, må vi vite noe om hva risikoen er for å utvikle kreft uten noen form for behandling, dersom en har en av disse sykdommene.

Store epidemiologiske undersøkelser har vist at det er forskjeller mellom



ulike betennelsessykdommer. Mens kreft og dødsrisiko er sammenlignbar med den generelle befolkningen hos pasienter med inflammatorisk tarm-sykdom (Morbus Crohn=CD og ulcerøs kolitt=UC) er den noe økt hos pasienter med revmatoid artritt og psoriasis. For RA-pasientene er det observert en dobling av risikoen for å utvikle lymfekreft, og en mindre økt risiko for å få lungekreft. For denne pasient-gruppen har en ikke sett en ytterligere økning i krefthetillfellene når en bruker biologiske preparater med unntak av det som betegnes som Non Melanoma Skin Cancer (NMSC), som på norsk står for hudkreft av ikke føflekktype. Spesielt når en kombinerte et biologisk preparat med Methotrexate, så en at denne risikoen var økt.

Ved inflammatoriske tarmsykdommer var det kun en økt kreftrisiko ved Crohns sykdom, men ikke ved ulcerøs kolitt. Økt antall krefthetillfeller var først og fremst sett i magetarmregionen, forårsaket av den kroniske pågående betennelsen i slimhinnen. Vi har begrenset med data tilgjengelig for

å kunne si noe sikkert om denne risikoen for krefthetutvikling øker eller faller ved biologisk behandling. Det som er av data, indikerer at antall krefthetillfeller i tarm kan være noe avtagende, men det etterspørres flere studier. Også her ses en liten økning i NMSC først og fremst hos de pasientene som står på Imurel eller tilsvarende.

Også ved psoriasis er det sett økning av NMSC, samt alkohol- og røykerelaterte krefthetformer. Den økte kreftrisikoen som er blitt påvist hos pasienter med alvorlig psoriasis, kan eventuelt skyldes påvirkning fra samtidig gitt systemisk behandling. Det er kjent at både PUVA, ciclosporin og anti-TNF-blokkere gir økning i risikoen for NMSC hos psoriasis-pasienter. I både Psolar-studien og PsoBest-studien er det så langt ikke sett tegn til økt forekomst av kreft utover dette. Det er heller ikke blitt påvist forskjeller mellom de ulike biologiske preparatene vedrørende krefthetutvikling.

Infeksjoner

Mye av det vi vet vedrørende biologisk behandling og infeksjoner kommer fra

studier utført på RA og IBD-pasienter, mens det frem til nylig har vært mindre kunnskap om psoriasis-pasientene. For både RA- og IBD-pasienter er det mye data som indikerer at disse to store sykdomsgruppene har mer infeksjon i utgangspunktet, sammenlignet med både psoriasis-pasientene og den generelle befolkningen. I den siste Psolar-rapporten som tok for seg infeksjoner, inngikk 11 466 pasienter med 23 311 pasientår. Det fremkommer der at infliximab har en noe høyere risiko for å kunne gi brukeren infeksjoner, sammenlignet med de andre TNF-hemmerne. På den annen side kommer ustekinumab betydelig bedre ut, med en risikoprofil som er sammenlignbar med placebogruppen. I den tyske PsoBest-studien ble det ikke gjort en tilsvarende oppsplitting, men det forelå ingen forskjell i rapportert infeksjons-frekvens mellom de som fikk biologisk behandling, og de som fikk annen konvensjonell systemisk behandling.

Hjertekar

Både ved revmatoid artritt og psoriasis er det vel dokumentert at det er økt



Illustrasjon: Istockphoto

risiko for hjerte-karsykdom inklusive hjerneslag. Beregninger anslår at det er 50 % økt risiko hos RA-pasientene, og at denne risikoen er relatert til akselerert påvirkning fra subklinisk arteriosklerose, som har utviklet seg før pasienten har fått RA-diagnosen. En har hos denne gruppen sett tilbakegang av hjerte-karsykdom hos de som har fått immundempende behandling og spesielt TNF-blokkere. Tilsvarende funn har en gjort hos psoriasispatienter.

I en dansk registerstudie ble hjertekar-komplikasjoner redusert med ca. 50 % hos de som fikk biologisk behandling. I en metaanalyse som konsentrerte seg om randomiserte kontrollerte studier som er gjort på alle grupper av biologisk behandling (TNF-blokkere, anti-IL-12/23 stoffer og anti-IL-17 stoffer) ble det ikke påvist noen signaler som indikerte økt risiko for hjerte-karsykdom. Slik overvåking er likevel relevant da briakinumab, en annen IL-12/23 hemmer under klinisk utprøving, gav økt forekomst av hjerteinfarkt, hjerneslag og dødsfall relatert til hjerte-kar hos studie-

pasientene. Disse hendelsene medførte at medikamentet ble trukket fra markedet. Det har derfor også blitt stilt spørsmålstegn vedrørende ustekinumab, som har samme virkningsmekanisme. En har heldigvis ikke i de ulike kliniske studiene sett tegn til samme utfall som ved briakinumab. Heller ikke i verdens største registerstudium; PSOLAR-studien, har en sett signaler som indikerer at ustekinumab gir økt hjertekar-risiko. Spørsmålet om sikkerhet er likevel legitimt, da en fase-II studie på ustekinumab viste økning i serumkonsentrasjonen av det proarterogeniske (øker avleiring av materiale på innsiden av blodåre-veggen) stoffet IL-12/23P40 i uke 12 med normalisering i uke 32.

Konklusjon

Det er ikke sett økt risiko for alvorlige hjerte-karhendelser eller kreftutvikling ved bruk av biologisk behandling så langt. Det er signaler som tyder på at biologisk behandling kan ha en beskyttende virkning mot uønskede vaskulære hendelser. Ved IBD er det også mulige signaler på reduksjon i antall mage-tarm-krefttilfeller, ved at betennelsesprosessene blir dempet. Selv om TNF-blokkere er funnet å gi større risiko for infeksjoner enn ustekinumab, må en ta med i regnestykket at moderat til alvorlig psoriasis i seg selv kan gi betydelig økt fare for utvikling av skadelige komorbiditeter, med tidligere død som følge.

Det er mye diskusjon i fagmiljøet om når en skal avslutte biologisk behandling. Mange foreslår at en ved klinisk remisjon bør vurdere dette sterkt, og heller starte opp med biologisk behandling på nytt ved tilbakefall. En slik «av og på»-behandlingsstrategi vil gi mindre permanent gunstig påvirkning på de betennelsesdempende stoffene. Det er således grunn til å tro at en slik strategi over tid, vil gi mindre positiv forebyggende effekt mot følgesykdommer, selv om den kanskje gir færre langtidsbivirkninger.

«Kreftspøkelset» vil det nok enda ta flere år før vi får et endelig svar på. Jeg minner om at det tok mer enn 20 år med PUVA-behandling før en etter hvert forstod at det var en sammenheng med antall behandlinger, og utvikling av plateepitel carcinom. I dag vet vi så mye mer, og kan sette mer entydige behandlingsgrenser. Vi er ikke kommet dit enda, når det gjelder biologisk behandling.

Bivirkninger? Slik melder du fra!

Du kan melde inn bivirkninger av medisiner både på vegne av deg selv og dine nærmeste.

Bivirkninger er uønskede virkninger av medisiner. Alle medisiner kan gi bivirkninger. Ubehag eller andre symptomer du merker når du tar et legemiddel kan være bivirkninger, men de kan også være forårsaket av sykdom.

Hva kan du melde?

Du kan melde bivirkninger du tror har sammenheng med medisiner du bruker. Det er spesielt viktig å melde bivirkninger som ikke allerede er nevnt i pakningsvedlegget. Ordningen med å melde bivirkninger omfatter bare medisiner som er godkjent i Norge. Bivirkninger av naturmidler eller kosttilskudd kan du melde via lege, tannlege eller farmasøyt i apotek.

Hvorfor melde bivirkninger?

Din bivirkningsmelding brukes i arbeidet med å gjøre medisinbruk tryggere. Informasjonen du melder inn kan gi ny kunnskap om hvordan bivirkninger påvirker medisinbruk og livskvalitet. Alle meldinger behandles anonymt.

Slik melder du bivirkninger

Du melder inn bivirkninger ved hjelp av et meldeskjema på internett. Skjemaet er tilgjengelig både via Statens legemiddelverk sin nettside www.legemiddelverket.no/meldbivirkninger, eller den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no/meldbivirkninger. Du logger deg inn i skjemaet med BankId, MinID, Commifides eller Buypass.

Har du spørsmål om bivirkninger kan du spørre apoteket eller din behandlende lege. Les alltid pakningsvedlegget nøye og følg rådene. Hvis du opplever plagsomme bivirkninger bør du alltid kontakte lege.

Lege, tannlege og farmasøyt kan også melde bivirkninger på dine vegne gjennom et eget meldesystem for helsepersonell. Det er ikke nødvendig å melde bivirkningen på nytt, dersom du vet at helsepersonell allerede har meldt på dine vegne.

Ønsker du mer informasjon om bivirkninger og riktig legemiddelbruk, se:

Nettsider: www.legemiddelverket.no, www.helsenorge.no
Facebook: Legemiddelverket
Twitter: @legemidelfino

Kilde: Statens legemiddelverk

EN NY GENERASJON PRODUKTER I KAMPEN MOT TØRR HUD

Godt dokumenterte produkter. Selges i apotek, og nå også tilgjengelig på www.hudportalen.no



KIGELIA AFRICANA
Kjent for sin hudgjenoppbyggende
og kløelindrende effekt



THERMAL SALT

Svært godt egnet for deg som får
bedre hud av å bade i saltvann

Byttestudien:

Trygt å bytte til biotilsvarende

Mange ventet i spenning da resultatene fra Byttestudien Nor-Switch ble presentert 17. oktober. Studien viser at et bytte til biotilsvarende infliksimab er like effektivt og trygt.

Tekst: Eli Synnøve Gjerde

Foto: Dagens Medisin

Byttestudien har sett på om det å skifte fra det biologiske legemidlet Remicade til et biotilsvarende legemiddel er minst like effektivt og trygt som å fortsette med Remicade. Både det biologiske og det biotilsvarende legemidlet inneholder virkestoffet *infliximab*, og det var forventet at legemidlene skulle vise seg å være likeverdige med tanke på effekt og bivirkninger. Professor Tore Kvien ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, har ledet studien, og han presenterte resultatene under den årlige europeiske gastroenterologkongressen (UEGW) i Wien. Kvien forklarte forsamlingen at det er ingen signifikant forskjell i effekt, bivirkninger eller antistoffdannelse hos pasienter som fortsatte behandling med originallegemidlet infliksimab (Remicade) og pasienter som byttet over til et biotilsvarende infliksimab (Remsima).

– Nå kan vi sette tre streker under svaret på spørsmålet om det er trygt å bytte fra Remicade til biotilsvarende Remsima eller Inflectra, sa Kvien.

481 pasienter, 6 diagnoser

Byttestudien er en uavhengig randomisert kontrollert studie, som har vært fullfinansiert av det offentlige. Stortinget bevilget 20 millioner kroner til studien over Statsbudsjettet i 2014, og totalt har 481 pasienter med diagnosene Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, spondyloartritt (Bekhterevs sykdom), revmatoid artritt, psoriasisartritt og psoriasis vært inkludert. Flere enn 40 sentra har bidratt i studien som er gjennomført over 52 uker.

Tore Kvien har ledet en prosjektgruppe bestående av fagspesialister, samt representanter fra de berørte pasientorganisasjonene Psoriasis- og eksemforbundet (PEF), Landsforeningen mot fordøysessykdommer (LMF) og Norsk Revmatikerforbund (NRF). PEF har vært representert ved sentralstyremedlem Kenneth Waksvik, som i likhet med Kvien er tilfreds med de fremlagte resultatene:

– Psoriasis- og eksemforbundet har fulgt byttestudien med stor interesse. I diskusjonen som har pågått rundt bytte fra et biologisk originallegemiddel til et biotilsvarende, er det avgjørende



Professor Tore K. Kvien har ledet Nor-Switch. Han la frem resultatene under UEGW-kongressen i Wien 17. oktober.

at pasientsikkerheten ivaretas. Vi har ment at byttestudien måtte ferdigstilles før det ble foretatt generelle anbefalinger om trygt legemiddelbytte i norske sykehus. Muligheten for økonomiske innsparinger på grunn av valg av biotilsvarende medisiner, må aldri gå utover pasientens helse og sikkerhet. Medisinskfaglige vurderinger må alltid ligge til grunn for bruken av medikamenter, sier Waksvik, som mener byttestudien har vært et steg i riktig retning mot å sikre dokumentert trygghet ved bytte.

Store besparelser

Da det biotilsvarende Remsima ble lansert i 2014, var legemidlet nesten 40 prosent rimeligere enn originallegemidlet. Senere har prisene falt ytterligere, og gevinstene ved å benytte biotilsvarende alternativer er blitt enda større. Til Dagens Medisin anslår medisinsk fagdirektør i Statens legemiddelverk, Steinar Madsen, at norske helseforetak kan spare betydelige beløp på å bytte pasienter over til biotilsvarende.

– Denne studien er nok et bevis på at biotilsvarende legemidler er like bra som originallegemidlene. I årene fremover får vi en rekke nye biotilsvarende legemidler. Hvis vi utnytter dette best mulig, kan vi i Norge om noen få år spare anslagsvis 750 millioner kroner hvert år, sier han.

I Norge er det de senere årene brukt mer enn to milliarder kroner årlig på biologisk behandling. – Her hjemme håper vi at de pengene vi sparer på å bytte til dette biotilsvarende preparatet enten kan gå til å behandle flere pasienter, eller sette oss i bedre stand til å kunne tilby pasientene mer innovative og dyre

medisiner, sier seksjonsoverlege Kåre Steinar Tveit ved Haukeland Universitetssykehus. Han har stått for rekrutteringen av de fleste psoriasispasientene som har deltatt i studien.

Trenger flere studier

Også Legemiddelindustrien er positive til studier som kan gi besparelser for samfunnet. Bransjeorganisasjonen peker likevel på at det må gjøres flere lignende studier, for å skaffe mer kunnskap om biotilsvarende legemidler.

– Vi har vært positive til denne studien, og synes det er flott at de har klart å gjennomføre den. Det er viktig å ha solid vitenskapelig dokumentasjon på de kliniske følgene som et bytte til biotilsvarende medisiner kan få. Nor-Switch gir veldig nyttig kunnskap i akkurat dette byttet som gjaldt to spesifikke produkter, men vi er klare på at denne studien ikke åpner for generelle bytter av andre produkter uten videre. Vi støtter likevel opp om biotilsvarende legemidler siden de kan spille en viktig rolle i et konkurranseutsatt marked. Ressursbesparelsene kan bli store og bør bidra til at pasientene får tilgang til nye og mer innovative behandlinger, sier Espen Snipstad, kommunikasjonssjef i LMI.

Professor Tore Kvien støtter argumentet om ytterligere dokumentasjon. – Etter vårt skjønn, må vi fortsatt være forsiktige med å generalisere til alle andre biologiske legemidler og deres biotilsvarende. Som ellers i medisinen trenger vi også her mer enn én studie, fastslår han.

Kilder:

1. Mediaplanet, «Kroniske hudsykdommer – psoriasis og psoriasisartritt»
2. Dagens Medisin, www.dagensmedisin.no



Måtte bytte: For Caroline Berentsen var det en tøff psykisk prosess å skulle bytte fra en velfungerende biologisk behandling til et nytt biotilsvarende legemiddel.

– Økonomi viktigere enn pasientene?

Caroline Berentsen (42) synes det er kritikkverdig at pasienter ble tvunget over på en billigere medisin før forskningsresultatene på den nye medisinen var ferdigstilt.

Tekst og foto: Kristine Askvik

– Jeg sa klart nei da jeg ble spurt om å skifte fra medisinen jeg har brukt de siste femten årene; Remicade og over til en billig kopimedisin, sier Berentsen.

Hudpasienter har i en årrekke brukt biologiske medisiner. Nå er det også åpnet opp for å lage billige kopimedisiner av disse medikamentene. Dette gjelder blant annet Berentsen sin medisin som hun bruker for å behandle sin psoriasis.

Pasientene ved Hudavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus ble først forespurt om å skifte fra Remicade

til den mye billigere kopimedisinen Remsima, etter at en forskningsstudie på den nye medisinen hadde blitt utført. Senere ble de derimot spurt om å endre til ny medisin før studien var ferdig.

– Jeg er sta og nektet å bli med på dette, men jeg vet om mange som bare sa ja uten at de ville det. Det synes jeg er forferdelig, sier Berentsen. Hun understreker at hun fikk god støtte av sin lege Kåre Steinar Tveit ved Hudavdelingen ved Haukeland. Han var enig i at hun burde få beholde sin opprinnelige medisin så lenge som mulig.

Syk som 18-åring

Berentsen ble første gang syk da hun var 18 år gammel. Da fikk hun psoriasis på hender, og var lagt inn med jevne mellomrom helt frem til hun fikk sitt første barn. Noen ganger lå hun innlagt ved sykehuset flere måneder i strekk. Hun har ikke eksakt oversikt over hvor mange dager hun har vært innlagt, men et overslag viser at det i sum blir flere år.

Berentsen prøvde alle mulige typer av lokal behandling. Hun kunne ha perioder da ting var bra, frem til hun fødte sin sønn i 2001. Mange trodde en

hormonell forandring i kroppen som en fødsel medfører, ville gjøre at psoriasisen ble dempet eller kunne forsvinne helt. Slik gikk det ikke.

– Rett etter fødselen fikk jeg psoriasis over hele kroppen. Helsepersonell på Kvinneklinikken mente det kunne være at jeg reagerte på såpen eller nettingtrusene, men jeg kjente igjen tegnene. Dette var ikke en allergisk reaksjon, sier Berentzen.

Rett etter sønnen ble født ble hun selv fraktet til Hudavdelingen, mens sønnen ble fraktet rett til Barneavdelingen da han var født ti uker for tidlig. Pappaen tok ut permisjonen, mens Berentzen var sykmeldt og pleietrengende. – Det var utrolig vanskelig. Jeg klarte ingenting selv. Jeg satt fast i sengetøyet og måtte vaske meg og smøre meg flere ganger om dagen. Jeg klarte ikke en gang å vaske kjøkkenbenken eller ta på meg buksen, sier Berentzen.

Tøft behandlingsløp

Året etter sønnen ble født, fikk Berentzen prøve Remicade for første gang. Hun merket at psoriasisen forsvant gradvis. I 2002 fikk hun kun tre infusjoner, da behandlingen ble seponert (avsluttet) etter at hun var blitt helt fin i huden. Hun holdt seg deretter helt fin i over ett år.

Da Berentsen skulle i gang med en ny behandlingsrunde i april 2004, merket hun økende leddsmarter ni dager etter infusjonen. Da hun kom tilbake for ny infusjon vel én uke senere, fikk hun pusteproblemer kort tid etter at infusjonen ble startet opp, samt hevelse i ansiktet. I tillegg ble hun svært rød på armene og i ansiktet. Infusjonen ble stoppet, og Caroline var deretter lenge uten noe behandling. Psoriasisens blomstret opp på nytt.

Mot slutten av 2004 fikk Berentsen i stedet Enbrel, som hun brukte i vel ett år med avtagende effekt. Deretter fikk hun Humira som hun stod på i hele 2006, men denne mistet også etterhvert sin virkning. Caroline ble på nytt seponert våren 2007. Først i oktober samme år valgte Hudlege Kåre Tveit å starte ny behandling med Remicade.

« – Jeg sa klart nei da jeg ble spurt om å skifte fra medisinen jeg har brukt de siste femten årene; Remicade, og over til en billig kopimedisin. »

Berentzen fikk da forebyggende medisiner, ettersom hun i 2004 hadde utviklet allergisk reaksjon overfor behandlingen. Denne gangen gikk det bra, og Berentzen fikk ingen negative reaksjoner på behandlingen. Siden da har hun fått behandling hver sjuende uke på Haukeland.

