

Høringsrapport

Sammenfatning, vurdering og behandling
af høringssvar til evidensrapport samt
valg af indikatorer for
Dansk Psoriasis Database (PSODA)





© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1.0
Versionsdato: 16.04.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

| | |
|--|-----------|
| Dansk Psoriasis Database – hørings svar og høringsparter..... | 5 |
| Forord | 5 |
| Høring | 5 |
| Proces | 5 |
| Generelle hørings svar samt hørings svar relateret til indikatorer | 7 |
| Sammenfatning og behandling af hørings svar | 7 |
| Bilagsoversigt | 17 |
| Bilag 1 Generelle og specifikke høringsparter | 18 |
| Bilag 2 Baggrundsnotat fra hørings materialet | 20 |



Dansk Psoriasis Database (PSODA) blev godkendt som klinisk kvalitetsdatabase af Sundhedsdatastyrelsen pr. 21. september 2022, og i november 2025 sendes det udvalgte indikatorsæt i høring. Dette notat har til hensigt at give en kort opsummering af etableringen af PSODA samt baggrunden for udvælgelsen af indikatorer i det første indikatorsæt.

Ultimo 2019 bragtes kvalitetsdatabasen Dansk Psoriasis Database for Biologisk Behandling (Dermbio) til ophør, idet det faglige råd og bestyrelse i det daværende Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ønskede at prioritere en database, hvis patientpopulation skulle være bredere defineret. Afklarende dialoger mellem Dermbio, Dansk Dermatologisk Selskab, det faglige miljø relateret til behandling af patienter med psoriasis og RKKP førte herefter til beslutningen om at etablere en database for patienter med moderat til svær psoriasis. Da der ikke er en klar definition af moderat til svær psoriasis, defineres patientpopulationen i PSODA, som 18+ årige patienter med psoriasis, der får lys eller systemisk behandling og dermed har behov for længerevarende kontrol hos praktiserende speciallæger i dermatologi og/eller på dermato-venerologiske hospitalsafdelinger.

Formålet med PSODA er at opgøre, evaluere og forbedre behandlingskvaliteten for patienter med psoriasis i Danmark. Med udgangspunkt i PSODA's arbejde er forventningen at sikre og forbedre en ensartet og korrekt behandling og opfølgning efter gældende retningslinjer i hele landet og på tværs af sektorer.

Det først udviklede indikatorsæt består af 7 indikatorer og de enkelte indikatorer er udvalgt, således at de er relevante for patienter med moderat til svær psoriasis, der ses i speciallægepraksis såvel som på dermato-venerologisk hospitalsafdeling. Det giver imidlertid nogle udfordringer på datasi-dens dels ift. 1) populationsdannelsen fra speciallægepraksis og dels ift. 2) nødvendige datakilder.

Ad 1) Populationsdannelsen skulle initialt være baseret på en såkaldt pop-up løsning udviklet af Sentinel. Det ville kræve dedikeret indtastning ved kliniker. Pop-up løsningen blev afprøvet ved styregruppens 2 klinikere fra speciallægepraksis, men vurderedes som for tidskrævende. Tiden anvendt på udvikling og afprøvning af pop-up løsningen arbejdede for os, forstået på den måde at det i mellemtiden blev teknisk muligt med automatisk datafangst i speciallægepraksis' journalsystemer.

Således identificeres populationen nu i speciallægepraksis ved at patienterne skal have registeret en A-diagnose DL40* samt have en hændelse med datostempel i journalsystemet i op til 18 måneder forud for skæringsdato i databasen. Derudover skal patienten have modtaget lysbehandling, biologisk medicin eller systemisk behandling registreret i Sygesikringsregistret (SSR) eller Landspatientregistret (LPR) hhv. Medicinmodulet i journalsystemet, LPR, Sygehusmedicinregistret (SMR) eller Lægemiddelstatistikregistret (LSR). Disse behandlingstyper er indikationen for, at det er patienter med moderat til svær psoriasis.

Ad 2) Fire af indikatorerne er baseret på patient-reported outcomes (PRO) – det såkaldte PRO - Psoriasis, der er udviklet af PRO-sekretariatet. Implementeringen af PRO - Psoriasis er mulig i speciallægepraksis men kun delvist indført i hospitalsregi. Derfor vil opgørelsen af disse indikatorer være begrænset, indtil det er fuldt udrullet i speciallægepraksis og implementeret på alle hospitalerne. Der appelleres til regionerne om at prioritere denne implementering.

Ad 2a) To af indikatorerne benytter data vedr. brug af biologisk medicin; for enkelte speciallægepraksis håndteres udleveringen direkte fra speciallægepraksis med en registrering i Fælles Medicin Kort (FMK), hvilket gør at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) ikke kan få oplysninger herom i de tilgængelige datakilder. Styregruppen forudser at udlevering af biologisk medicin uden recept vil stige i omfang, hvilket gør indikator monitoreringen inkomplet. Der appelleres til Sundhedsdatastyrelsen om at sørge for en dataregistrering af denne praksis, der er tilgængeligt fra et centralt register.