Ikke lenger sykebesøk

Med stabil behandling de senere årene har Caroline vært helt bra. Hun har kunnet være en helt vanlig mamma for sønnen.

– Jeg husker perioden da du var skikkelig syk. Da kom vi på sykebesøk her. Du lå på sofaen, og vi måtte lage kaffen vår selv. Nå får vi jo god oppvarming når vi er her, spøker venninnen Evelyn Haugland. Hun er innom på besøk, og de to venninnene drikker kaffe og tar en formiddagsprat. Utenfor er det regn og tåke ut mot fjorden ved Halhjem i Os.

– Jeg husker du ringte og var veldig glad da du fortalte at du hadde klart å dusje, kle på deg og tørke over kjøkkenbenken alene, sier Haugland.

– Ja, det var en stor seier for meg, bekrefter Berentzen.

God hverdag med Remicade

Siden Caroline begynte med Remicade første gang i 2002, har livet vært som normalt, foruten et tilfelle av alvorlig akutt sykdom. I 2007 fikk hun blodforgiftning og multiorgansvikt. Da fikk ektemannen beskjed om at det snart kunne være slutt. – I flere dager da var jeg i livsfare. Men jeg sitter her. Det gikk bra, sier Berentzen og smiler.

Fordi medisinen har vært så avgjørende for å fungere i hverdagen, syntes hun det var en ekstra belastning å bli spurt om å skifte medisin. Hun var villig til å gjøre hva som helst for å unngå å måtte skifte til Remsima. Hun var i kontakt med fylkeslegen, fylkes-

mannen og advokat, og var villig til å gå til rettssak mot helsevesenet dersom hun måtte bytte medisin.

– Helsevesenet må tenke mer på den enkelte pasient, og ikke bare på pengene man sparer. I en overgangsfase mellom medisiner er det viktig å la pasienter få bruke den medisinen de er trygg på så lenge som mulig, sier Berentzen.

Psykisk press

Hun er klar på at nye pasienter kan være best tjent med å begynne på den nyeste medisinen med en gang, men at pasienter som henne burde bli respektert for at de ønsket å fortsette med samme behandling, i det minste frem til forskningsresultatene for den aktuelle behandlingen var klare.

I sommer ble forskningsprosjektet som omhandlet den nye medisinen Remsima avsluttet, og den tidligere medisinen er ikke lenger tilgjengelig. Studien viste at bruk av det bio-tilsvarende legemidlet er like effektivt og trygt som originalen Remicade. Berentzen har derfor nå gått over til Remsima. Foreløpig går det fint, og hun understreker at hun er inneforstått med å bruke den. Det er derimot fremgangsmåten for hvordan man presser pasienter til å skifte medisin, som opprører henne.

– Helsevesenet må ta mer hensyn til pasientene. For mange er det et tøft psykisk press å vite at man kan bli fratatt den eneste medisinen som fungerer. Det må man respektere, sier Berentzen.

« – Helsevesenet må tenke mer på den enkelte pasient, og ikke bare på pengene man sparer. I en overgangsfase mellom medisiner er det viktig å la pasienter få bruke den medisinen de er trygg på så lenge som mulig. »

Helseøkonomiske resultater av motiverende samtaler etter klimabehandling for pasienter med psoriasis

I denne artikkelen presenterer artikkelforfatterne resultater fra den helseøkonomiske delen av en studie som har sett på bruk av motiverende samtaler i etterkant av klimabehandling. Hvorvidt en behandlingsform viser seg å være helseøkonomisk lønnsom, har ofte betydning for om den vil bli tatt i bruk som en integrert behandlingsintervensjon.

Tekst: Marie H. Larsen, Astrid K. Wahl, Anne-Lene Krogstad og Eline Aas

Foto: Universitetet i Oslo

Illustrasjon: Istockphoto



Innledning

Psoriasis er en kompleks, kronisk inflammatorisk hudsykdom som er forbundet med psykiske plager (1), fysisk komorbiditet (følgesykdommer) (2) og sosial belastning (3). Livsstilsfaktorer som høy BMI og røyking kan bidra til en økt risiko for å utvikle psoriasis (4), og nyere forskning tyder på at slike faktorer også kan forverre sykdommen (5).

En effektiv behandling for norske pasienter med moderat til alvorlig psoriasis er 3 ukers klimabehandling (KB) på Gran Canaria. For å undersøke om det var mulig å forsterke og/eller forlenge resultatet av et slikt behandlingsopphold (6;7), er det gjennomført en studie der telefonoppfølging med motiverende samtale ble utført i etterkant, og sammenlignet med vanlig behandling (VB). Studien var en del av et doktorgradsarbeid ved Avdeling for helsefag ved universitetet i Oslo, og ble utført i samarbeid med Seksjon for behandlingsreiser ved Oslo universitetssykehus.

Samfunnet generelt har begrensede ressurser, og prioriteringer må alltid gjøres. Helseøkonomiske analyser utgjør i den sammenheng en viktig del av beslutningsgrunnlaget, når avgjørelser om behandlingstilbud skal tas. Før nye metoder eller tiltak som skal støtte egenmestring av psoriasis kan innføres, bør det foretas en vurdering av hvilke

helseeffekter og kostnader det nye tiltaket gir, sett i forhold til den behandlingen som allerede foreligger. Dette var også hensikten med å gjøre en kostnadseffektivitetsanalyse, i tillegg til å undersøke de kliniske effektene av oppfølgingen med motiverende samtaler. De kliniske resultatene er tidligere publisert i British Journal of Dermatology (8), samt i forrige utgave av *Hud & Helse*.

Denne artikkelen presenterer den helseøkonomiske delen av studien i en populistisk form. De som ønsker en mer vitenskapelig fremstilling, anbefales å lese originalartikkelen i *Acta – Derma Venerologica* (9).

METODE

Studiens design og deltakere

Deltakerne i studien var 169 norske pasienter som deltok i tre ukers klimabehandling for sin psoriasis i perioden september 2011 til mai 2012. Klimabehandlingen besto av både solbehandling og pasientundervisning. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er beskrevet i den kliniske artikkelen (8).

Hva er motiverende samtale og hva besto intervensjonen av?

Motiverende samtale (motivational interviewing (MI)) er en klient-sentrert rådgivningsstil hvor fokus er å styrke pasientens motivasjon og engasjement til å endre eksisterende vaner og livsstil (10). Veileder benytter kommunikasjonsmetoder som åpne spørsmål, refleksjoner og sammendrag med mål om å øke deltakerens motivasjon for egen livsstilsendring. Alle studiedeltakerne deltok i klimabehandlingen som vanlig, og ble før hjemreise tilfeldig fordelt (randomisert) i 2 grupper; en kontrollgruppe som fikk vanlig behandling, og en studiegruppe som fikk vanlig behandling og motiverende samtale.



Deltakerne i studiegruppa hadde en 45 minutters kartleggingssamtale med MI-veileder, og fikk utlevert en arbeidsbok før hjemreise fra Gran Canaria. I tillegg deltok de i seks oppfølgingssamtaler på telefon de neste 12 ukene. Telefonsamtalene varte fra 15 til 60 minutter (gjennomsnittlig 32,5 minutter) og deltakerne fikk i gjennomsnitt 3,3 timer med telefonveiledning. Den vanlige behandlingen innebar at deltakerne fikk behandlet sin psoriasis slik de pleide i henhold til klinisk praksis i Norge.

Hovedfokus i samtalerne var hudbehandling og ønsket livsstilsendring eksempelvis i form av økt fysisk aktivitet, røykeslutt, vektnedgang og stressmestring, eller problemstillinger knyttet til arbeid eller familieliv. Detaljer er nærmere beskrevet i den kliniske publikasjonen (8).

Helseeffekt og kostnader

Hensikten med en økonomisk analyse er å beregne merkostnader og mer-effekter av et helsetiltak i forhold til et annet. Det vil si om det var forskjeller mellom studie- og kontrollgruppa

i kostnader og livskvalitet i 6 måneder etter klimabehandling. Helseeffekter og kostnader er hentet fra selvrapporterte spørreskjemaer deltakerne fylte ut ved starten av klimabehandlingen, etter oppholdet, samt tre og seks måneder etter hjemreise. Ut ifra dette beregnet vi **kostnader** til helsetjenesteforbruk, det vil si besøk hos fastlege, lysbehandling, dermatolog og lignende, og kostnader til psoriasisrelaterte medisiner, kremer og salver. Vi kostnadsberegnet også produksjonstap årsaket av psoriasis hos personer som var i arbeid. I beregningen brukte vi median bruttoinntekt i 2012 i Norge (Statistisk sentralbyrå 2012, <http://www.ssb.no>), justert med 1,4 for å ta høyde for sosiale kostnader.

Deretter beregnet vi **helseeffekter**, det vil si pasientnytte eller effekt av tiltaket ved hjelp av et flerdimensjonalt mål hvor sykdom vanligvis tillegges en nytteverdi på en skala mellom 0 (død) og 1 (frisk). Metoden kvantifiserer helseutfall langs flere dimensjoner inn i en helseindikator ofte kalt «helse-relatert livskvalitet» (HRQoL). Verdien av et nytt tiltak som for eksempel motiverende samtaler beregnes etter hvor stor økning på nytteskalaen (økning i helserelatert livskvalitet) en kan forvente som følge av behandlingen, og hvor lenge en kan nyttiggjøre seg den økte livskvaliteten. Denne størrelsen kalles gjerne QALY (Quality Adjusted Life Years), eller oversatt til norsk: «kvalitetsjusterte leveår». Når QALYs brukes som effektmål ved en behandling, vil man ikke bare se hvordan kvantiteten av livet endrer seg (hvor mange år ekstra man lever), men også hvordan kvaliteten på de årene man lever *er*.

Vi målte helserelatert livskvalitet med det generiske (generelle) livskvalitetsskjemaet 15D (11), og med det sykdoms-spesifikke livskvalitetsmålet Dermatology Life Quality Index (DLQI-N) (12).

Hva gjør vi når effekt og kostnader er funnet?

Etter å ha registrert og beregnet både kostnadene og effektene av intervensjonen med motiverende samtale og av vanlig behandling i de første 6 månedene etter klimabehandling, ønsket vi å se om det var forskjeller i de to gruppene. Siden helseeffekt er målt i QALYs, kalles dette en kostnad-per-QALY analyse. Hvis man sammenligner to behandlings-former kan dette uttrykkes i kostnad per enhet helseforbedring. Man kalkulerer da en inkrementell kostnad-effekt-ratio (IKER) som er det mest vanlige produktet av en helseøkonomisk evaluering og uttrykker forholdet mellom forskjell i kostnad og forskjell i effekt. I vår studie ble IKER beregnet som gjennomsnittlig forskjell i kostnader mellom de to gruppene, dividert med deres forskjell i QALYs. Fordi et positivt utfall (bedre livskvalitet) måles ved reduksjon i DLQI skår, justerte vi ved å inkludere et negativt fortegn i definisjonen av IKER for DLQI.

Resultater

Tabell 1 viser gjennomsnittlige **kostnader** for de ulike kostgruppene, og for MI intervensjonen. Ingen signifikante forskjeller ble funnet i kostnadsgruppene ved oppstart, men det var betydelig nedgang i kostnader til helsetjenester for begge grupper etter 3 og 6 måneder sammenlignet med perioden før behandlingsreisen.

I de 6 månedene studien varte fant vi bare små forskjeller i kostnader til helsetjenester, men studiegruppa konsulterte hudlege betydelig sjeldnere enn kontrollgruppa, med tilsvarende

lavere kostnader. Den samme tendensen ble sett i forhold til lysbehandling (UVB), men ikke med signifikante forskjeller. Når vi undersøkte kostnader til medikamenter, kremer og salver, var det generelt små forskjeller mellom gruppene. Kontrollgruppen hadde imidlertid statistisk signifikante høyere kostnader for systemisk og biologisk behandling, noe som i stor grad skyldtes at noen få deltakere i kontrollgruppen hadde startet med biologisk behandling i perioden etter klimabehandlings-oppholdet. Siden bruk av biologiske medikamenter er kontraindikasjon for å få innvilget behandlingsreise mottok ingen denne type behandling før studiestart.

Når det gjaldt arbeidsrelatert produksjonstap hadde studiegruppen også mindre sykefravær i månedene etter klimabehandlingen, men forskjellen var ikke signifikant.

Målt i **helseeffekter** var det ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene ved studiestart, med unntak av for 15D og egenvurdert helsestatus (måles fra 1 til 5 = dårlig til utmerket). I sistnevnte vurderte kontrollgruppa sin helsetilstand til å være signifikant bedre. Tabell 2 viser at kontrollgruppen også hadde en signifikant høyere (= bedre) totalskår av helserelatert livskvalitet (målt med 15D) enn studiegruppen ved studiestart.

Etter tre måneder hadde helserelatert livskvalitet (15D totalskår) for MI-gruppen økt (bedret) seg, mens verdien reduseres noe igjen etter 6 måneder, slik tabell 2 viser.

Figur 1: Inkrementell kostnad-effekt-ratio (IKER).

$$\text{IKER} = \frac{\text{Kostnad MI intervensjon} - \text{Kostnad kontrollgruppa}}{\text{Helseeffekt MI intervensjonen} - \text{Helseeffekt kontrollgruppa}} = \frac{\Delta C}{\Delta E}$$

Tabell 1. Oversikt over kostnadsgrupper

Kostgrupper	Studiegruppa Mean (SD)	Kontrollgruppa Mean (SD)	Forskjell mellom grupper (KI), p- verdi
Kostgruppe 1: Helsetjenestekostnader (T3 & T4)	€ 940 (1177)	€ 1291 (2074)	€ -351 (-970, 268), p = 0,27
Kostgruppe 2: Medisiner, kremer, salver (T3 & T4)	€ 464.4 (276)	€ 1271 (2544)	€ -806 (-1518, -95), p = 0,027
Kostgruppe 3: Produksjonstap (arbeid) (T3 & T4)	€ 3069 (6965)	€ 4118 (8656)	€ -1048 (-3874, 1777), p = 0,46
Intervensjonskostnad MI	€ 241 (65)	€ 0 (0)	€ 241 (227, 254), p = < 0,001
Alle 3 kostgrupper + MI (T3 & T4)	4212 (5931)	5992 (7948)	€ -1780 (-4567, 1035), p = 0,21
Kostgruppe 1&2 + MI	1606 (1281)	2708 (3928)	€ -1103 (-2293, 87), p = 0,058

T3: 3 måneder etter klimabehandling; T4: 6 måneder etter klimabehandling; MI: Motiverende samtale intervensjonen, SD: standard avvik; Mean: Gjennomsnitt; KI: konfidensintervall.

Kontrollgruppas skår forble uendret gjennom studien. Etter statistisk justering for forskjeller ved baseline (45) viste analysene ingen signifikante forskjeller i livskvalitet mellom gruppene i løpet av studieperioden. Ved oppstart hadde pasientene lik sykdomsspesifikk livskvalitet (DLQI skår), mens de som fikk oppfølgingen med de motiverende samtalene hadde en betydelig bedring etter tre måneder, noe som gir en signifikant forskjell mellom gruppene. Disse forskjellene vedvarte ikke etter seks måneder. Her viste heller ikke analysene noen forskjeller totalt for studieperioden (tabell 2).

Tallene i høyre kolonne i tabell 2 beskriver gjennomsnittlige forskjeller i kvalitetsjusterte leveår (QALYs) for de to behandlingsgruppene. Forskjellen er mereffekten av motiverende samtaler i forhold til vanlig behandling. Tallene er gjennomsnittlige, og dermed kan det være slik at noen pasienter opplever en større helseeffekt enn gjennomsnittet, mens andre opplever en lavere helseeffekt enn gjennomsnittet.

Kostnadseffektivitet – hvordan måles det?

For å vurdere kostnadseffektivitet anvendte vi standardmetoder innen helseøkonomisk evaluering (se original-artikkel for flere detaljer). Den inkrementelle kostnadseffektivitetsratio (IKER) var € 500 909 da vi målte livskvalitet med 15D, det vil si liten negativ inkrementell effekt og negativ inkrementell kostnad. IKER ved bruk av DLQI var € -1779, noe som indikerer en positiv inkrementell effekt og kostnadsbesparelser.

Usikkerhet i slike økonomiske estimater kan reduseres ved hjelp av «bootstrapping»-teknikker eller «gjentatte tilfeldige utvalg». Dette er en statistisk metode der nye datasett simuleres ved å gjøre gjentatte trekninger av en ny befolkning fra det opprinnelige utvalget.

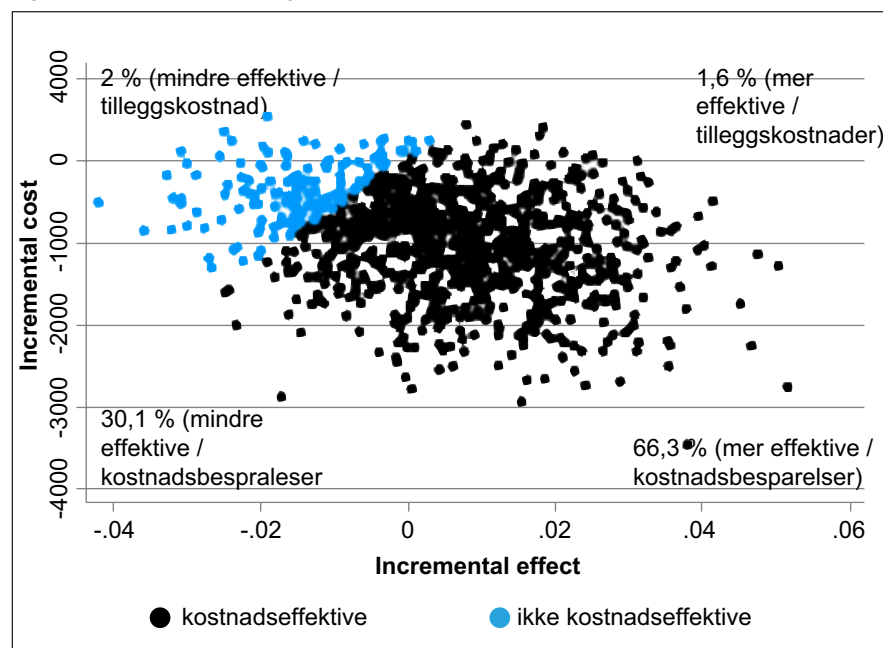
Figur 2 viser grafisk et slikt spredningsdiagram med 1000 replikasjoner som er basert på resultatene fra IKER-ligningen med 15D. Hvert punkt representerer 1 bootstrap, y-aksen representerer gjennomsnittlige forskjeller i kostnader, mens x-aksen representerer gjennomsnittlige forskjeller i helseeffekt (livskvalitet). Den prosentvise fordelingen vises i figuren. Hoveddelen av plottet er plassert i nedre høyre hjørne, med kostnadseffektivitet på grunn av mindre kostnad i MI gruppa, men ingen forskjeller i livskvalitet. De sorte prikkene representerer kostnadseffektive simuleringer, og de røde prikkene er ikke-kostnadseffektive. Slik figuren viser er det flere sorte prikker enn røde. Hovedfunnet er at 66,3 % av simuleringene fordeler seg i nedre høyre kvadrant. Dette indikerer at MI-intervensjon både er mer effektiv og kostnadsbesparende, mens 2 % av simuleringene er mindre effektive og med tilleggskostnad.

Diskusjon

Våre resultater viser at motiverende samtale som oppfølging etter behandlingsreise for psoriasis var mindre kostnadskrevende enn vanlig behandling. MI var minst like effektiv som vanlig behandling, og er å foretrekke i et samfunnsperspektiv. En nøyaktig forståelse av de samfunnsmessige kostnadene ved kroniske tilstander som psoriasis synes viktig for beslutningstakere å være klar over. Informasjon om kostnad ved sykdom er ofte et nødvendig kriterium for å begrunne, planlegge og velge intervensjoner.

Det er mest vanlig at en ny helseintervensjon er assosiert med økte kostnader sammenlignet med vanlig behandling (13). De reduserte kostnadene etter implementering av MI er derfor et positivt funn. Vi hadde heller forventet at studiegruppen ville få økte helse-relaterte kostnader, på grunn samtalenes fokus på behandling av utslettet og at

Figur 2: Kostnadseffektivitetsgraf



Bootstrappede kostnader og effekter for 15D. Kostnader inkluderer 6 måneder etter KB. Kostnader og effekt par ble estimert med 1000 bootstrap replikasjoner

Tabell 2. Forskjeller i livskvalitet mellom gruppene

Behandlings-gruppe	Effekt mål	Baseline Mean (SD)	3 måneder Mean (SD)	6 måneder Mean (SD)	Differensial gruppeforskjell i QALYs, p-verdi
Studiegruppa	15D	0,86 (0,095)	0,88 (0,097)	0,87 (0,084)	* – 0,0022 (-0,02, 0,01), p= 0,77
Kontrollgruppa	15D	0,90 (0,089)	0,90 (0,094)	0,90 (0,083)	
Studiegruppa	DLQI	11,33 (5,71)	6,45 (5,54)	7,67 (5,79)	* – 0,62 (-1,5, 0,41), p= 0,24
Kontrollgruppa	DLQI	10,99 (6,10)	8,8 (7,18)	9,27 (7,14)	

DLQI: Dermatological Life Quality Index; SD: standard avvik; Mean: Gjennomsnitt; QALYs: kvalitets justerte leveår.

* Multipel regresjons analyse med kontroll av baseline skår.

pasientene ville kunne oppleve et økt behov for tverrfaglig egenmestringsstøtte.

Studiefunnene tyder på at ulike spørreskjema måler ulike aspekter av helse-relatert livskvalitet (HRQoL), og at valg av instrument derfor kan ha stor innvirkning på konklusjonene av kost-nytte-studier (14). Dette er bekreftet i andre studier (15;16), og kan indikere behov for å bruke andre og flere livskvalitetsskjema i fremtidig psoriasisforskning for å etablere hvilke måleinstrument som er mest følsomme for endringer i denne populasjonen. Det er også interessant at selv om kontrollgruppen rapporterte en bedre livskvalitet (15D poengsum), samt bedre generell helse gjennom hele studieperioden, brukte de samtidig mer helsetjenester og rapporterte økt produktivitetstap, pluss at noen få startet med biologisk behandling, noe som indikerer aktiv og alvorlig sykdom.

Utforskning av kostnadseffektiviteten ved atferdsmessige helseintervensjoner er kjent for å ha ulike metodiske implikasjoner i forhold til mer kirurgiske, tekniske og farmasøytiske intervensjoner (17). Atferdsmessige intervensjoner motiverer ofte deltakerne til å endre

eksisterende atferd, og for eksempel innføre en sunnere livsstil. I kostnad per QALY-analyser brukes oftest også et enkelt todelte utfallskriterie (suksess eller fiasko) (18). Samtidig er ofte det å endre atferd som livsstilsendring en mer mangefasettert prosess, med flere (ofte små) skritt mot positiv endring, noe som ikke er så lett å måle. Fokus i denne studien var ikke på langsiktige helseeffekter, men heller på å diskutere pasientenes aktuelle behandlingsvalg og støtte den enkeltes egenmestring i forhold til symptomlindring og ønskede livsstilsendringer, samt å gi emosjonell støtte (8).

Et annet poeng er at effekten av motiverende samtale kan bli større når studien kun har et felles utfallsmål som for eksempel røykeslutt eller vekt-nedgang, noe som er vist i en systematisk oversiktsartikkel av Armstrong og kollegaer (19). I intervensjonen vår var det kun hudbehandling som var felles tema, mens pasientene ellers kunne velge hvilket endringstema de ønsket å ha fokus på i samtale, noe som kan ha begrenset effekten noe. I tillegg er den tidsbegrensede oppfølgingen på seks måneder en begrensning for ekstern validitet, og det kan ha påvirket konklusjonen i studien. Vi har ingen

kjennskap til om de helserelaterte livskvalitetsforskjellene mellom gruppene ytterligere vil bli redusert eller forbli stabile i løpet av et lengre tidsrom. På den annen side vet man at atferdsmessige endringer i livsstil kan ta lang tid å innlemme i hverdagen, noe som også er beskrevet i teoretiske endringsmodeller (20). Dette kan kanskje positivt påvirke studiegruppens livskvalitet, fordi de har utviklet problemløsningsferdigheter og bedre egenmestring, som beskrevet i den kliniske publikasjonen (8).

Konklusjon

Basert på analyser av både kostnader og effekter i et seks måneders perspektiv, kan vi konkludere med at motiverende samtaler genererer minst like god helseeffekt til en lavere kostnad, og at MI-tilnærmingen virker å være kostnadseffektiv i tillegg til sine positive effekter på kliniske utfall som for eksempel sykdomsgrad (SA-PASI), sykdomsforståelse og kunnskap om psoriasis.

Vil du lese mer?

Har du lyst til å lese originalartikkelen i ACTA finner du linken her: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/0001555-2331>

Referanseliste

- (1) Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The Psychosocial Burden of Psoriasis. *Am J Clin Derm* 2005;6:383–92.
- (2) Dogan S, Atakan N. Psoriasis: A Disease of Systemic Inflammation with Comorbidities. In: Lima H, editor. *Psoriasis: Types, Causes and Medication*. 2013.
- (3) Raho G, Mihajlova Koleva D, Garattini L, Naldi L. The Burden of Moderate to Severe Psoriasis. *PharmEcon* 2012;30:1005–13.
- (4) Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Derm* 2007 Nov;25:510–8.
- (5) Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrition and Diabetes* 2012 Dec 3;2:e54.
- (6) Wahl AK, Langeland E, Larsen MH, Robinson H, Osborne RH, Krogstad AL. Positive Changes in Self-management and Disease Severity Following Climate Therapy in People with Psoriasis. *Acta Derm Ven*, 2015;9:317–21.
- (7) Mørk C, Wahl AK. Improved quality of life among patients with psoriasis after supervised climate therapy. *J Am Ac Derm* 2002;47:314–6.
- (8) Larsen MH, Krogstad AL, Aas E, Moum T, Wahl AK. A telephone based motivational interviewing intervention has positive effects on psoriasis severity and self-management – A randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2014; 171:1458–69.
- (9) Larsen MH, Wahl AK, Krogstad AL, Aas E. Cost-utility Analysis of Supported Self-management with Motivational Interviewing for Patients with Psoriasis. *Acta Derm-Venereol* 2015; 96:664–8.
- (10) Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing Helping People Change*. 3 ed. New York: The Guilford Press; 2013.
- (11) Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med* 2001;33:328–36.
- (12) Lewis V, Finlay AY. 10 Years Experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004;9:169–80.
- (13) Drummond M, Schulpher M, Torrance G, O'Brien BJ, Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3 ed. New York: Oxford University Press; 2005.
- (14) Stavem K. Reliability, validity and responsiveness of two multiattribute utility measures in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res* 1999;8:45–54.
- (15) Lunde L. Can EQ-5D and 15D be used interchangeably in economic evaluations? Assessing quality of life in post-stroke patients. *Eur J Health Econ* 2013;14:539–50.
- (16) Vainioli T, Pettilä V, Roine R, Räsänen P, Rissanen A, Sintonen H. Comparison of two utility instruments, the EQ-5D and the 15D, in the critical care setting. *Intensive Care Med* 2010;36:2090–3.
- (17) Prenger R, Pieterse M, Braakman-Jansen L, Palen J, Christenhusz L, Seydel E. Moving beyond a limited follow-up in cost-effectiveness analyses of behavioral interventions. *Eur J Health Econ* 2013;14:297–306.
- (18) Wagner TH, Goldstein MK. Behavioral interventions and cost-effectiveness analysis. *Preventive Medicine* 2004;39:1208–14.
- (19) Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronskley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews* 2011;12:709–23.
- (20) Prochaska JO. Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making* 2008 Nov;28:845–9.

Mot et klassedelt helsevesen?

Tanken om en likeverdig offentlig finansiert helsetjeneste har lenge vært under press. Går det mot et klassedelt helsevesen?



Prioriteringsutvalget: Professor Ole Frithjof Norheim sammen med Helse- og omsorgsminister Bent Høie under overrekkingen av prioriteringsutvalgets utredelse «NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten». I desember behandles Prioriteringsmeldingen i Stortinget.

Tekst: Dag Rydmark

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

I Melding til Stortinget nr. 34 «Mer rettferdig prioritering», fremmer Regjeringen forslag til prinsipper for prioritering som skal bidra til rettferdig tilgang til helsetjenester, samt gi legitimitet til de vanskelige beslutningene som tas av helsepersonell hver dag. Et viktig perspektiv i meldingen er å beskrive forholdet mellom verdigrunnlaget i helsetjenesten, så vel som prinsipper og virkemidler for prioritering.

Et klassedelt helsevesen er noe vi har sett konturene av i lang tid, selv om det strider mot tanken om en likeverdig offentlig finansiert helsetjeneste som har vært grunntanken i det moderne velferds-Norge. Dette systemet har vært i drift lenge. Vi har mange eksempler på kreftpasienter som har søkt eksperimentell og kostbar behandling i utlandet, eller ved private klinikker i Norge. Det har videre vært en økning i antall pasienter som har betalt for kosmetisk kirurgi eller andre såkalt lavt prioriterte tjenester, av egen lomme.

Høyere kvalitet

Regjeringen er i stortingsmeldingen tydelig på at det å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud

innenfor eksisterende ressurser, krever tydelige prioriteringer. Dette skal være dimensjonerende for å møte utfordringene vi vet vil komme. Gode helsetjenester krever gode prioriteringer.

De medisinske mulighetene er store og blir stadig større. Ny kunnskap, teknologi og behandling gjør det mulig å gi et stadig bedre tilbud. Å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har, krever tydelige prioriteringer. Klare verdier og krav til prioritering skaper effektive og forutsigbare systemer. Slikt skaper tillit hos pasientene og i befolkningen. Målet med stortingsmeldingen om prioritering er kort og godt å sikre rettferdig, lik og rask tilgang til helsetjenester.

Etikkespert

Professor Ole Frithjof Norheim er en av landets fremste eksperter på medisinsk etikk. Norheim leder for tiden forskningsprosjektet Priorities in Global Health 2020, og har publisert artikler om dette temaet i en rekke nasjonale og internasjonale fagtidsskrifter.

Norheim ledet også Prioriteringsutvalget, og var den som overrakte utredningen «Åpen og rettferdig – prioriteringer i helsevesenet» til helse- og omsorgsminister Bent Høie i 2014. Utredningen er ett av to dokumenter Regjeringen har bestilt, som har dannet grunnlaget for stortingsmeldingen om prioritering som ble lansert i juni. Det overordnede målet er å legge til grunn noen prioriteringskriterier, for å sikre en rettferdig og effektiv bruk av knappe ressurser i helsevesenet.

Ulik tilgang

– Vi må akseptere at ikke alle har den samme tilgangen til lavt prioriterte helsetjenester, var budskapet til Norheim i en nylig kommentar til tidsskriftet Dagens Medisin. Professoren fulgte opp med å hevde at hovedutfordringen for stortingspolitikerne i behandlingen av den kommende prioriteringsmeldingen, blir å vedta tydelige kriterier for prioritering, og siden slutte opp om kriteriene etter at de er vedtatt.

Hva legger du i dette, Norheim?

– Det blir viktig at stortingspolitikerne drøfter og vedtar klare kriterier for denne typen prioritering. Det vil gi klinikere og ledere i klinikken veiledning og ryggdekning for å ta vanskelige valg, sier professoren til *Hud & Helse*.

Personer med psoriasis og andre hudsykdommer er kronikere. Hvilke konsekvenser vil prioriteringsmeldingen kunne få for disse gruppene? – Tiltak for pasienter med alvorlige kroniske lidelser som får stort prognosetap blir sterkere vektlagt i Regjeringens stortingsmelding, sier han.

Et helsevesen i krise?

På spørsmål om Norheim er av den oppfatning at helsevesenet er på vei inn i en krise, svarer han tydelig: – Nei, ikke i et prioriteringsperspektiv. Vi har alltid prioritert i helsetjenesten. Dette er noe vi gjør hver eneste dag. Utfordringen nå er å gjøre dette bedre med større effektivitet, rettferdighet og åpenhet.

Norheim har hevdet at hovedutfordringen for stortingspolitikerne blir å vedta tydelige kriterier for prioritering, for deretter å slutte opp om disse etter at de er vedtatt. Vi var derfor spørrende til hvordan han ser for seg at denne oppfølgingen bør foregå. Mener han at Stortinget bør gi Helse- og omsorgsdepartementet instruksjonsmyndighet?

– Nei, Stortinget bør vedta kriteriene for prioritering og de totale ressursrammer for helsetjenesten. Innenfor disse rammene og prinsippene må de som har ansvaret for å treffe prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, som Statens legemiddelverk. Beslutningsforum og de regionale helseforetakene, treffe sine beslutninger basert på kunnskap, skjønn og de tre kriteriene, svarer professoren.

Støtte i lovverket

Prioriteringsutvalget mener dagens lov- og forskriftsverk på prioriteringsområdet er fragmentert. Det er viktig at lovverket understøtter bruk av et gitt sett med overordnede prioriteringskriterier for hele helsetjenesten. På den måten kan prioritering gjøres konsistent, og sikre at pasienter behandles likt.

Hvordan kan man få til dette i praksis?

– Når Stortinget behandler meldingen, bør de i tillegg vurdere hvilke øvrige lovendringer som er nødvendige med hensyn til pasientrettigheter, avslutter Norheim, som ved siden av jobben på Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, også er nestleder i Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten.

« – Å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har, krever tydelige prioriteringer. »

Har høstet lovord

Den nye prioriteringsmeldingen er blitt møtt med lovord fra mange hold.

Dagbladet fremhevet i en kommentar 5. juni at «Denne måten å styre på bør snarere tas i bruk på flere områder.

La politikerne knesette de overordnede retningslinjene. Deretter bør de «abdisere» og la fagfolka finne den beste måten å oppnå målene i praksis». Avslutningsvis

i samme innlegg stod det: «La oss håpe prioriteringsutvalget kan sette standarden for videre arbeid på andre politikkområder».

Et likeverdig offentlig finansiert helsevesen har lenge vært under press. Det blir imidlertid viktig å sikre at retten til helsehjelp, uavhengig økonomisk status, også i fremtiden vil være en grunnleggende rettighet som ikke kan prioriteres bort. Derfor bør utviklingen følges nøye, selv etter at lyset i stortingssalen er slukket og debatten stilnet.

Melding til St. 34 «Mer rettferdig prioritering» behandles i Stortinget innen utgangen av 2016.



Prøv Optima pH 4

- Ved kløe
- Ved lett eksem
- Ved lett psoriasis
- På overflatesår



Anbefalt av hudlege Erlend Tolaas

OPTIMA PRODUKTER AS

www.optima-ph.no

Behold diagnoselista!

- Helt siden jeg fikk diagnosen psoriasisartritt har fysioterapi og trening vært en del av min hverdag. Jeg skjønner at det kan være behov endringer, men jeg opplever det urettferdig at diagnoselisten nå foreslås fjernet. Det vil gi en allerede svak gruppe ekstra økonomiske utfordringer, sier Trine Knudtzon (59).

Tekst: Terje Nordengen

Foto: Maren Awici-Rasmussen



Opprettholder funksjonsevnen: Trine Knudtzon leder PEFs artrittutvalg. Hun har selv psoriasisartritt, og er avhengig av fysikalsk behandling for å kunne fungere godt i hverdagen. Her fra kurs i regi av Funkis i Potsdam sommeren 2015

Knudtzon er tillitsvalgt og leder i Psoriasis- og eksemforbundets artrittutvalg. Hun har gått til fysikalsk behandling i mange år, noe som har vært avgjørende for å opprettholde funksjonsevnen i hverdagen. – Min manuellterapeut Erik Aarum har vært min følgesvenn i mange år. Uten hans hjelp til å holde rygg, bekken og nakke bevegelig hadde jeg ikke klart hverken dagliglivet eller min lille deltidsjobb like godt, sier hun.

I et høringsnotat til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 16. september, slår Psoriasis- og eksemforbundet fast at forbundet går sterkt imot forslaget om å avvike sykdomslisten. PEF mener diagnoselista må beholdes for grupper med et stort og varig behov for fysioterapi. En av diagnosegruppene er psoriasisartritt. Psoriasis- og eksemforbundet fremla også sitt syn i høring i Stortingets Helse- og omsorgskomite 27. oktober.

Avhengige av fysioterapi

Mange kronikere er helt avhengige av fysioterapi for å kunne opprettholde sitt funksjonsnivå. Psoriasis- og eksemforbundet mener derfor at utgiften til fysioterapi ikke skal belastes den enkelte pasient. – Å fjerne diagnoselista vil bli en ekstrautgift for våre medlemmer. De har i utgangspunktet høye utgifter til helsetjenester, så dette er urimelig, sier forbundsleder Ragnar Akre-Aas til *Hud & Helse*.

Det er ikke så vanskelig å forstå at personer som lever med alvorlige, kroniske sykdommer har økte utgifter til behandling og hjelpemidler i hverdagen. Psoriasis- og eksemforbundet mener derfor mennesker med kroniske sykdommer må inkluderes sterkere, og ikke ekskluderes ved å påføres enda flere utgifter.

– Et tak på 2000 kroner i egenandel er kanskje ikke en skrekkelig høy sum,

men for oss uføretrygdde vil det merkes godt. Januar er en måned der mange høye regninger skal betales. Nå må vi ikke bare dekke opp for fastlege og medisiner, men også for fysioterapi. Normalt går jeg ukentlig til fysioterapi. Nå må jeg kanskje utsette, rett og slett fordi jeg ikke har råd. Det vil utvilsomt forverre min funksjonsevne og livskvalitet, sier Trine Knudtzon.

Krever ny gjennomgang

Helse- og omsorgsdepartementets argument for å fjerne sykdomslista er at dagens ordning ikke er en god og rettferdig nok løsning. Departementet trekker frem at enkelte pasienter som i dag er innenfor diagnoselisten ikke har et reelt behov for fysioterapi, mens andre pasientgrupper som står utenfor ordningen trenger nettopp slik behandling.

Psoriasis- og eksemforbundet påpeker derimot at det alltid har vært et grunnleggende prinsipp at helse- og omsorgstjenester i det norske samfunnet skal tildeles etter behov, og ikke etter betalingsevne. Det er nødvendig med skjermingsordninger som ivaretar dette. PEF mener derfor at det i stedet bør tas en gjennomgang av hele lista, fremfor å fjerne den. Gjennomgangen bør gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og de berørte pasientorganisasjonene.

– Jeg kan våkne en morgen med en låsning i nakken og nesten ikke komme ut av senga. Tryggheten er da at jeg kan ringe min behandler og komme til på kort varsel, slik at jeg slipper å gå i dagevis med smerter og nedsatt funksjonsevne. Og jeg er langt i fra den eneste som er avhengig av slik hjelp. Derfor oppleves det tungt når myndighetene nå ønsker å fjerne sykdomslista, avslutter Knudtzon.

Foreslår å utvide egenandelstak 1

Norsk Manuellterapeutforening (NMF) foreslår at egenandelstak 1 utvides, til også å inkludere egenandel til fysioterapi.

Tekst: Terje Nordengen

Foto: ManuellterapiKlinikken Brynseng

NMF støtter ikke Helse- og omsorgsdepartementets forslag om å beholde dagens egenandelstak 2, kombinert med avvikling av sykdomslisten. Bransjeorganisasjonen foreslår i stedet at egenandelstak 1 utvides, til også å gjelde egenandel til fysioterapi.