Dansk Psoriasis Database – hørings svar og høringsparter

Forord

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) har siden primo 2022 arbejdet med at genetablere en klinisk kvalitetsdatabase vedrørende behandling og opfølgning af patienter med moderat til svær psoriasis, benævnt Dansk Psoriasis Database (PSODA).

PSODA har til formål at belyse kvaliteten af behandling og opfølgning for voksne (≥ 18 år) patienter med moderat til svær psoriasis, som modtager lys- eller systemisk behandling og derfor har behov for længerevarende kontrol hos praktiserende speciallæger i dermatologi og/eller på dermatovenerologiske hospitalsafdelinger.

Databasen er organisatorisk forankret i SundK og har til formål at skabe national konsensus om god kvalitet i behandlingen af patienter med moderat til svær psoriasis. Derudover skal databasen bidrage med relevante og valide data samt troværdige og anvendelige resultater. Endelig skal databasen understøtte, at patienter oplever en ensartet og høj kvalitet på tværs af landet.

Indikatorudviklingen er forestået af styregruppen for PSODA på baggrund af en evidensbaseret tilgang.

Høring

Proces

Med henblik på at indhente kommentarer og synspunkter blandt en bred gruppe af interessenter (Tabel 1 og Bilag 1) i relation til de foreslåede indikatorer blev der iværksat en høringsproces.

Høringsmaterialet omfattede et baggrundsnotat (Bilag 2), en evidensrapport med gennemgang og vurdering af evidensen for de [udvalgte indikatorer](#), [datadefinitioner](#) samt en oversigt over modtagere af høringsmaterialet (Bilag 1). Høringen fandt sted i perioden fra den 3. november til den 1. december 2025.

Tabel 1 Oversigt ift. høringsparter og indkomne hørings svar.

| Høringsparter | Afgivet hørings svar (ja/nej) |
|--|-------------------------------|
| Specifikke høringsparter | |
| Dansk Selskab for almen medicin (DSAM) Att. Bolette Friderichsen | Ja |
| Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) Att. Rikke Bech | Ja |
| Dansk reumatologisk selskab (DRS) Att. Linda Ædelsten Edslev | Ja |

| | |
|--|-----------|
| Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH) Att. Formand Niels Kristian Muff Aagaard og Sekretær Lone Klinge | Nej |
| Danske dermatologeres organisation (DDO) Att. Formand Tomas Norman Dam og næstformand Stine Lasthein | Ja |
| Psoriasis foreningen | Ja |
| eKVIS | Ja |
| Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) | Nej |
| Generelle høringsparter | |
| Regionale kontaktpersoner, Region Nord | Ja |
| Regionale kontaktpersoner, Region Midtjylland | Ja |
| Regionale kontaktpersoner, Region Syddanmark | Ja |
| Regionale kontaktpersoner, Region Sjælland | Ja |
| Regional kontaktperson, Region Hovedstaden | Ja |
| Danske Regioner | Nej |
| Sundhedsstyrelsen | Ja |
| Sundhedsdatastyrelsen Att.: Direktør Lisbeth Nielsen | Nej |
| Statens Serum Institut | Nej |
| Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) Att.: Sekretariat Bitten Dahlstrøm | Nej |
| Dansk Selskab for Patientsikkerhed Att.: Direktør Inge Kristensen | Nej |
| Læge Videnskabelige Selskaber | Nej |

Alle modtagne hørings svar inden for høringsperioden blev indledningsvist behandlet af SundK-teamet bestående af en kontaktperson, en datamanager og en klinisk epidemiolog tilknyttet PSODA. Hørings svarene blev gennemgået og kategoriseret i generelle og indikatorspecifikke bemærkninger.

Den indledende behandling blev fremlagt for styregruppen på et møde den 22. januar 2026. Styregruppens samlede vurdering af høringsvarene fremgår af nærværende rapport og bliver offentliggjort på [hjemmesiden](#).

Generelle høringsvar samt høringsvar relateret til indikatorer

Der er fremsendt konkrete bemærkninger til høringsmaterialet, som fremgår af Tabel 1.

Sammenfatning og behandling af høringsvar

Der blev ikke modtaget høringsvar fra 8 høringsparter (Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi, FAPS, Danske Regioner, Sundhedsdatastyrelsen, Statens Serum Institut, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Lægevidenskabelige Selskaber).

Fire høringsparter (Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Nordjylland og eKVIS) havde ingen bemærkninger til idriftsættelsen af PSODA.

De indkomne høringsvar viser generelt en positiv holdning til etableringen af PSODA, som vurderes at være et relevant og vigtigt redskab til kvalitetsudvikling.