– Sykdomslisten bortfaller, og det gis fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade. Det stimuleres til økt samarbeid for bedre prioritering av helsehjelp og reduksjon av overbehandlingssrisiko, sier manuellterapeut og leder i NMF Oslo og Akershus, Erik Aarum.

Anbefalte sammenslåing

I 2007 utarbeidet en arbeidsgruppe, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, rapporten «Betalingsordninger i fysioterapi – forslag til alternative skjermingsordninger». Gruppen bestod av representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Norsk Fysioterapeutforbund. Arbeidsgruppen anbefalte en modell der egenandelstak 1 og 2 slås sammen til en felles takordning, sykdomslista bortfaller, og det gis fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade.

Bakgrunnen for anbefalingen den gangen var at personer med funksjonshemming eller kronisk sykdom, som har en opphopning av utgifter til helsetjenester, vil bli bedre ivaretatt gjennom en felles takordning. Brukere med stort behov for helsetjenester som oppnår frikort under begge takordningene, vil samlet sett få reduserte utgifter til egenandeler ved en sammenslåing av tak 1 og 2. Dette ville innebære en vesentlig bedre skjerming av en gruppe som ofte har både langvarig og sammensatte behandlingsbehov.

Medisinsk behandling

– En sammenslåing av egenandelstak 1 og 2 vil innebære en betydelig forenkling, sier Aarum, og legger til:



Støtter kronikerne: Leder i Norsk Manuellterapeutforbund i Oslo og Akershus, Erik Aarum, vil at egenandelstak 1 skal utvides til å inkludere egenandel til fysioterapi.

– En slik ordning vil være enklere å administrere, og lettere for pasienten å forstå. Dagens ordning med to parallelle tak oppfattes av pasientene som ulogisk. Fysioterapi er medisinsk behandling, og en del av den kommunale helsetjenesten. Da bør utgifter til fysioterapi telle på samme måte som medikamenter og psykologbehandling.

Manuellterapeutforeningen mener det bør utvikles tiltak som oppmuntrer til kontakt mellom henvisende instans og fysioterapeut, med sikte på at det foretas vurderinger av effekt av behandlingen.

– Et slikt samarbeid vil kunne utføres på en rask og effektiv måte, når hovedtyngden av fysioterapeuter tilknyttes Helsenett i løpet av 2017. Dette vil også kunne motvirke overbehandling, og gi en bedre utnyttelse av den samlede ressursinnsatsen, avslutter Aarum.

Nytt biologisk legemiddel mot psoriasis

Ixekizumab, som er et monoklonalt antistoff mot interleukin-17A, har god effekt ved alvorlig psoriasis. Det viser en ny studie.

Tekst: Martine Rostadmo, Tidsskrift for Norske Legeforening

Interleukin-17A er et av mange cytokiner (signalmolekyler som hjelper til å kontrollere immunsystemet og bekjempe sykdom, red. anm.) som er aktivert ved psoriasis. Dette er angrepspunktet til ixekizumab, et monoklonalt antistoff mot interleukin-17A som er under utprøving mot moderat til alvorlig psoriasis. Ixekizumab administreres som subkutane injeksjoner (sprøyter).

I en randomisert, dobbelblindet, kontrollert studie ble forskjellige doseringsregimer av ixekizumab sammenlignet med placebo i en induksjonsperiode på 12 uker og deretter i en vedlikeholdsperiode på 60 uker¹. Etter 60 uker var over halvparten av pasientene som fikk ixekizumab dosert hver 4. uke helt symptomfrie, mens over 80 % opplevde minst 75 % bedring av sin psoriasis, målt etter PASI-indeksen (Psoriasis Area Severity Index). Rapporterte bivirkninger var blant annet nøytropeni, soppinfeksjoner og inflammatorisk tarmsykdom.

– Behandlingstilbudet til pasienter med moderat til alvorlig psoriasis er dramatisk endret de siste årene, sier Joar Austad, som er overlege og seksjonsleder for hudpoliklinikken ved Oslo Universitetssykehus.

– Det utvikles stadig nye legemidler som hemmer proinflammatoriske cytokiner som er aktivert ved psoriasis, og interleukin-17 er et av disse. Denne studien kan tyde på at ixekizumab er meget effektivt mot alvorlig plak-psoriasis, og at effekten er stabil også etter 60 uker. Sikkerhetsprofilen ved langtidsbruk er naturlig nok ikke klar ennå. I Norge er det registrert et annet antiinterleukin-17-preparat, sekukinumab, ved psoriasis. En sammenlignende studie mellom disse to legemidlene imøteses med stor interesse, sier Austad.

Kilde: Tidsskrift Norske Legeforening nr. 16, 2016; 136

¹ Gordon KB, Blauvelt A, Papp KA et al; UNCOVER-3 Study Group. Phase 3 trials of ixekizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis. N Engl J Med 2016; 375: 345–56.

QualityCare™

For deg som ønsker å lære mer om psoriasis

QualityCare™ er en gratis støttetjeneste
for deg med psoriasis og dine nærmeste

psoriasis.qualitycare.no



Profesjonelle råd



Rask tilgang på informasjon



Velg dine interesseområder

LEO®

Registrer deg på:
www.qualitycare.no



LEO® QUALITYCARE™ ER EN MERKEVARE EJET AV LEO PHARMA AS ©
LEO PHARMA AS. 401166 – JAN 2016 DIX

Informasjon om behandlingsreiser til utlandet i 2017

Har du en kronisk hudsykdom i form av psoriasis eller atopisk eksem (barn og ungdom) eller psoriasisartritt, kan du søke om behandlingsreise til utlandet.

Tekst: Seksjon for behandlingsreiser, Oslo Universitetssykehus

Illustrasjon: IstockPhoto

En behandlingsreise innebærer et tre eller fire ukers behandlingsprogram i et varmt og solrikt klima. Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til behandling i Norge, men er ingen rettighet.

Klimabehandling administreres av Seksjon for behandlingsreiser ved Oslo Universitetssykehus, og finansieres gjennom en egen tilskuddsordning over Statsbudsjettet. Behandlingen består av gruppetrening på land og i basseng, individuell fysioterapi, soling og enkelte passive behandlingsformer, undervisning og helsefaglig oppfølging. Programmet vil variere avhengig av diagnose.

Barn, ungdom og voksne med psoriasis

Behandlingsreisene foregår på senteret Valle Marina på Gran Canaria. Alle behandlingsreisene på psoriasisprogrammet er av tre ukers varighet, og oppholdet består av behandling og medisinsk faglig oppfølging.

Her følger en oversikt over turer for **voksne** (over 18 år) i 1. halvår 2017.

- 4. januar – 25. januar
- 25. januar – 15. februar
- 15. februar – 8. mars
- 8. mars – 29. mars
- 29. mars – 19. april
- 19. april – 10. mai
- 10. mai – 31. mai

Søknader til voksenprogrammet vurderes fortløpende, men skal ikke være eldre enn 3 måneder ved uttak. Uttak til hver gruppe foretas ca. 7 uker før avreisedato.

Ungdom (15–18 år)

Det arrangeres en behandlingsreise årlig for ungdom med psoriasis i alderen 15–18 år. I 2017 vil oppholdet være fra 29. mars – 19. april. Ungdommene reiser uten ledsager. Søknadsfrist er 15. januar.

Barn (0–15 år)

Det arrangeres en behandlingsreise årlig for barn med psoriasis i alderen 0–15 år. I 2017 vil oppholdet være fra 15. februar – 8. mars. Barnet følges av ledsager/foresatt. Søknadsfrist for 2017 var 1. desember 2016, men du kan kontakte Seksjon for Behandlingsreiser for å høre om det fortsatt er ledige plasser.

Barn og ungdom med atopisk eksem

Behandlingsreiser for barn og ungdom med atopisk eksem og/eller kronisk lungesykdom er et tre eller fire ukers opphold med behandling og medisinsk faglig oppfølging. Behandlingen foregår i likhet med psoriasis, på Valle Marina på Gran Canaria.

Turer 1. halvår 2017

11. januar – 8. februar: Barn med hoveddiagnose kronisk lungesykdom med en ledsager (3–13 år)

8. februar – 8. mars: Flerbarnsfamilier/ søskengruppe, begge diagnoser, med en ledsager (3–13 år)

8. mars – 5. april: Barn med hoveddiagnose kronisk lungesykdom med en ledsager (3–13 år)

5. april – 3. mai: Barn med hoveddiagnose atopisk eksem med en ledsager (3–13 år)

3. mai – 31. mai: Barn med hoveddiagnose atopisk eksem med en ledsager (3–13 år)

28. juni – 19. juli (3 uker): Ungdom, begge diagnoser, 15/16–18 år uten ledsager (3 uker)

Det tilbys dessverre ikke behandlingsreiser til voksne med atopisk eksem.

Voksne med psoriasisartritt

Behandlingsreiser for voksne med psoriasisartritt er et fire ukers opphold med trening, behandling og



Bildetektst: Playa del Ingles, Maspalomas, Gran Canaria.

medisinsk faglig oppfølging. Behandlingssteder er Balcova (Tyrkia), Igalo (Montenegro) eller Vintersol (Gran Canaria).

Søknadsfristen for reiser 1. halvår 2017 er utgått, men frist for 2. halvår er 1. mars 2017. Her følger en oversikt over turer inndelt etter behandlingssted:

Balcova, Tyrkia

4. juli – 1. august
1. august – 29. august
29. august – 26. september
26. september – 24. oktober

Igalo, Montenegro

18. juli – 15. august
15. august – 12. september
12. september – 10. oktober

Vintersol, Tenerife, Spania:

17. oktober – 14. november (ikke bekreftet)

Barn og ungdom med psoriasisartritt

Behandlingsreisen er et tre eller fire ukers opphold med trening, behandling og medisinsk faglig oppfølging. Frist for alle barne- og ungdomsturer i 2017 var 1. november 2016, men du kan kontakte Seksjon for Behandlingsreiser med spørsmål om det fortsatt er ledige plasser.

For mer informasjon om søknadsskjema og uttakskriterier, egenandeler, sykemelding og de ulike behandlingsstedene, se
www.oslo-universitetssykehus.no/behandlingsreiser.

BHR kan også kontaktes på tlf. 905 59 290 eller e-post behandlingsreiser@ous-hf.no.

Psoriasisartritt:

Kan behandlingen bli bedre?

Behandlingen av psoriasisartritt kompliseres av at pasientene som oftest trenger oppfølging både fra hudlege og revmatolog. Faller denne pasientgruppen mellom to stoler, og kan behandlingen bli bedre?

Tekst: Tom Backe, Mediaplanet

Foto Ellen M. Fagerli: Stian K. Elton

Foto Kåre Steinar Tveit: Eli Synnøve Gjerde

Psoriasisartritt er en tilstand med revmatisk leddbetennelse, en form for leddgikt (artritt), som utvikles hos personer med psoriasis. Psoriasisartritt utvikler seg oftest langsomt med hevelse, ømhet og nedsatt bevegelse i de leddene som er angrepet.

– I Norge har vi cirka 125 000 personer med psoriasis og vi regner med at inntil 30 prosent av disse vil kunne utvikle psoriasisartritt i løpet av livet. De fleste utvikler psoriasis i huden før de får psoriasisartritt, men vi har også en gruppe hvor begge deler starter omtrent samtidig og en siste gruppe der psoriasisartritt kommer før psoriasis. Den siste gruppen kan det være ekstra vanskelig å få gitt en riktig diagnose, sier Kåre Steinar Tveit, seksjonsoverlege ved hudavdelingen på Haukeland universitetssykehus.

En udiagnostisert gruppe

Siden de aller fleste får psoriasis først, går disse pasientene enten til en hudlege eller til fastlege.

– Det er en utfordring at hudlegene og fastlegene ofte ikke har nok kompetanse om de «vondtene» som denne pasientgruppen opplever. En tysk undersøkelse viste at 20 prosent av de som hadde psoriasis også hadde en udiagnostisert psoriasisartritt. Disse pasientene ble først fanget opp da man begynte å studere pasientene i denne studien. Det er nok mange i Norge også som har vondt, men som ikke har fått stilt riktig diagnose. Det er et problem, for da får ikke disse pasientene de rettighetene de har krav på – hverken fra NAV eller Helfo. De får heller ikke den behandlingen som de skulle hatt, sier Tveit.

Karen Minde Fagerli, lege i spesialisering i revmatologi ved Diakonhjemmet tilføyer:

– Vi ser at mange av psoriasisartritt-pasientene våre har en psoriasis som er

veldig mild og enkelte av disse har aldri vært hos noen hudlege, men er blitt henvist fra fastlegen. I noen av disse tilfellene er det faktisk vi som finner ut at de har psoriasis, mens pasientene ikke har vært klar over det selv, forteller hun.

Tverrfaglig samarbeid

– Det er viktig å identifisere pasienter med psoriasisartritt. Mange hudleger er flinke til å henvise pasienter til oss, men noen kunne kanskje hatt enda bedre rutiner, slik at de stilte de riktige spørsmålene. Men dette går begge veier, for det hender nok at revmatologene er for dårlige til å stille de riktige spørsmålene når det kommer til huden også, forklarer Minde Fagerli.

Hun får støtte fra hudlegen:

– I en ideell verden burde både fastlegen og hudlegen hatt litt bedre kompetanse på ledd og stilt flere spørsmål om leddplager, mens

revmatologene burde kunne og spurt mer om hud, sier Tveit.

Organisatoriske forskjeller

Et annet forhold som trekkes frem av seksjonsoverlegen på Haukeland og av revmatologen på Diakonhjemmet er at det er litt ulik praksis for henvisninger forskjellige steder i landet.

– På Haukeland er vi ganske heldige som har revmatologer og hudleger under samme tak. Da blir det mye enklere å henvise pasientene, forteller Tveit.

– Dessverre er det de færreste revmatologiske avdelinger som har en hudlege så lett tilgjengelig som på Haukeland. Det gjør at barrierene mellom profesjonene blir litt større. Det vil nok alltid være behov for forbedringer for hvordan vi ivaretar denne pasientgruppen, men selv om noen pasienter sannsynligvis faller utenfor, så tror jeg nok at de aller fleste blir godt ivaretatt, sier Minde Fagerli.



DERMATOLOGISTS DON'T TREAT ARTHRITIS RHEUMATOLOGISTS DON'T TREAT PSORIASIS SO WHERE DO YOU GO FOR HELP?



Revmatisk sykdom: I Norge har vi cirka 125 000 personer med psoriasis og det antas at inntil 30 prosent av disse vil kunne utvikle psoriasisartritt i løpet av livet. Illustrasjon: Novartis.

Ny lysbehandling til plakkpsoriasis tilgjengelig i Norge

Verdens første fototerapi til plakkpsoriasis som du kan bære på deg, er nå lansert i det norske markedet. Det er Philips som står bak produktet som heter BlueControl, og som er til behandling av mild til moderat plakkpsoriasis. Lanseringen betyr at den aller største psoriasisgruppen har fått en helt ny behandlingsmulighet. Sammen med bloggeren Supermarie vil vi her se nærmere på den nye lysbehandlingen, som kan utføres hjemme.

De fleste med psoriasis nikker gjenkjennende til at det er tidkrevende å holde sykdommen i sjakk. – Spesielt om vinteren tar det ekstremt mye tid å holde «leoparden» under kontroll. Kulden og den stressende hverdagen hjelper ikke akkurat på flekkene det heller, sier Marie Brudevold, som mange kjenner fra den populære bloggen «Supermarie». Der skriver hun jevnlig om livet med psoriasis.

– Det er mange der ute som fremdeles kjemper sin daglige kamp mot tiden, leoparden og mot eget selvilde. For disse kan kanskje verdensnyheten Philips BlueControl være tryllestaven som løser problemet? undrer Marie.

Sparer tid

Etter mange fornøyde brukere i Sverige og Danmark, er BlueControl nå også tilgjengelig i det norske markedet. Den nye lysbehandlingen fra Philips er utviklet slik at man kan behandle seg selv hjemme. Apparatet kan festes på for eksempel armen eller beinet, og

behandler psoriasisplakkene lokalt mens brukeren kan fortsette med å lage mat, jobbe på computeren eller se på fjernsyn. Det er et faktum Marie tror mange med psoriasis vil bli glade for.

– For min del gikk det fryktelig mye tid til å behandle psoriasis på ulike måter. Hjemmebehandling gjør etter min mening hverdagen mye enklere. Psoriasis slutter kanskje å være den store tidstyven som mange opplever at den er, sier Marie.

Hva er blått lys?

BlueControl har fått sitt navn på grunn av det blå lyset den sender ut. En undersøkelse fra 2015 viste en klar reduksjon av psoriasis symptomer ved bruk av det blå lyset som er uten ultrafiolette stråler eller kjemiske stoffer. Professor Matthias Born, som har vært ansvarlig for den kliniske studien, forklarer hvordan BlueControl virker:

– Blått lys forbedrer psoriasis symptomene ved å stimulere de naturlige prosessene

i huden. Det hjelper huden å fornye seg på vanlig måte, ved å bremse den økte produksjonen av hudceller som er forbundet med plakkpsoriasis. Med sine betennelsesdempende egenskaper, styrer blått lys den uregulerte betennelsen og lindrer symptomene.

Tør å vise beina

Siden Marie har dråpepsoriasis kan hun ikke teste Philips Blue Control på seg selv. Hun har derimot snakket med Harpa Halldorsdottir (42), som sier hun hadde stor nytte av «det blå lyset». – Harpa var skeptisk til å begynne med, men fant fort ut at det fungerte. Etter at hun startet med behandlingen har hun fått bedre selvtillit fordi plakkene er blitt tynnere og mindre røde, og kløen er nesten blitt borte. Hun tør å gå i kjoler igjen, og å vise beina om sommeren. Harpa fortalte meg også at hun har fått mye mer tid i hverdagen, og det kan jeg tenke meg er en stor lettelse. Psoriasis er ofte tidkrevende, men med BlueControl kan de som er rammet ta kontroll over egen tid igjen, sier Marie med et smil.

Blått LED-lys

- Stimulerer de naturlige prosessene i huden
- Reduserer symptomene til plakkpsoriasis
- Uten kjemiske stoffer og ultrafiolette stråler
- Er laget til hjemmebruk

Bloggeren Marie Brudevold tror mange med psoriasis kan spare verdifull tid ved å bruke Philips Blue Control. Foto: Marie Brudevold.



Harpa Halldorsdottir har testet Philips Blue Control. Hun opplevde at plakkene ble tynnere og mindre røde, og at kløen nesten ble borte. Foto: David Rosted.



Lysbehandling – et effektivt behandlingsalternativ

Lysbehandling er et veldokumentert alternativ i behandling av kroniske hudsykdommer som psoriasis og atopisk eksem. Behandlingsformen er velkjent, men hvordan fungerer den egentlig og utgjør den noen form for risiko?

Tekst: Tom Backe, Media-planet og redaksjonen i Hud & Helse

Illustrasjon/foto: Scan Med og Eli Synnøve Gjerde



– Den opprinnelige årsaken til at man startet med lysbehandling av hudsykdommer er sannsynligvis at mange erfarte at hudsykdommer ble bedre om sommeren, forteller Jürgen Funk, som er privatpraktiserende hudspesialist i Moss.

Det var på 1970-tallet at man så smått begynte å produsere lamper som kunne brukes til lysbehandling. Det ble utviklet lamper som kun ga lys i de bølgelengdene som virket helende på huden, det vil si ultrafiolette stråler av typen A eller B, bedre kjent som UVA og UVB. Spesielt er det smalspektret UVB som har vist seg å ha best virkning på atopisk eksem og psoriasis.

– En stor fordel med lysbehandling fremfor ordinært sollys er at alle de andre strålene som vi ikke trenger i behandlingen, og som kan være farlige i sollyset, er filtrert bort. Derfor er lysbehandling langt mindre farlig enn å sole seg tradisjonelt, sier Funk.

Økt risiko for hudkreft?

Noen vil kunne spørre seg om lysbehandling kan medføre økt risiko for hudkreft. Det avviser hudlegen:

– Vi hadde ikke fortsatt med lysbehandling av pasientene hvis vi hadde sett at behandlingen hadde ført til økt forekomst av hudkreft, sier han, og fortsetter:

– Ute i sollys har du ingen kontroll, men i lyskabinettene som vi benytter kan vi styre hvilken type stråling pasientene får og mengden som blir gitt. Man skal likevel være klar over at hvis man går til lysbehandling og soler seg mye i tillegg, så kan man få for mye sol. Det skal man være litt forsiktig med.

9 av 10 har effekt

90 prosent av pasientene med psoriasis har god effekt av lysbehandling. Det ultrafiolette lyset som gis i behandlingen reduserer nydannelsen av hudceller. Det er viktig siden psoriasis kjennetegnes av at huden fornyer seg raskere enn normalt, slik at hudcellene legger seg lagvis oppå hverandre. Huden klarer ikke å kvitte seg med de gamle cellene. Mens frisk hud vanligvis fornyer seg i løpet av 28 dager, utvikler psoriasispatienter nye hudceller i løpet av bare 4–5 dager.



Mindre farlig enn sol: – En stor fordel med lysbehandling fremfor sollys er at alle de andre strålene som vi ikke trenger i behandlingen, og som kan være farlige i sollyset, er filtrert bort.

– UV-behandlingen hemmer den raske utviklingen av nye hudceller. I tillegg har lyset en beroligende effekt på den innvendige betennelsen, eller inflammasjonen, som pasienter med psoriasis har, sier Funk.

Individuelle forskjeller

Hudtype vil avgjøre tidsintervallene av lysbehandlingen. Her er det store individuelle forskjeller.

– Fellesnevneren er at vi alltid starter forsiktig, kanskje bare med noen få sekunder den første gangen. Deretter øker vi gradvis lengden på behandlingen. Målet er at pasientene skal føle at de blir nesten solbrente, for da virker behandlingen best. Dette gjelder riktignok primært psoriasispatientene, ved atopisk eksem må vi behandle litt mer forsiktig. Hvis du ikke kjenner noe etter behandlingen har du imidlertid fått for lite. Når vi finner et nivå der behandlingen hjelper på utslettet, holder vi den stabilt på det nivået, sier hudlegen.

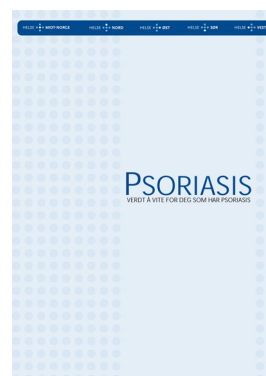
For å optimalisere lysbehandlingen er det bra å smøre den tykke huden med en hudkrem som inneholder salisylsyre eller karbamid. Da blir huden tynnere, noe som gjør at UV-strålene trenger lettere gjennom.

Rettelse: Informasjonshefte psoriasis

I juniutgaven av *Hud & Helse* stod det at det nasjonale informasjonsheftet «Verdt å vite for deg som har psoriasis» var blitt oppdatert. I etterkant har vi fått opplyst at kilden dette var basert på, ikke var av nyere dato. Vi beklager feilen, og presiserer at den nyeste versjonen fortsatt er fra 2009. Det pågår i skrivende stund arbeid med å revidere heftet, slik at det med tiden vil finnes en ny og oppdatert utgave.

«Verdt å vite for deg som har psoriasis» er utviklet av sykepleiere som jobber med dermatologi i Norge. Det er ment som et oppslagsverk ved behov for tips tilknyttet eksempelvis behandling, kosthold, pasientrettigheter og Behandlingsreiser til utlandet. Det er tilgjengelig i elektronisk format via Norsk Sykepleierforbunds hjemmeside.

Det vil bli opplyst i *Hud & Helse* når et nytt revidert hefte foreligger.



Biologisk legemiddel med gode langtidsresultater

I en studie som ble publisert under årets europeiske hudlegekongress i Wien, viser det biologiske legemidlet Cosentyx gode behandlingsresultater på psoriasis.

Dataene viser at Cosentyx gir god effekt hos psoriasis-pasienter over 4 år. Med Cosentyx ble 97–99 prosent av PASI 90 og PASI 100 responsrater beholdt fra år 1 til år 4. Legemidlet viser samtidig en gunstig nytte-risiko-profil i 4 år.

– Psoriasispatienter trenger behandlinger som de kan bruke over lengre tid uten å miste effekt, og vi er glad for at Cosentyx viser seg å være et bærekraftig alternativ for pasientene, uttaler Vasant Narasimhan, en global representant for produsenten Novartis.

Målsettingen med psoriasisbehandling er symptomfri hud, og Psoriasis Area Severity Index (PASI) 90 respons er ansett for å være et viktig måleparameter på behandlingssuksess. Symptomfri hud (PASI 100) eller nesten symptomfri hud (PASI 90) ble oppnådd av 68,5 prosent av pasientene i år 1, og denne høye raten ble beholdt til år 4 (66,4 prosent). I tillegg oppnådde 43,8 prosent av pasientene fullstendig symptomfri hud (PASI 100) i år 1, og denne raten (43,5) ble beholdt til år 4. Den gjennomsnittlige forbedringen av psoriasis målt med PASI score ble over 90 % etter 4 års behandling.

Palmoplantar psoriasis

På Den europeiske hudlegekongressen EADV i 2016, ble det også presentert resultater som viser langtidseffekt (1,5 år) av

Cosentyx ved behandling av psoriasis på hender og føtter (palmoplantar psoriasis). Omlag 60 prosent av pasientene fikk symptomfri eller nesten symptomfri hud, og opplevde fortsatt forbedring i løpet av 1,5 år. Palmoplantar psoriasis er en type psoriasis som er ansett for å være krevende å behandle, og hvor det er behov for nye behandlingsalternativer. Gode behandlingsresultater er av stor betydning, ettersom det er kjent at pasienter med palmoplantar psoriasis sliter med mer uførhet og ubehag, sammenlignet med pasienter med psoriasis på andre hudområder.

Cosentyx inneholder virkestoffet *sekukinumab*; et monoklonalt antistoff som selektivt binder seg til og nøytraliserer IL-17A. Forskning viser at IL-17A spiller en sentral rolle ved å drive kroppens immunrespons ved psoriasis, psoriasisartritt og ankyloserende spondylitt.

Behandling foreskrives av spesialist, og gis kun til pasienter som oppfyller kravene i henhold til Helsedirektoratets nasjonale behandlingsretningslinjer for biologisk behandling.

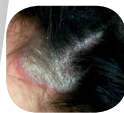
Kilde: «Data viser at Cosentyx gir god effekt hos psoriasispatienter i studie over 4 år», Novartis.

Psoriasis: Ditt Ducray pleieprogram

Sjampo som reduserer keratinisering ved flakdannelser i hodebunnen



- Mikronisert svovel
- Salisylsyre
- Ichthyol



HODEBUNN

BRUKSANVISNING:

Brukes 2-3 ganger pr. uke i 6 uker
Påføres 2 ganger, etter siste påføring, la virke i 3 minutter før utskylning. Kombineres med medisinsk behandling.

Krem for kropp og hodebunn som reduserer keratinisering og rødhet

- Mikronisert svovel
- Kertyol
- Salisylsyre
- Glykolsyre
- Glyserin



KROPP OG HODEBUNN

BRUKSANVISNING:

KROPP
To ganger daglig i 4 uker på lesjoner
HODEBUNN
En gang daglig i 15 dager
Kombineres med medisinsk behandling.

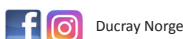


Spør
på apoteket

Ducray Elution sjampo
Tilleggspleie til behandling



Ducray Elution sjampo
Oppfølging til flassbehandling



Ducray Norge

www.dermoapo.no

DUCRAY
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

HS:

Den verste hudsykdommen av alle?

Hidradenitis suppurativa (HS) er trolig en av de verste kroniske hudsykdommene vi kjenner til.

Tekst: Tom Backe, Mediaplanet

Foto: Kjøstvedt og Abbvie

– HS er en kronisk hudsykdom som gir byller og kvise-lignende forandringer i armhuler, lyskene og andre områder med hud til hud kontakt. Sykdommen kan føre til skjemmende og smertefull arrdannelse og fistler (ganger under huden som ikke vil gro red. anm.). Sykdommen skyldes blokkerte utførselsganger til hårsekker og betennelse i de apokrine svettekjertlene, sier Inger Marie Skoie, som er hudspesialist og forsker ved Stavanger universitetssykehus.

Ulik alvorlighetsgrad

Sannsynligvis er det mer enn 50 000 mennesker i Norge som er rammet av HS. Hudsykdommen har ulik alvorlighetsgrad.

– Sykdommen er assosiert med mye smerte og fører ofte til en større reduksjon i livskvaliteten enn andre kroniske hudlidelser. Smerte er en del av dette, men sykdommen er

også stigmatiserende og skambelagt. Derfor er det mange pasienter som ikke tør å fortelle sine nærmeste om hudlidelser og i noen tilfeller forteller de det ikke til legen sin heller. Noen velger rett og slett å leve livet sitt alene på grunn av HS, sier Skoie.

Mange av pasientene må bruke mye bandasjemateriale, bleier og bind siden betennelsen fører til mye pussekresjon og byller som sprekker. I tillegg er sekretet ofte illeluktende.

Flere behandlingsalternativer

Inntil nå har det ikke vært noen gode behandlingsalternativer for HS. Det blir brukt antibiotika som kan hjelpe noen av



HS-utvalget (litt over) 1 år!

Gratulerer til oss! Og takk til Psoriasis- og eksemforbundet (PEF) for at de tok initiativ sammen med HS-utvalgets leder Geir Karlsen til å starte opp en organisasjon for oss med HS.

HS er en forkortelse for hidradenitis suppurativa. Jeg skal ikke bruke plass på å legge ut om den diagnosen her nå, for den har vært hovedtema i *Hud & Helse* tidligere, men skulle du ha lyst til å lære mer om denne sykdommen gå gjerne inn på www.levmedhs.no eller www.hsonline.no.

I oktober 2015 møttes 2 representanter fra PEF og 5 HS-pasienter for første gang, uten å vite så mye om hva vi kunne forvente av hverandre. Det viste seg at det var 7 mennesker med humor, sjarm og et voldsomt engasjement for å gjøre noe for mennesker med HS. Det ble bestemt der og da at vi skulle etablere HS-utvalget, og i løpet av de neste månedene prøvde vi å finne litt ut av hvordan vi skulle jobbe og hva vi ville jobbe for og mot. Vi fikk etter hvert også et ekstra medlem, som gled rett inn i gruppa med sin brennende motivasjon for at noe måtte gjøres. I desember 2015 ble HS-utvalget til det det er i dag.

I løpet av dette litt over ene året har vi egentlig klart å få til mye mer enn jeg trodde vi skulle få til da vi hadde vårt første møte. Vi har trykket opp og sendt ut informasjonsmateriell til blant annet HS-pasienter og hudleger rundt om i Norge.

Vi har hatt en kampanje gående på sosiale medier som Facebook, Instagram og Twitter, som du kan søke opp og bli med på med emneknaggen #DonateAShh.

Det er blitt opprettet en helsetelefon hvor det døgnet rundt sitter helsearbeidere som har fått opplæring innen HS.

PEF har også inngått et samarbeid med Komplette Apotek som er gull verdt for oss HS-pasienter, og ikke nok med det, utvalget har også blitt tatt med på råd og blitt hørt slik at mange av «våre» mest brukte produkter er blitt en del av rabattavtalen.

Vi har også vært eksponert i media flere ganger, og resultatet av det er at facebookgruppa vår «Hidradenitis Suppurativa Norge» har vokst mange ganger sin egen størrelse. Det eksploderte med medlemsforespørsler da TV2.no publiserte noen saker om HS, hvor jeg også var en av flere det ble laget sak om. Hvis ikke jeg husker helt feil, fikk vi nesten 200 nye medlemmer i løpet av noen få dager. Etter dette har gruppen jevnt og trutt vokst med nye medlemmer.



pasientene, men for de alvorligste tilfellene er ikke denne behandlingen effektiv nok.

– Operasjon er mulig. Dette gjøres tradisjonelt av plastikkirurger i Norge, men i følge nasjonale retningslinjer må pasientene ikke være overvektige og må også ha vært røykfrie de siste seks månedene før de opereres. Siden sykdommen er assosiert med nettopp overvekt og røyking er også dette en utfordring for mange.

– Det finnes biologisk immundempende medisin som i klinisk kontrollerte studier har vist seg å kunne gi vesentlig reduksjon i smerter og antall aktive lesjoner. Dette kan bli et vendepunkt i behandlingen av disse pasientene, men dette får vi foreløpig ikke lov til å ta i bruk i Norge fordi det er for dyrt, avslutter hudspesialisten.

I etterkant av TV2-saken opplevde jeg at mange tok kontakt med meg privat. De ønsket å takke for at vi gir sykdommen et navn og et ansikt. Historiene jeg fikk høre var ganske like, det som gikk igjen hos flere var følelsen av skam, fortvilelse og ensomhet. De kunne fortelle om glede og lettelse, men også sorg. Glede og lettelse fordi de nå hadde et navn på sykdommen, og visste at de ikke lenger var alene. Sorg over at andre mennesker også går gjennom like mye fortvilelse og smerte som de selv.



Det ryktes at NRK.no på nyåret kommer til å lage en sak med blant annet HS og psoriasis. Den kommer i forbindelse med at vi viser oss litt frem på NRK sitt program «Hva feiler det deg?» i januar/februar. Så følg med!

I skrivende stund er vi 459 medlemmer i facebookgruppa. 459 mennesker som ikke lenger er like ensomme med diagnosen sin. Det er vi i HS-utvalget utrolig stolte over å ha fått til! Det er dette vi har jobbet for, og vi kommer til å fortsette å jobbe videre i 2017.

Hilsen Ruby
Medlem, HS-utvalget

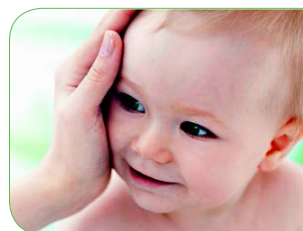
A-DERMA

AVOINE RHEALBA®

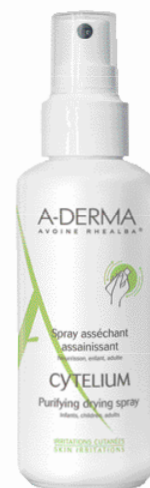
Rød, irritert kløende og fuktig hud?

A-Derma Dermalibour og Cytelium er effektive produkter som:

- Reparerer
- Lindrer
- Beskytter
- Er kløestillende



+ Dermalibour+
Flytende såpe og behandlende krem



+ Cytelium
Kløestillende sinkliniment for rød fuktig hud



A-Derma er basert på irritasjonsdempende, kløestillende Rhealba® havre med dokumentert effekt



Facebook/Instagram: A-Derma Norge

Kjære PEF-ung- medlem,



Slik nokre av de kanskje allereie har fått med dykk, så vart ungdomskonferansen i år arrangert i Stavanger. Konferansen føregjekk siste helga i oktober. Den bydde på mange ulike aktivitetar for ungdomane. På programmet stod både havrafting og føredrag om «seksualitet med hudsjukdom». Førellesningane vart helde av hudlege og sexolog, og var ein del av markeringa av Verdens Psoriasisdag laurdag 29. oktober.

Det vart ei sosial og lærerik helg, saman med mange fantastiske folk. Før me visste ordet av det var helga slutt. Me må likevel ta med at avslutninga på konferansen førte med seg val av nytt styre. Det blei vald både ny leiar og nestleiar. Eg, Gudbjørg Lund Dahl, vil nytte anledninga til å takke for tilliten som ny leiar i PEF-ung. Eg ser fram til å ta del i eit ungdomsstyre med så mange flotte folk.

Når det er sagt, nærmar nå jula seg med stormskritt. For mange betyr det eksamens- og tentamenstid, ekstra jobbing, lesing eller andre ting som kan verke stressande og slitsamt også for huda. Då er det viktig å ta vare på seg sjølv og dei ein er glad i. Difor, mellom alle ting som skulle vore gjort, er det lov å setja av nokre minutt der ein gjer heilt andre ting, og bare slappar av og hentar seg inn att.

Med jula kjem også eit nytt år, og med eit nytt år følgjer nye moglegheiter. Eg håper alle, både store og små, får ei riktig fin jul og eit godt 2017!

Helsing
Gudbjørg

Psoriasis på pinlige steder

Psoriasis på pinlige steder var tema da PEF-ung møttes til ungdomskonferanse og landsmøte helgen 28.-30. oktober. Årets destinasjon var Stavanger, en by mange gledet seg til å oppleve.

Tekst og foto: Maren Awici-Rasmussen

Gruppen samlet seg fredag ettermiddag til bli-kjent-leker og introduksjon til helgens program. For noen betyr bli-kjent aktivitet et gledelig gjensyn, mens for andre betyr det nye vennskap. Heldigvis er PEF-ungs fellesskap et inkluderende fellesskap, og kommentarer som «dette var jo ingen ting å grue seg til!» var med på å bekrefte dette.

Lørdagens program startet med sexolog Solveig Fridheim Torp. Hun snakket om seksuell helse ved en diagnose, om identitet og om relasjoner. Så tok hudlege Freddy Hestholm over. Freddys mål var å ufarliggjøre det å ha psoriasis på «pinlige steder». Etter hans innlegg ble det åpnet for Pandoras eske, der deltakerne kunne stille fagpersonene anonyme spørsmål. Både pinlige og ufarlige spørsmål ble tatt opp.

Identitet og seksualitet

– Huden er kroppens største og viktigste sanseorgan. Det er bindeledet mellom kroppen vår og omgivelsene. Huden er et vindu mot verden, startet Solveig Torp. – Huden har betydning for vår sosiale og mentale trivsel. Den har en viktig rolle ved regulering av nærhet, men noen ganger er det vanskelig å være komfortabel i egen hud. Noen ganger er det også fysisk vondt å ha en hudlidelse, fortsatte hun.

Hva så med seksualiteten? – Seksualitet er så mye mer enn sex. Seksualitet er et stort ord som rommer blant annet nærhet, klem, kommunikasjon, tilhørighet, følsomhet, kjønnsroller, parforhold, skam, engstelse, glede, intimitet og nysgjerrighet. Seksualiteten varierer fra menneske til menneske, og gir mennesket en identitet. Hvordan du opplever egen hud og hvem du er, har stor innvirkning på hvor stor betydning en diagnose som psoriasis får ha på din seksualitet, påpekte sexologen.

Torp siterte videre Graugaard, som sa at kronisk hudsykdom kan påvirke selvfølelse, livskvalitet og seksuell utfoldelse. Torp poengterte at det er viktig å bygge seg selv opp, og ikke å la flekkene man ser i speilet være med å definere ens verdi.

Direkte- og indirekte utfordringer

Som kroniker kan diagnosen tidvis påvirke seksualiteten. Solveig delte utfordringer knyttet til kroniske sykdommer inn i to hovedkategorier, henholdsvis direkte- og indirekte utfordringer. Direkte utfordringer kan eksempelvis være utslett på kjønnsorganet. Utslett kan gjøre det smertefullt og fysisk vanskelig å ha seksuelt samvær. Det kan føre til at man mister motivasjon eller at lysten forsvinner. Torp påpekte at det er viktig å tørre å spørre legen om hjelp.



Tøff gjeng: Det var en kul gjeng gangstere som stilte til fotografering under årets ungdomskonferanse i Stavanger.

Indirekte utfordringer handler om trygghet, relasjoner, kommunikasjon og selvbilde. Også dette kan medvirke til manglende lyst og manglende motivasjon. Torp forklarte her at nærhet er et bredt begrep, og at det er mange måter å være nær hverandre. De indirekte utfordringene er ikke en direkte konsekvens av psoriasis, men en indirekte konsekvens.

De indirekte utfordringene kan nært knyttes til selvbilde og identitet. Torp mente mange bør justere forventningene til seg selv. Ville du være like kritisk hvis du snakket til bestevennen din som du er når du snakker til deg selv?

Sexologen takket for seg og oppfordret forsamlingen til å være sin egen beste venn.

Fra pinlig til plagsomt

Torp ble etterfulgt av hudlege Freddy Hestholm. Han vil endre psoriasis fra å være «pinlig» til kun å være «plagsomt». – Det er ikke pinlig å ha utslett, og det er ikke pinlig å snakke med legen sin om det, forklarte han. Daglig mottar han minst *en* pasient med utslett på penishodet, og det er hovedsakelig pasienter uten psoriasis. Utslett på private deler er med andre ord svært vanlig.

For Hestholm var det også viktig å få frem at ikke alle plager og utslett er psoriasis. Mange får sopp og noen får hudsykdommen *lichen sclerosus*. Da trengs annen behandling. Sopp er vanlig, men får urettmessig skyld for underlivs-plager. Dersom soppmiddelet ikke virker er det ikke sopp.

Viktig kortisonbehandling

Mange temaer ble diskutert. Alt fra hårfjerning til kortison-salve. Kortison-salver finnes i fire styrkegrader, og hudens tykkelse er med å bestemme hvilken styrke som skal brukes. De sterkeste salvene skal for eksempel ikke benyttes på huden rundt øynene eller på kjønnsorganet, med mindre legen sier det. Mange pasienter lider av kortisonfrykt, og Hestholm mente det største problemet med kortisonbruk er underbehandling. Han påpekte betydningen av riktig bruk og kortisonfrie perioder for å opprettholde kortisonets effekt.

Det ble stilt spørsmål om kortison og graviditet. Hudlegen mente behandling med kortisonkrem under graviditet ikke er noe problem. Det ble tipset om hjemmesiden relis.no for oppdatert informasjon om legemiddelbruk under graviditet. Selv trodde hudlegen at kortisonskepsis kan forklares i at bivirkninger tilknyttet kortison-tabletter tilskrives kortison-salver. Han føyde til at «å sammenlikne kortisonkrem med kortison-tabletter er som å sammenligne en lekebil med en lastebil!». Kortison-tabletter skal ikke brukes til behandling av psoriasis.

Pandoras eske

Etter to innholdsrike foredrag var det tid for «Pandoras eske». Både sexologen og hudlegen ble igjen og ventet tålmodig mens gruppen skrev spørsmål. Noen benyttet anledningen til en liten samtale med hudlegen. Bekymringer for at det ikke skulle være nok spørsmål for en hel time var ubegrunnet, og spørsmålene rant inn. Det ble knapt tid til å gå gjennom alle!

Etter en kjapp lunsj tok PEF-ung del i PEFs markering av Verdens Psoriasisdag. Gudbjørg fra ungdomsstyret delte sin historie om det å være annerledes. Et sterkt og gripende innlegg som rørte mange i salen! Deretter var det tid for havrafting, før vi avsluttet bolken med en workshop. Etter middag var det oppsummering med quiz fra dagens foredrag.

Nytt ungdomsstyre

Søndag gikk med til landsmøte. Den mest spennende saken var «Valg», og her får du en presentasjon over hvem som ble stemt frem til å utgjøre det nye ungdomsstyret:

Gudbjørg L. Dahl (leder), PEF Sunnfjord og Ytre Sogn
 Mohammed Omar (nestleder), PEF-ung Oslo
 Anette Nærby, PEF-ung Drammen og omegn
 Marit Warberg, PEF-ung Troms
 Monica Kristensen, PEF Aust-Agder
 Jeanett Myking (vara), PEF-ung Bergen
 Alexander Nogva (vara), PEF Sunnmøre
 Aurora Kobernus (vara), PEF Oslo

Vi ønsker denne fine gjengen lykke til de neste to årene!

Ungdomstreff i Harstad

Helgen 23.–25. september var det duket for nytt ungdomstreff i PEF-ung Troms.

Tekst og foto: Anne Berit Kolset, PEF Troms

Oppstart var fredag ettermiddag. Da hadde ni ungdommer mellom 12 og 26, en mamma og to «oldiser» innfunnet seg på møterommet på Thon hotell i Harstad. Leder i PEF Troms, den ene oldisen, ønsket velkommen, og orienterte om opplegg og program. Deretter var det presentasjonsrunde, etterfulgt av foring. Ungdomsgjengen forsvant over gaten, og inn på et spisested med mat for enhver smak.

Før ungdommene gikk for å spise, ble det laget en handleliste. Leder i PEF Troms og kasserer Edmund (den andre oldisen) dro for å handle inn. I nitiden var alle på nytt samlet på møterommet, og det var klart for bli-kjent-aktiviteter med quiz, og inntak av brus, godteri og potetgull. Siden vi hadde et allsidig program dagen etterpå, fant de fleste ungdommene sengen i «kristelig tid».

Fartsfylte aktiviteter

Lørdagen startet med en meget god hotellfrukost, før gruppen ruslet i samlet tropp bort til Active Events, der vi ble tatt imot av en blid og dyktig instruktør. Det var flere aktiviteter på programmet:

- **Darklight Laser Games:** Alle deltakere utstyrt med vester og våpen. De jaktet rundt inne i et mørkt rom med mange effekter. Det var både spennende og god trim, for alle var bra svette etter noen runder.



- **Rodeooksken Ferdinand:** Her gjaldt det å holde seg oppe på ryggen til en okse som var spesialist på ville krumspring.
- **Gyrocopter:** To og to i en slags karusell med G-krefter, som ikke bare gikk rundt og rundt, men som snurret rundt i alle himmelretninger.

Etter å ha fått prøvd seg mye rent fysisk, smakte det godt med lunsj på hotellet.

Lørdag ettermiddag delte gruppa seg opp. For de som satt i styret i PEF-ung Troms var det organisasjonskurs. De andre fikk fri til å dra på kino, eller rusle rundt i Harstad. På kveldstid var det ulike aktiviteter. De fire yngste ble med på vannparty i Grottebadet fra 18.00–21.00, før kvelden ble avsluttet med samling på møterommet. Siden alle nå var blitt kjent med hverandre, måtte mamma Karina og «oldisleider» Anne Berit sende de yngste i seng før det ble for sent.

Museumstur til Trondenes

Søndag formiddag var det meningen at vi skulle gå til Trondenes historiske senter for litt faglig påfyll. Regn og sur vind gjorde at vi kjørte dit. Museets utstilling «Med kors og sverd gjennom 1000 år» viste lokalhistorien fra vår fjerne fortid og fram til moderne tid, med hovedvekt på vikingtid og middelalder. Den fortalte også om andre verdenskrig og en sovjetisk krigsfangeleir.

Vel tilbake på hotellet var det tid for lunsj og oppsummering av helga. Ungdommene var fornøyde med programmet. Det var positivt at det var fleksibelt, og at tilpasninger kunne gjøres. Selv om det var stor aldersspredning i gruppa, gikk alle godt overens. Det var flotte ungdommer!

Gøy i Gyrocopter: Kristian og Andrea syntes det var gøy å prøve Gyrocopter-karusellen, da PEF-ung Troms arrangerte ungdomstreff i Harstad.



Sprek og vågal: Oda Mellum var ei av fleire som våga «å fly høgt» i klatreparken på Nesttun.

Aktivitetsdag i klatreparken

Søndag 23. oktober inviterte PEF-ung Bergen til aktivitetsdag i «Høyt og lavt» klatrepark på Nesttun.

Tekst: Nicolai Krossøy, PEF-ung Bergen
Foto: Kenneth Waksvik, PEF Bergen og omegn

Sola skein, og klokka 11.00 skulle me møte dei påmelde ved klatreparken «Høyt og lavt». Oppmøtet var bra blant PEF-ung Bergen-medlemmane. Totalt var det sju barn og tre foreldre, utanom oss som var med og arrangerte aktivitetsdagen.

Då alle var komne, gjekk me opp til informasjonsluka for å melde oss. Her fekk me tildelt utstyr, som me skulle bruke til å klatre med i klatreparken. Då me hadde tatt på oss utstyret, fekk me hjelp av ein instruktør for å vera sikre på at det var ordentleg festa.

Grein til grein

Etter at klatreutstyret var sjekka, gjekk me vidare til ein treningsbane der me fekk instruksjer om korleis klatreparken fungerte. Etter dette gjekk alle borna og dei få vaksne som skulle klatre, ut i den store klatreparken å begynte å svinga seg frå grein til grein.

Då klokka nærma seg 14.00, var det tid for eit godt måltid i restauranten. Her fekk me servert ein nydeleg «klatreburger» med poteter. Etter middagen vart ein perfekt dag avslutta.

Me i PEF-ung Bergen gleder oss til neste arrangement.

Sminketips fra make-up-artisten

Renate Rue er make-up artist og har sminket kjente ansikter hos NRK og i TV2-serien *Hotel Cæsar*. På forespørsel fra *Hud & Helse*, gir hun her tips og råd til sminking av problemhud. Artikkelen tar utgangspunkt i et utvalg produkter hun har testet i sminkeserien «Idun Minerals».

Tekst og foto: Renate Rue
Illustrasjon: Idun Make-up



Renate Rue er make-up artist og gir i denne artikkelen tips til sminking av problemhud, basert på produkter fra serien Idun Minerals.

Grunnlag

To punkter som danner grunnlaget for en sunn hud, og som gjør neste runde med makeup enklere.

1. Rens huden hver morgen og kveld. Etter rensen, påfør serum og krem som beskrevet under.
2. Bruk en ansiktsskrubb en til to ganger i uken. Huden fornyer seg jevnlig, og døde hudceller er resultatet. Disse må bort for å legge en fin sminke.

Ansiktshud

Huden i ansiktet er den største delen å jobbe med, og den viktigste for å få en «fresh look». Start ved å påføre et ansiktsserum, som har en dypvirkende effekt som metter huden med fuktighet. Påfør deretter et godt lag med fuktighetsgivende krem. Kremen vil ha en mer beskyttende virkning fra ytre stimuli som kulde og forurensing.

En tørr hud med ujevne partier kan være vanskelig å sminke. Når huden er rikelig fuktet, vil *Idun mineralpudder* smelte inn i huden og jevne ut hudfargen. *Idun minerals makeup-kost* er beregnet for påføring av kompakt pudder foundation. Påfør i sirkelbevegelser.

Foretrekker du flytende foundation og har ujevne og rødlige partier du ønsker å dekke, start med å påføre tynne lag med en svamp. Her må det bygges opp

for å få et jevnt og dekkende resultat. Avslutt ved å legge et tynt lag transparent pudder med en kost. Ikke dra, men trykk på. Dette «setter» sminken, og hindrer at den legger seg i linjer. Avslutt gjerne med ett spray *ansiktssmist* (ansiktsspray) for å få en enda freskere look. Dette gjelder både kompakt og flytende foundation. Sprayen gjør også sminken mer holdbar.

Usikker på fargetone? Påfør litt på halsen eller kjevebeinet. Er den «ton i ton» med huden på dette punktet, da passer den!

Øyne

Legg et tynt strøk *Idun minerals concealer* (klikkpen) på hele lokket før du påfører øyeskygge. Da sitter den best. Har du rødheter rundt øyeparti eller andre steder i ansiktet du ønsker dekke litt ekstra på grunn av eksem eller lignende, kan du legge på litt av *Idun minerals concealer* i pudderform. Den vil legge seg jevnere enn en flytende concealer. Legg gjerne ansiktskrem på øyelokkene også, men helst en god stund i forveien slik at den har trukket godt inn. For mye fuktighet vil ellers gjøre øyeskyggen ujevn, og føre til at den legger seg i linjer.

Ekstra sminketips

Ønsker du en mer «sotede øyne» look, kan du legge *Idun mineral eyeliner* langs vippekanten på øyelokket. Bruk enden av kajalen for å duse den litt ut. Da får

du et mykt, men mer intensivt, fengende blikk.

Lepper

Tørre og sprukne lepper er noe vi alle opplever, men noen er mer utsatt. Da er redningen *Idun minerals leppestift*, som inneholder shea smør og multoolje. Den smører leppene som en leppepomade, og gir samtidig farge.

Andre gode sminkeråd:

1. Rens børstene dine. Mye bakterier legger seg her, og det kan skape irritasjon i huden.
2. Skift mascaraen ut jevnlig. Ikke sjeldnere enn hver 6. uke. Mascara er en bakteriebombe for sensitive øyne.

Medlemsfordel

Som medlem i Psoriasis- og eksemforbundet (PEF) og PEF-ung har du fast 15 % medlemsrabatt på Idun sminkeprodukter hos Komplette Apotek. Sminkeserien er egnet for problemhud, og utgjør en del av sortimentet i fordelsavtalen som er inngått mellom PEF og Komplette Apotek.

Idun Minerals er opprinnelig en svensk serie mineralprodukter som blant annet selges i svenske apotek. Produktene er renset for blant annet nikkel, krom og mikroorganismer.

For mer informasjon, se www.komplettapotek.no/pef.

1 års ledig vikariat som organisasjonssekretær

Psoriasis- og eksemforbundet er en interessepolitisk pasientorganisasjon som jobber for mennesker med psoriasis, atopisk eksem, andre hudsykdommer og psoriasisartritt. PEF har cirka 5000 medlemmer. Administrasjonen består av til sammen 4 heltidsstillinger, og vi holder til i hyggelige lokaler på Høysfyr i Oslo, sammen med 5 andre pasientorganisasjoner.

Psoriasis- og eksemforbundet har nå et ledig ettårig svangerskapsvikariat i 100 % stilling som organisasjonssekretær, med tiltredelse fra 24. april 2017.

Arbeidsoppgaver:

- Oppfølging av barne- og ungdomsorganisasjonen PEF-ung, herunder å arrangere konferanser/samlinger, styremøter og interessepolitikk. Ansvar for PEF-ungs sider i Hud & Helse, samt å oppdatere PEF-ungs nettside og kontoer i sosiale medier.
- Hovedansvar for Psoriasis- og eksemforbundet og PEF-ungs søknader og rapporter til Extrastiftelsen, samt andre relevante støtteordninger.
- Kurs og opplæringsansvar, kontakt med og oppfølging av studieforbundet Funkis.
- Bistå generalsekretær med interessepolitisk arbeid
- Delansvar for vedlikehold av medlemssystemet
- Noe helgearbeid må påregnes

Kvalifikasjoner:

- Høyskole/universitet eller kontorfaglig utdanning
- God IKT-kompetanse, inkludert web
- Evne til å arbeide selvstendig
- Gode samarbeidsevner
- Erfaring fra organisasjonsarbeid er en fordel
- Erfaring med prosjektsøknader er en fordel
- Kunnskap om våre diagnoser er en fordel, men ikke et krav
- Interesse for og erfaring med interessepolitisk arbeid
- Trives sammen med ungdom
- God evne til muntlig og skriftlig fremstilling på norsk og engelsk

Lønn etter avtale

Ordnete tilsettingsforhold

Spørsmål om stillingen kan rettes til generalsekretær Terje Nordengen på tlf. 23 37 62 44.

Søknad med CV sendes Psoriasis- og eksemforbundet, PB 6547, Etterstad, 0606 Oslo eller på post@pefnorge.no innen **mandag 2. januar 2017**.



A-DERMA

AVOINE RHEALBA®

Reduserer kløe*. Fuktighetspleie, baby, barn voksne for tørr, irritert hud og lett eksem

EXOMEGA

WITH RHEALBA® OAT PLANTLETS



98 %
opplever mindre
kløe og irritasjon
etter første
påføring **

* Sensations of itching associated with dry skin
** 98 % satisfied with Exomega cream topics (51 topics) / EXOMEGA Cleansing oil (52 topics).

THE DERMATOLOGICAL OAT FOR FRAGILE SKIN

www.dermoapo.no

  A-Derma Norge

Nyutnevnt seniorutvalg

For en tid tilbake fikk tre «gamle» hedmarkinger og PEF-tillitsvalgte spørsmål om vi ville utgjøre forbundets seniorutvalg. Alle tre stilte seg positive til det, og vi samlet oss til et konstituerende møte på PEF Hamar og omegns kontor 25. oktober.

Tekst: Rolv Baadshaug, PEF Hamar og omegn

Til møtet stilte også forbundsleder Ragnar Akre-Aas og generalsekretær Terje Nordengen. De ga oss en innføring i hvilket arbeid som var dratt i gang av tidligere utvalg, og kom med noen retningslinjer til hva et seniorutvalg bør jobbe med framover.

Forbundslederen ønsket det nye seniorutvalget velkommen, og ønsket oss lykke til i arbeidet vi skal gjøre. Forbundet har relativt mange medlemmer over 60 år, og slik sett er det viktig for organisasjonen å utnevne et utvalg som ivaretar aldersgruppens interesser.

Undervisningsopplegg

Utvalget konstituerte seg i møtet, og valgte Svein J. Åkerland til leder, Rolv Baadshaug som sekretær og Marianne

Lund til kasserer. Forbundsleder Ragnar Akre-Aas vil være utvalgets kontaktperson i sentralstyret.

Vi besluttet at det nye utvalget skal jobbe videre med to prosjekter som ble igangsatt av PEFs tidligere seniorutvalg. Det første handler om å få utviklet et undervisningsopplegg om behandling av psoriasis hos eldre, tilpasset helsepersonell i hjemmetjeneste og på sykehjem. Det andre består i å utvikle informasjonsmateriell tilegnet seniorer med hudsykdom. I tillegg kom det forslag om å prøve å skape lokale møteplasser for seniorer med psoriasis og andre hudsykdommer. I første omgang vil vi gjennomføre dette som en pilot i Hamar-regionen.

Kom gjerne med innspill!

Vi er glade over å kunne presentere det nye seniorutvalget i denne utgaven av *Hud & Helse*, og vil i den sammenheng be om innspill fra deg som er medlem til hvilke aktiviteter og oppgaver vi bør jobbe med.

Kontakt oss gjerne på:

Svein J. Åkerland, tlf. 916 73 113 / jo-aaker@online.no

Rolv Baadshaug, tlf. 990 12 038 / rolv.baadshaug@online.no

Marianne Lund, tlf. 993 69 394 / mariannelund49@outlook.com (etter ordinær arbeidstid)

Reiseutvalgets medlemsturer i 2016

Psoriasis- og eksemforbundets reiseutvalg har arrangert to medlemsturer i år. Her er en liten skildring fra de to reisene, skrevet av utvalgets leder, Sissel Brufors Jensen.

Fantastiske Makarska

Vårturen gikk til Makarska i Kroatia fra 21. mai til 4. juni. Makarska var en fantastisk fin plass! Vi bodde på hotell og helsesentret Biokova, som lå helt nede ved stranden. Helsereiser, som hadde samarbeid med Kroatia helsereiser, hadde lagt turen til rette for oss. Makarska er et sted vi gjerne reiser tilbake til.

Skilpaddefødsel på Kreta

Neste reise gikk til Kreta i september. Gruppen bodde på Vings anlegg, Troulakis, som lå i Platanias. Det var et koselig anlegg, med et fint bassengområde med gode solsenger. Til stranden var det cirka 300–400 meter. Noen av deltakerne fikk oppleve skilpaddefødsel, der 10 småpadder kom opp av sanden og satte kurs mot

sjøen. Det var en fin tur, med godt samhold i gruppa.

Reiseutvalget har vedtatt at det skal arrangeres ny medlemstur i 2017. Reisen planlegges gjennomført i september, og blir annonsert på forbundets hjemmeside www.hudportalen.no.



Reiseutvalgets vårtur: Makarska var et fantastisk sted. Her fra en av flere hyggelige sammenkomster.



Reiseutvalgets høsttur: En fin gjeng medlemmer samlet til middag og sosial hygge på Kreta.



Regiondebatt: Rune Haaverstad inviterte til diskusjon rundt PEFs lokallagsstruktur, i lys av den forestående kommunereformen.

Østlandskonferanse på Kielferja

21.–23. oktober var i undertak av 40 tillitsvalgte samlet på Color Magic tur-retur Oslo-Kiel, etter forberedelse og invitasjon fra PEF Akershus.

Tekst: Rune Haaverstad, PEF Akershus

Foto: Erik Gløersen, PEF Akershus

Før avgang var pasientrettigheter på agendaen. Deltakerne fikk et innsiktsfullt og meget opplysende foredrag. En slik konferanse gir også anledning til å informere deltakerne om hva som foregår i regionen, og det var derfor lagt opp til orienteringer både fra PEF sentralt, PEF-ung og alle deltakende fylkeslag. Gjensidig informasjon om opplevelser, utfordringer og informasjon om vellykkede og mindre vellykkede arrangementer, ble delt og evaluert.

Videoprojekt

Vi fikk også presentert de ferdige digitale foredragene som er utviklet av PEF med støtte fra Extrastiftelsen. De nye videoforelesningene falt i meget god jord, og vil forhåpentligvis bli brukt både på lokale møter og fylkesmøter.

Leder i PEF Akershus holdt et innlegg vedrørende PEFs regionale organisering i tiden fremover, med fokus på endringer i kommune- og fylkesorganiseringen. Kommune-reformen vil trolig komme til å berøre PEFs lokal- og fylkeslag. Innlegget skapte god debatt og stort engasjement, også etter møtets slutt.

God mat, god stemning, komfortable lugarer og engasjerte tillitsvalgte sørget for at Østlandskonferansen 2016 ble en fin helg.

Skip O'hoi!

Landsdelskonferanse i Midt-Norge

PEF Nord-Trøndelag arrangerte landsdelskonferanse 16.–18. september på Scandic Hell hotell i Stjørdal. Det ble bra oppmøte og en veldig vellykket helg.

Tekst og foto: Anne Katrine Nyborg, PEF Nord-Trøndelag

Fredag hadde vi foredrag om samhandlingsreformen ved Kjell Åge Nilsen fra Helse Midt-Norge. Deretter hadde vi kulturelt innslag med sang av Sara Kristoffersen.

Lørdag hadde vi foredrag med «daglig gleder» Heidi Klefstad. Hun driver enkeltmannsforetak med samme navn; «Daglig Gleder» og drar rundt og sprer glede og motivasjon som hjelp til å takle hverdagen. Senere på ettermiddagen hadde vi noen litt løse diskusjoner om status og situasjonen i lokallagene.

Generelt ble det en veldig vellykket helg med gode tilbakemeldinger. Det er ikke så verst å arrangere en slik konferanse når folk er så positive og glade. Takk for en flott helg med en

flott gjeng. Stå på med den gode jobben dere gjør for deres lokallag, alle sammen!



Lokalt engasjement: Ingenting å si på engasjementet da lokallagene i Møre og Romsdal og trøndelagsfylkene møttes til Midt-Norge-konferanse i september.

Høstaktiviteter i Midt-Troms

PEF Midt-Troms er en lokalforening med ca. 50 medlemmer fordelt på ti kommuner. De fleste medlemmene bor i Finnsnes-området. Derfor legges omtrent alle aktiviteter til Finnsnes.

Tekst: Anne Berit Kolset, leder PEF Midt-Troms og PEF Troms

Vi har et par arrangementer hver høst, men oversvømmes ikke akkurat av medlemmer på møtene. 29. september inviterte vi til pizzatreff på Peppes Pizza på Finnsnes. Vi var fem som spiste pizza i lag. Vi hadde det trivelig og snakket både om behandling, behandlingsreiser og nye tilbud fra PEF, samt mye annet. Å møtes helt uformelt, uten et program å forholde seg til, er avslappende og hyggelig.

Fokus på HS

PEF Midt-Troms markerte også Verdens Psoriasisdag med et åpent møte på Finnsnes hotell 3. november. Vi sendte mail til alle medlemmer med mailadresse, og annonserte i to lokalaviser for å kunngjøre møtet. Tema var

«Hud og helse». Elleve personer kom, hvorav tre var medlemmer i forbundet.

Leder i PEF Midt-Troms ønsket velkommen. Undertegnede orienterte deretter om forbundet og om medlems-tilbudene, med særlig fokus på avtalen med Komplett Apotek. Vi delte også ut Dagbladets bilag om kroniske hudsykdommer, utgitt i forbindelse med Verdens Psoriasisdag. Vi bladde fort gjennom bilaget sammen, og stoppet litt opp da vi kom til stykket om hidradenitis suppurativa (HS), en sykdom som var ukjent for de fleste. Det viste seg at en av dem som var til stede, nettopp hadde denne sykdommen. Vedkommende meldte seg inn i organisasjonen. To andre ønsket også medlemskap.

Aloe Vera

Siden tema for kvelden var hud og helse, hadde vi invitert to damer fra selskapet «Forever Living» for å demonstrere og snakke om sine kremer, kosttilskudd og andre produkter. Disse er basert på Aloe Vera-planten. Damene var blide, flinke og engasjerte, og noen av deltakerne som var til stede bestilte varer.

I møtet serverte vi frukt og rundstykker, samt kaffe og te. Det ble en trivelig kveld.

«Snø på toppene»

I anledning Verdens Psoriasisdag arrangerte PEF Bergen og omegn medlemsmøte 25. oktober med tema hodebunnsbehandling. Fokus var «snø på toppene».

Tekst: Anne Louise Falch, PEF Bergen og omegn

Foto: Kenneth Waksvik, PEF Bergen og omegn

Til å snakke om hodebunnspsoriasis hadde styret invitert dermatologisk sykepleier Inge Bønkel Birkeland fra Hudavdelingen på Haukeland universitetssjukehus. – Hodebunnen er som kroppen. Når den klør, er den tørr og trenger fuktighet, fortalte hun.

Sykepleieren ga 15 fremmøtte en grundig og svært god oversikt over hodebunnsbehandling, produkter og teknikker. Birkeland hadde med seg ulike hjelpe-midler, vareprøver og et demonstrasjons-hode for å vise forbehandling og innpakning av hodebunn. Behandlingen ble gjennomgått steg for steg.

Erfaring og kunnskap

Foredraget var praktisk rettet, og vi som var til stede fikk detaljerte tips og råd underveis. Etter selve innlegget ble alle fremmøtte inviterte til å komme frem og snakke med Inge, og selv prøve ting som var demonstrert. Flere fra styret bidro med verdifull informasjon, og delte av egen erfaring og kunnskap. Ekstra gledelig var det at flere unge var til stede denne kvelden.

Inge tipset om at når en skal vaske av forbehandling, så skal sjampo



«Snø på toppene»: Mange med psoriasis sliter med flass i hodebunnen. Hudsykepleier Inge Bønkel Birkeland demonstrerte hodebunnsbehandling til fremmøtte i PEF Bergen og omegn 25. oktober.

masseres inn i tørr hår. Bruk mye sjampo, helst uparfymert og av det billige slaget. Etter at fett er løst opp, skylles sjampo ut. Spar den gode (og dyreste) sjampo til slutt. Et annet viktig tips er ikke å bruke grønnsåpe. Den er basisk og endrer PH-verdien i huden, noe som kan gi infeksjon.

Inge snakket også om øregangene. Drypp gjerne med olje, matolje fungerer godt. Jordnøttolje kan også brukes, men vær obs på nøtteallergi.

§ 5.22

Det ble til slutt informert om bidragsordningen, §5.22, og det nye samarbeidet Psoriasis- og eksemforbundet har inngått med Komplet Apotek. Alle deltakere ble oppfordret til å benytte seg av disse ordningene, med henvisning til forbundets nettsider for mer informasjon.

Dette medlemsmøtet var en fin og nyttig måte å markere Verdens Psoriasisdag på. Vi samlet både unge og voksne som sliter med hodebunnsproblemer, og håper de fikk med seg gode råd og tips hjem denne kvelden.

Liker du å skrive?

PEF Oppland har i mer enn 11 år utgitt vårt lokale medlemsblad «Strålen». Dette har vært et viktig kontaktledd til medlemmene, siden Oppland er stort, og det er vanskelig å samle alle til kurs og hyggeligheter.

Tekst: Aase Ruud, redaktør Strålen

Nå ser det imidlertid ut til at bladet nærmer seg siste utgivelse. Nåværende redaktør trer av, og vi trenger en erstatting. Vi håper derfor at det finnes noen blant våre medlemmer som har lyst til å ta på seg denne jobben?

«Strålen» sendes ut fire ganger årlig ved hjelp av et svært godt samarbeid med trykkeriet vårt på Gjøvik. Dessverre er det ingen i det sittende styret som på nåværende tidspunkt har tid eller anledning til å ta på seg redaktøransvaret, så alternativet foreløpig er nyhetsbrev og foreningens side på nettet, eller en gruppe på Facebook. Alt dette er jo bra, men vi har fortsatt en del medlemmer som ikke bruker eller har tilgang til data.

Hvis du føler at du har en liten redaktør i magen, så ta kontakt med PEF Oppland eller undertegnede på aase-ruu@online.no. Vi i PEF Oppland mener Strålen har livets rett noen år til, og håper at du vil hjelpe oss til å opprettholde dette betydningsfulle medlemstilbudet.

Aktiv høst i Fredrikstad

PEF Fredrikstad har hatt en aktiv høst, både lokalt og som deltager i PEF Østfolds arrangement.

Tekst og foto: Liv Skovdahl, PEF Fredrikstad

Foreningens tradisjonelle temadag ble i år avholdt av PEF Østfold 24. september på Scandic City Fredrikstad. Ernærings-terapeut og naprapat Hanne Nordmark og entertainer Robert Bjørnstad var to interessante foredragsholdere.

«Psoriasis i et ernæringssterapeutisk perspektiv» samlet en lydhør gruppe på cirka 40 personer, og omhandlet mange aspekt som var nyttige for flere. Deretter fulgte Robert Bjørnstad opp med sitt innlegg om blant annet motivasjon og

bekymringer, ispedd egen musikk. – Minus og minus er et pluss, sier Robert i sin nye folder.

Forbundslederen var også gjest hos oss denne dagen, og bidro positivt med nytt fra PEF sentralt.

Stand på Kalnes

PEF Fredrikstad markerte videre Verdens Psoriasisdag 29. oktober, med stand på Sykehuset Østfold Kalnes. Flere hadde merket seg at vi var på plass denne dagen, og møtte opp med spørsmål om egne eller sine barns hudproblemer. Blant de ansatte på sykehuset var det hyggelig interesse for oss, og det var spørsmål om vi kunne hjelpe med å fortelle om Psoriasis- og eksemforbundets virksomhet. PEF som organisasjon var et interessant emne for flere som ikke kjente oss fra før.

«En smak av paradis»

18.-21. august dro vi i PEF Drammen og omegn på tur til Sør-Rogaland for å besøke den nydelige parken *Flor og Fjære*.

Tekst: Anne Marie Flønes, PEF Drammen og omegn

Foto: Kristian Henriksen, PEF Drammen og omegn

Vi var 19 medlemmer som reiste for å oppleve *Flor og Fjære* på øya Hidle utenfor Stavanger. Vi tok toget fra Drammen, og det var en fin reise med mange forventningsfulle mennesker. Vi skulle bo på Scandic Park Hotell, og ble veldig fornøyd med rommene våre. De var store, lyse og delikate. Det var trivelige terrasser og oppholdsrom, og hyggelig betjening.

Minne for livet

Fredag formiddag dro vi ut til øya med forventning og spenning. Det skulle vise seg å bli en opplevelse for livet! Dagen opprant med strålende sol, så det startet godt. Vi ble ønsket velkommen av vertskapet og ble guidet rundt. Vi ble fortalt hvordan det hele startet, hvordan vårplantingen foregikk, og hva som måtte gjøres høst og vinter.

Vi tok mange fine bilder, inkludert et av hele gruppa.

Etter en times tid var det tid for lunsj. Den startet med nydelig fiskesuppe, deretter buffe med alt man kunne ønske seg, og til slutt selvfølgelig dessert og kaffe. Det ble tid til å rusle rundt på egenhånd, flere bilder ble tatt, og vi fikk også kjøpt med oss et minne fra «Edens Hage».

Turen til *Flor og Fjære* ble et minne for livet. Vi avsluttet dagen på terrassen i 8. etasje på hotellet med musikk, vitser og mye latter. Det ble også en liten svingom.

Trivelig vestlandsby

Lørdagen var det ikke så bra vær, men alle fant på noe å gjøre. Stavanger er en koselig by, som det er fint å rusle rundt i. Det ble en avslappende, men våt dag.



«Smak av paradis»: Turen til *Flor og Fjære* var et minne for livet, skriver Anne Marie Flønes.

Vi hadde felles middag på hotellet, med god mat og drikke, og fortsatte utover kvelden der.

Avreisedagen startet med buss til Moi. Etter en times tid kom toget. Igjen ble det en fin togtur, denne gang etter en uforglemmelig opplevelse i *Flor og Fjære*. Med det flotte været, var dagen i hagen alene verdt hele turen.

Foreningen håper enda flere vil delta på våre turer i tiden som kommer. Send gjerne inn forslag til reisemål, så forsøker vi å tilfredsstille så mange ønsker vi kan.

Høstkonferanse

PEF Møre og Romsdal arrangerte høstkonferanse på Vestnes fjordhotell 19.-20. november. En del av konferansen ble brukt til å stå på stand på kjøpesenteret Vestnes Brygge. Mange var interesserte i å få informasjon, og vi håper at denne aktiviteten vil være med på å rekruttere flere medlemmer. Vi jobbet også med planlegging av aktiviteter for det neste året.

Styret i PEF Møre og Romsdal



En blid og engasjert gjeng tillitsvalgte på PEF Møre og Romsdals høstkonferanse. Foto: Solgunn Larsen.

Medlemsbowling

8. november var vi 14 medlemmer i PEF Drammen og omegn som dro på bowling. Vi startet først med å spise pizza, kombinert med noe godt i glasset. Etterpå var det bowling, der alle bidro med «liv og lyst». Noen hadde aldri bowla før, men utrolig gode var de, og de syntes det var kjempegøy.

Føtter og fotpleie

20. september hadde vi et åpent møte på Folkets hus i Drammen. Fotterapeut Liv Hauge holdt et lærerikt og interessant foredrag om føtter og fotpleie. Hun hadde også tilleggsutdannelse innen diabetes. Denne sammenhengen mellom psoriasis, fotplager og diabetes var nyttig å få mer kunnskap om. Vi fikk deilige varme karbonadesmørbrød og rullekake, inkludert mineralvann og kaffe. Kvelden ble avsluttet med bingo, der mange var heldige og fikk med seg fine gevinster hjem. Arrangementet var veldig bra for oss 25 medlemmer som var der, men vi skulle ønske det hadde kommet enda flere. Vi er likevel glade for alle som kom, og ønsker også alle andre medlemmer og interesserte velkommen til neste møte.

Samling for nye medlemmer

Onsdag 16. november hadde vi vårt årlige møte for nye medlemmer. Noen nye medlemmer og noen fra oss i styret møtte opp på Peppes Pizza i Drammen. Vi spiste pizza og pratet om foreningen vår, og aktivitetene vi driver. Vi fikk tilbakemelding om at de nye medlemmene synes dette var en hyggelig og informativ kveld, og tar sikte på å gjenta dette ved senere anledning.

Tekst: Anne Marie Flønes/Kristian Henriksen, PEF Drammen og omegn

Medlemstur til Gran Canaria

PEF Oppland arrangerte tradisjonen tro medlemstur til Gran Canaria fra 21. september til 5. oktober. I likhet med tidligere år brukte vi Green Beach hotell i Patalavaca. Vi var nesten 40 deltakere, og ble en godt sammensveiset gruppe.

Tekst og foto: Aase Ruud/Hanne Johansen, PEF Oppland

Vi startet som vanlig med busstur fra Lillehammer skysstasjon, hvor en gjeng trøtte deltakere fant sine plasser i bussen. På veien plukket vi opp noen på Biri, i Redalen, på Gjøvik og til sist fikk vi med oss May fra Roa. Turen til Gardermoen gikk fint, og vi fikk god tid, så vi slapp stress og mas. Flyturen gikk også greit. Hvor herlig var det ikke da vi kom ut av flyet, og kjente den deilige varmen og lukten!

Lapp i dørsprekken

Noen timer etter at vi var installert i leilighetene, fikk deltakerne en lapp i dørsprekken fra Jorunn og Jan Erik. De var våre kontaktpersoner på turen, og gjorde en god jobb. På lappen sto navn, telefonnummer og leilighetsnummer til alle 40 deltakere. Ordningen med oppmøte kl. 19 hver dag for de som

ville ha selskap til middag, fungerte fint. På den måten blir ingen glemte og sittende alene.

Det ble arrangert en del felles aktiviteter, blant annet fottur i fjellet, båttur, bassengtrening og to fellesmåltider. Det var bra oppslutning om alt! Været var svært bra, vi slapp både ørkensand og regnvær.

Bading, sol og litt trening

Første fellesmiddag spiste vi på den danske restauranten Eden, og verten der hadde samme gode humør som ved tidligere besøk. Koselig og smittende!

Etter to uker med bading, soling, og litt trening på strand og i basseng dukket en ny lapp opp i dørsprekken. Avskjedsmiddagen ble spist på



restauranten «Grilled», bare fem minutters gange fra hotellet. Vi ble en stor gjeng rundt bordene.

Alle var enige i at det hadde vært to flotte uker, med mye smil og latter.

Medlemstur til Lanzarote

17 glade deltakere fra PEF Telemark møtte opp 28. oktober på Gardermoen med et felles reisemål; Lanzarote.

Tekst: Bjørn Slettene, PEF Telemark

Foto: Helge Holmberg, PEF Telemark

Siden vi var i underkant av 20 deltakere, ble ikke dette registrert som en gruppetur, selv om opplegget langt på vei var felles. Vi ankom hotell Cinco Plazas tidlig på ettermiddagen, og etter at vi hadde installert oss på hotellet, var vi snart på vei til restaurantstrøket for en matbit. Strandpromenaden har en fantastisk utsikt over sjøen utenfor, og restauranttilbudet var mangfoldig, både med hensyn til pris, nasjonalitet og smak. Været var stort sett bra, men på denne årstiden må man regne med en skur i ny og ne. Temperaturen lå i overkant av 20 grader, en god norsk sommertemperatur, og nedbøren tørket raskt opp.

Standarden på hotellet var rimelig god, og basseng og strender var av høy kvalitet. De som ønsket handicapleilighet eller leilighet for enslige, var imidlertid ikke så fornøyde, for disse leilighetene lå ikke sammen med de øvrige. Stedet, Puerto del Carmen, er sjarmerende og livlig, og uten plagsom støy. Den Norske Sjømannskirken ligger like ved hotellet, og mange besøkte den, både for en grøtmiddag og for kaffe og vafler. Det ligger også sentralt til med hensyn til utflukter, noe de fleste benyttet seg av.

Vulkanøya har mange attraksjoner, både huler med bassenger og spesielle dyrearter, samt en gedigen konsertsal nede i fjellet. En del av landskapet er nesten uberørt etter vulkanutbrudd, og er vernet mot slitasje ved at det kun er sertifiserte busser som får lov til å ta turistene inn i deler av dette «månelandskapet».

Avreise fra Gardermoen på morgenen med ankomst Lanzarote tidlig ettermiddag, og retur på ettermiddagen med ankomst Gardermoen om kvelden, er trolig det mest gunstige flyopplegget som er mulig når en ikke kan reise fra Torp, som er nærmeste flyplass til Grenland. Vi rakk tog hjem på kvelden, og ved avreise hadde vi alternativene å kjøre fra Grenland grytidlig morgen – eller overnatte på rimelig hotell, ca. 800 kr for et tomannsrom.

Takk for en hyggelig reise!



Helse i hver reise!



I solen på Gran Canaria

Trygt, varmt og godt. Kanariøyene slår aldri feil! Fortsatt noe ledig i mars til solsikre Valle Marina. Fysikalsk avdeling med skandinaviske terapeuter. Flotte leiligheter i stille og vakre omgivelser. Avreise i mars. Turer på to, tre eller fire uker.



Kanariøyene i mars

Populære fellesturer med reiseleder til vakre Puerto de Mogan. Oppvarmet basseng og tilbud om fysikalsk behandling. Nydelig klima med masse sol. Hyggelige utflukter og felles aktiviteter. Avreise fra Oslo 13 mars. Tre uker.



Lekkert i Spania

Vi inviterer deg med til Santara Resort - vårt nye flotte senter på Costa Blanca like ved Alicante. To ukers opphold med avreise i mars, april eller mai. Fint anlegg med elegante leiligheter og tropisk basseng. Egen reiseleder. Meld deg på!



Tjuvstart våren på Reuma-Sol

Bli med i to eller tre uker i februar eller mars. Solen står allerede høyt på himmelen, det er både godt og varmt, og grønt og frodig på Costa Blanca-kysten i Spania. Oppvarmet basseng og fysikalsk behandling. Godt for både kropp og sjel!



Behandlingsreiser til Kroatia

Bli med til vårt nye fine reisemål Makarska ved vakre Adriaterhavet i Kroatia! Vi arrangerer behandlingsturer til våren med direktefly fra Oslo. Stort fysikalsk senter, og norsk vertskap som bistår med språkhjelp og tilrettelegging.



Sommer på Reuma-Sol

Prisgunstige familiepakker på reiser til Reuma-Sol neste sommer! Senteret er bilfritt og barnevennlig med barnebasseng og lekeplass. Gode tilbud også om dere er to, eller om du reiser alene. Helseavdelingen er åpen hele sommeren.



Helsereiser

Tlf 23001260
www.helsereiser.no



KIMOVI[®]
CREAM
MED SALT
 THE HYALURONIC ACID RICH
 MEDICATED CREAM

KIMOVI[®]
GEL
MED SALT
 THE HYALURONIC ACID RICH MEDICATED
 GEL FOR REDUCING HYPERPIGMENTATION

Dehydrated, Irritated, Itchy, Red, Dry, Flaking, or Peeling Skin

Exacerbated, Irritated, Itchy, Red, Dry, Flaking, or Peeling Skin

Dehydrated, Irritated, Itchy, Red, Dry, Flaking, or Peeling Skin

Exacerbated, Irritated, Itchy, Red, Dry, Flaking, or Peeling Skin

E-post: post@pefnorge.no eller
Postadresse: Psoriasis- og eksemforbundet,
pb. 6547 Etterstad, 0606 OSLO.
Svarfrist: 1. februar 2017

Navn:

Adresse:

Carina Ryssdal, 9016 Tromsø
Lisbeth Sigvartsen, 1531 Moss
Berit Rausand, 6411 Molde

Riktig løsningsord var «**VI BØR LEKE HELE LIVET**».
Se www.hudportalen.no/kryssord for fasit

7								9
		9	7			2		5
		2			6		7	
					2			4
5				1				
6				9		3		
		1		4				8
	5		3	8			1	
		4	1			5		



The image shows a crossword puzzle grid with a photograph of a hand with painted nails holding a pen. The grid contains various words and clues in Norwegian, with some cells shaded grey. The clues are numbered 1 through 4.

Clue 1: Dikt (Poem), Nærhet (Proximity), Korte (Short), Herme (Imitation), God (Good), Fart (Speed), Land (Land), Tydelig (Clear), Sport (Sport), Sute (Sewage), Være (To be).

Clue 2: Dyrene (The animals), KV.-Navn (Female name), Hyggelig (Nice), Ose (Ause), Masere (Masere), Akkurat (Exactly), Knoll og tott (Knoll and tott), Erte (Tease), Økte (Increased), Dekketøy (Covered clothing), Utsikt (View), Tone forbund (Tone forbund), Gripende art (Griping art), Adv. tannhval (Adv. tannhval), Euro-peer (Euro-peer), Fam.-navn (Family name), Alv (Alv), Luke (Luke), Månefase (Moon phase).

Clue 3: Bukt (Bay), Gir (Gir), 3 (Three), Brostein (Cobblestone), Fuge (Grout), Offiser (Officer), Nat-rium i oppl. (Natrium i oppl.), Retn. fork. (Retn. fork.), Tids-rom-met (Tids-rom-met), Sølv (Silver), Neder-land (Neder-land).

Clue 4: Sted for lek (Place for play), Fisk (Fish), Bånd (Band), Tøm (Empty), Doktor (Doctor), Replikken (The replica), Reise (Travel), Søker (Seeks), Smelt (Melts), For-fatter (Author), Sel-skap (Relationship), Likt begge veier (Liked both ways), Løfte (Promise), Dyret (The animal), 1000 (1000).

- HUD & HELSE • NR. 4 2016 • 49



www.hudportalen.no
post@pefnorge.no



/psoriasisogeksemforbundet



@PEFNORGE



psoriasisogeksemforbundet

Forbundets bankgiro:
6049.05.32458

Telefon- og besøkstid:
Man-fre 09.00–15.00.

PEFs Sentralstyre

Leder

Ragnar Akre-Aas
Tlf. 907 77 796
E: raa@pefnorge.no

Nestleder

Liv Skovdahl
Tlf. 481 86 232
liv.skovdahl@pefnorge.no

Styremedlemmer

Kjersti Ollestad
Tlf. 402 42 552
kjersti.ollestad@pefnorge.no

Kenneth Waksvik
Tlf. 473 12 022
kenneth.waksvik@pefnorge.no

Birger Angelsen
Tlf. 992 61 604
birger.angelsen@pefnorge.no

Berit Utgård
Tlf. 920 58 302
ber-utga@online.no



www.pef-ung.no
post@pef-ung.no



/ungpef



@PEF_ung



pefung

PEF-ung bankgiro:
6049.05.32474

Telefon- og besøkstid:
Man-fre 09.00–15.00.

Ungdomsstyret

Leder

Gudbjørg M. L. Dahl
Tlf. 977 41 385
E-post: gudbjorg@pef-ung.no

Nestleder

Mohammed Omar
Tlf. 400 96 501
E-post: mohammed@pef-ung.no

Styremedlemmer

Anette Nærby
Tlf. 995 38 357
E-post: anette@pef-ung.no

Marit Warberg
Tlf. 909 44 705
marit@pef-ung.no

Monica B. Kristensen
Tlf. 918 19 411
E-post: monica@pef-ung.no

PEF Follo

Leder: Berit Nordli
Tlf. 900 43 492
btnordli.no@gmail.com

PEF Romerike

Leder: Grete Bakken
Tlf. 950 88 053
grethe.bakken@giek.no

OSLO

PEF Oslo

Leder: Jeanette Strand
Tlf. 454 41 970
psj.jeanette@gmail.com

PEF-ung Oslo

(gruppe)
Leder: Elisabeth Bakken
Tlf. 480 48 277
elisabethbakken@msn.com

HEDMARK

PEF Hedmark

Leder: Ole Martin Pettersen
Tlf. 480 27 747
olempett@online.no

Ungdomsrepresentant:

Emilie Fon Haget
Tlf. 469 35 410
emilie-f-h@hotmail.no

PEF Hamar og omegn

pefhamar@gmail.com
Leder: Ole Martin Pettersen
Tlf. 480 27 747
olempett@online.no

PEF Nord-Østerdal

Kontaktperson: Randi Maria Bækkelund
Furutun
Tlf. 958 37 766
thomiller@bbnett.no

PEF Elverum og omegn

Kontaktperson: Hans Odde
Tlf. 997 18 085
hodde@online.no

PEF Kongsvinger og omegn

Kontaktpersoner:
Astrid Wester Storberget
Tlf. 915 73 333
astridwstorberget@gmail.com
Gunhild Østbye
Tlf. 980 24 472

OPPLAND

PEF Oppland

Foreningens mobil:
Tlf. 908 40 263
oppland@pefnorge.no

Leder: Arild Dahlen
Tlf. 61 25 37 39 / 906 54 702
oppland@pefnorge.no

Hudlegekontor og behandlingsinst:
Tlf. 61 27 07 90
Fax 61 27 07 91

Lysbehandling NGLMS

Tlf. 61 70 09 00

Hudlegekontoret AS

Tlf. 61 17 07 27 / 61 17 11 08

Valdres distrikts-
medisinske senter
Tlf. 61 35 98 88

BUSKERUD

PEF Buskerud

Leder: Kristian Henriksen
Tlf. 928 84 681
kristian@pef-ung.no

Ungdomsrepresentant:

Anette Nærby
Tlf. 995 38 357
anette@pef-ung.no

PEF Drammen og omegn

Tlf. 32 89 74 45
drammen@pefnorge.no

Leder: Kristian Henriksen
Tlf. 928 84 681
kristian@pef-ung.no

PEF-ung Drammen (gruppe):

Leder: Anette Nærby
Tlf. 995 38 357
anette@pef-ung.no

PEF Ringerike og omegn

Leder: Bjørn Karlengen
Tlf. 951 39 570
bjornkarlengen@live.no

VESTFOLD

PFF Vestfold

Leder: Leder: Svein Kvalevåg
Tlf. 456 03 782
kvaleva@online.no

PEF Horten og omegn

Leder: Maj-Louise Raude
Tlf. 922 64 362
majlouiseraude@gmail.com

PEF Larvik og Sandefjord

Leder: Svein Kvalevåg
Tlf. 456 03 782
kvaleva@online.no

TELEMARK

PEF Telemark

Leder: Vidar O. Haugen
Tlf. 35 59 59 05 / 906 19 164
vo-haug@online.no

Ungdomsrepresentant:

Solveig Helene Iversen
Tlf. 958 51 867
solveig_iversen@hotmail.com

AUST-AGDER

PEF Aust-Agder

Leder: Tore Andersen
Tlf. 458 43 234
toreelmer02@gmail.com

Ungdomsrepresentant:

Monica B. Kristensen
Tlf. 918 19 411
monica@pef-ung.no

VEST-AGDER

PEF Vest-Agder

Leder: Åse Marit Waage
Tlf. 922 00 989
peapeam@yahoo.com

ØSTFOLD

PEF Østfold

Leder: Arild Smaaberg
Tlf. 913 17 213
arilsmas@online.no

PEF Fredrikstad og omegn

Leder: Leif Jørgensen
Tlf. 69 31 25 20
leif.joerg@gmail.com

PEF Halden

Leder: Lill Hansen
Tlf. 934 56 788

PEF Indre Østfold

Leder: Arne Titterud
Tlf. 951 89 428
indre.ostfold@pefnorge.no

PEF Moss og omegn

Jan Erik Svendsen
Tlf. 69 25 18 31/
922 87 086
j-er-s@online.no

PEF Sarpsborg og omegn

Leder: Arild Smaaberg
Tlf. 913 17 213
arilsmas@online.no

AKERSHUS

PEF Akershus

Leder: Rune Haaverstad
Tlf. 480 10 630
rune@haaverstad.com

PEF Asker og Bærum

Leder: Rune Haaverstad
Tlf. 480 10 630
rune@haaverstad.com

Lysbehandling:

Slependveien 48
Tlf. 67 56 57 50
Åpningstid:
Man-fre kl. 1600 – 1900

Ungdomsrepresentant:

Hege Thommesen Mürer
Tlf. 67 15 26 19 / 900 79 386
hethomme@online.no

ROGALAND

PEF Rogaland

Leder: Knut Sveta
Tlf. 51 56 35 85 / 971 54 521
knuem@online.no

PEF Nord-Rogaland

Leder: Helle V. Talmo
Tlf. 976 81 243
helle_vestby@hotmail.com

PEF Sør-Rogaland

Tlf. 476 62 029
fax: 51 90 63 01

Leder: Knut Sveta
Tlf. 51 56 35 85 / 971 54 521
knuem@online.no

Ungdomsrepresentant:

Annlaug Torgersen
Tlf. 48178736
Annlaug.torgersen@gmail.com

HORDALAND

PEF Hordaland

Leder: Anne-Marie Kvamsaas
Tlf. 992 53 140
anne.marie.kvamsaas@pefnorge.no

Ungdomsrepresentant:

Jeanett Byrne Myking
Tlf. 981 00 323
Jeanett.myking@pef-ung.no

PEF Bergen og omegn

bergen@pefnorge.no
Tlf. 55 33 07 10

Leder: Hilde Mellum
Tlf. 55 93 37 43 / 986 40 538
hildemellum@gmail.com

PEF-ung Bergen

(gruppe)
Leder: Jeanett Byrne Myking
Tlf. 981 00 323
Jeanett.myking@pef-ung.no

PEF Sunnhordland

Leder: Gunn Aga Gjølén
Tlf. 53 42 04 87
gunngjoen@hotmail.com

PEF Voss og omland

Leder: Stein Johnny Heggstad
Tlf. 915 94 214
sjoheg@online.no

SOGN OG FJORDANE

PEF Sogn og Fjordane

Leder: Jane V. Heggheim
Tlf. 928 52 910
jane_kristin4u@hotmail.com

Ungdomsrepresentant:

Gudbjørg L. Dahl
Tlf. 977 41 385
gudbjorg@pef-ung.no

PEF Sunnfjord og Ytre Sogn

Leder: Mariann Alfisdottir
Drageset
Tlf. 992 73 030
Mariann.drageset@hotmail.com

Ungdomsrepresentant:

Gudbjørg L. Dahl
Tlf. 977 41 385
gudbjorg@pef-ung.no

MØRE OG ROMSDAL

PEF Møre og Romsdal

Siw Brastad
Tlf. 930 54 070
Siw.brastad@dalemalo.no

PEF Nordmøre

(tidligere Kristiansund)
Leder: Rolf Strandenæs
Tlf. 906 95 985
Rolf.strandenaes@stayon.no

Ungdomsrepresentant:

Ole Henrik Kristensen
Tlf. 926 94 124

PEF Romsdal

(tidligere Molde og omegn)
Leder: Sylvia Wallin
Tlf. 416 33 398
sylvia_wallin@hotmail.com

PEF Sunnmøre

Leder: Per-Ottar Østrem
Tlf. 934 11 001
per-oestrem@mimer.no

Ungdomsrepresentant:

Helene Gabriela Libia Støylen
Tlf. 911 29 351
gabime@hotmail.com

SØR-TRØNDELAG

PEF Sør-Trøndelag

Leder: Gunn Grav Graffer
Tlf. 976 54 264
heminggraffer@hotmail.com

NORD-TRØNDELAG

PEF Nord-Trøndelag

Leder: Mads Raaen
Tlf. 901 14 826
mads@raaen.net

PEF Stjørdal

Leder: Helga Forbord
Tlf. 414 18 410

PEF Levanger og omegn

Leder: Arnhild Fondal
Tlf. 74 08 22 39 / 970 87 863
abn@levanger.kommune.no

Ungdomsrepresentant:

Anne Katrine Bornstedt
Tlf. 413 68 032
annekatrine-@hotmail.com

PEF Namdal

Leder: Brita Tiller
Tlf. 481 07 785
brit-b-t@online.no

PEF Steinkjer og omegn

Nedlagt mars 2016
Kontaktperson:
Eli Djuvsland Rishaug
Tlf. 456 07 243
Eli.rishaug@ntfk.no

NORDLAND

PEF Nordland

Leder: Birger Angelsen
Tlf. 992 61 604
birger.angelsen@gmail.com

PEF-ung Nordland:

Marte Cecilie Øverås
Tlf. 971 30 377
Martec93@gmail.com

PEF Alstahaug og omegn

Leder: Sissel Reløy
Tlf. 915 65 523
sissel.reloy@gmail.com

PEF Lofoten

Britt Jorunn Waag
Tlf. 950 36 960
britt.waag@gmail.com

PEF Bodø

Leder: Herdis Thommesen
Tlf. 959 20 053
herdis.thommesen@gmail.com

PEF Mo

Leder: Frits-Hugo Larsen
Tlf. 951 53 004
frits.h.larsen@hotmail.com

Ungdomsrepresentant:

Therese M. Haukland
Tlf. 481 75 793
therese_molvik@hotmail.com

PEF Mosjøen og omegn

Nestleder: Torgeir Kroknes
Tlf. 924 77 310
torgeir.kroknes@online.no

PEF Narvik og omegn

Kontaktperson: Greta Altermark
Tlf. 915 93 030
altermar@online.no

PEF Sør-Helgeland

Leder: Kate Arnøy
Tlf. 481 92 390
kate_amoey@hotmail.com

PEF Vesterålen

Kontaktperson:
Leif Eirik Hermansen
Tlf. 994 63 277

TROMS

PEF Troms

Leder: Anne Berit Kolset
Tlf. 77 83 35 17 / 970 38 172
abkolset@hotmail.com

Ungdomsrepresentant:

Marit Warberg
Tlf. 909 44 705
marit@pef-ung.no

PEF Harstad og omegn

Kirsti Jensen
Tlf. 911 66 026
Kirsje@online.no

PEF Midt-Troms

Leder: Anne Berit Kolset
Tlf. 77 83 35 17 / 970 38 172
abkolset@hotmail.com

PEF Tromsø og omegn

Leder: Annveig Jenssen
Tlf. 415 61 844
annveig.jenssen@nordtroms.net

FINNMARK

PEF Finnmark

Leder: Eva G. Sjøtun
Tlf. 78 41 26 36 / 959 60 911
Fax: 78 41 23 55
geb-sjo@online.no

Ungdomsrepresentant:

Marie Elise Stavdal
Tlf. 986 33 167
issa_89_9@hotmail.com

PEF Alta og omegn

Leder: Gunn Tove Kivijervi
Tlf. 78 43 60 03 / 952 34 363
gunntkivijervi@msn.com

PEF Hammerfest og omegn

Leder: Eva G. Sjøtun
Tlf. 78 41 26 36 / 959 60 911
900 37 338
geb-sjo@online.no

Ungdomsrepresentant:

Marie Elise Stavdal
Tlf. 986 33 167
issa_89_9@hotmail.com

PEF Sør-Varanger

Leder: Bente Nordhus
Tlf. 952 38 969
bnordhus@hotmail.com

PEF Vadsø og omegn

Leder: Bodil Andersen Kariel
Tlf. 78 95 60 33 / 916 17 028
bodil-1@hotmail.com

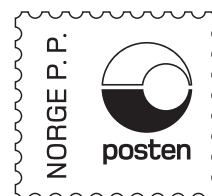
Likeperson Gran Canaria

Liv Reidun Nesse
Tlf. +34 66 05 51 633
/ +47 905 70 146
livreidun@netscape.net

Trenger du noen å snakke med?

I Psoriasis- og eksemforbundets likepersonstjeneste møter du likepersoner innen diagnosegruppene psoriasis, psoriasisarttritt og atopisk eksem. En likeperson er ingen fagperson, men en «erfarings-ekspert» som selv lever med diagnosen. Han/hun kan hjelpe deg med spørsmål du har om diagnose, gi råd om behandling, økonomiske krav og rettigheter eller bare være en samtalepartner når du trenger noen å prate med. En likeperson er kurset og har taushetsplikt.

Oversikt og kontaktinformasjon til alle PEFs likepersoner finner du på www.hudportalen.no/ likeperson.



Returadresse:
Psoriasis- og eksemforbundet
Postboks 6547 Etterstad
0606 OSLO

Last ned appen **MinElveblest** gratis

Elveblest (urticaria) kan påvirke din hverdag på ulikt vis, og det kan være vanskelig for deg å forklare hvordan du opplever plagene.

Registrer dine plager

Med appen MinElveblest kan du registrere symptomene dine (kløe/utslett/hevelse) og se hvordan sykdommen påvirker din livskvalitet.

Ta bilder og vis til din lege

Du kan også ta bilder og gjøre notater som du kan vise til din lege ved neste besøk.



App Store



Google Play