Der er imidlertid rejst en række væsentlige opmærksomhedspunkter:

PRO-data og svarprocent

Flere høringsparter (DRS, DDO, Region Hovedstaden og DDS) udtrykker bekymring for, om det er muligt at opnå en tilstrækkelig høj svarprocent på PRO-skemaer. Det fremhæves, at visse patientgrupper – herunder patienter med begrænsede dansk kundskaber, lav sundhedskompetence, begrænsede IT-færdigheder eller høj sygdomsbyrde – i mindre grad besvarer PRO-skemaer. Dette kan medføre selektionsbias. Der peges derfor på behovet for at beskrive og analysere de patienter, der ikke besvarer PRO.

Årlige målinger af risikofaktorer

DSAM, DRS og Region Midtjylland peger på, at faste årlige målinger af kolesterol, HbA1c og blodtryk ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med en udvikling mod mere individualiseret og risikobaseret opfølgning. Der efterspørges en mere differentieret tilgang baseret på patienternes individuelle risikoprofil.

Datakvalitet og validitet

Flere høringsparter fremhæver behovet for løbende validering af datafangst, korrekt patientidentifikation og gennemsigtighed i datakomplethed. Der er desuden fokus på tekniske udfordringer i datafangst fra praksissystemer og registre.

Retningslinjer

Sundhedsstyrelsen bemærker, at den Nationale Kliniske Retningslinje for psoriasis er nedlagt, og henvisninger hertil bør derfor revideres. **Tabel 2 Bemærkninger til høringsmaterialet.**

| Høringsvar afgivet til indikatorer | Styregruppens vurdering af generelle høringsvar |
|---|---|
| DSAM: DSAM takker for at få mulighed for at give høringsvar til Dansk Psoriasis Database (PSODA). | Styregruppen er opmærksom på behovet for risikostratificering og vil se på mulighederne for at indarbejde stratificering på relevante parametre i indikatoren. Der findes på nuværende tidspunkt hverken amerikanske eller europæiske retningslinjer på området, men internationale |

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

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

*Om hba1c **Konklusion:** Der er bred enighed i litteraturen om vigtigheden af screening for diabetes (evidensniveau 1A jf. Oxford), dog er der internationale forskelle i anbefalede monitoreringsblodprøver som anbefales til dette samt kontrolintervallet. Årlig screening for HbA1c hos patienter med moderat til svær psoriasis vurderes at være bedste kliniske danske praksis (evidensniveau 2A jf. Oxford). Effekten af opsporingen på kardiovaskulære hændelser heriblandt diabetes er ikke fuldt klarlagt endnu.*

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

OM BT

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

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

2/ 2

I "National klinisk retningslinje for psoriasis" er vurderingen, at patienter med svær psoriasis har forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdom og bør behandles svarende til anbefalinger for personer med høj risiko for hjerte-kar-sygdom. I DSAM's vejledning for hjertekarsygdom står der, at "Hvis SCORE2 er

retningslinjer er under udarbejdelse. Indtil disse forelægger har vi valgt nedennævnte justering.

| | |
|---|--|
| <p>lav, og der ikke er nævneværdige ændringer i risikofaktorer, f.eks. rygestatus, kan risikovurderingen gentages efter 5 år".</p> <p>Samlet set er indikatorerne relevante for patienter med psoriasis, men DSAM anbefaler en større individualisering af patienterne. Begrundelsen er den manglende evidens for effekt og dernæst en hensyntagen til sundhedsvæsenets samlede ressourcer.</p> <p>Hvis en patient med psoriasis, der følges i PSODA, er 18 år og har et hba1c på f.eks. 32, et blodtryk på 110/70 og et kolesterol på 5, er der f.eks. ikke grund til at gentage prøver de næste 5 år. Hvis individualisering er for kompliceret, kan man evt. vælge at indføre forskellige årsintervaller for forskellige aldersgrupper, men det vil være den næstbedste løsning.</p> | |
| <p><u>Dansk Reumatologisk Selskab (DRS):</u></p> <p>1) Komorbiditet (Indikator 2, 3 og 4):</p> <p>Vi takker for, at I som kronikerspeciale giver et bud på, hvordan man kan udvikle identificering af patienternes komorbiditet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dette sker dog i en tid med fokus på, at denne type opgaver rykker fra det specialiserede sundhedsvæsen og tættere på borgeren i det generelle sundhedsvæsen. Selve opgaven kan derfor risikere at flytte til andre sektorer. • Monitorering af årlig kolesterol-, langtidsblodsukker og BT synes ud fra litteraturen ikke sikkert underbygget ud fra en VÆLG KLOGT-betragtning. Vi anbefaler, at I overvejer et dastop (fx 3 år) på disse indikatorer for her at opgøre data. <p>Vi har følgende specifikke kommentar (Indikator 6):</p> <p>1) Biologisk behandling: Det vil være et jævnlige forekommende fænomen, at psoriasispatienter også har en psoriasisartrit-diagnose. Disse patienter vil på artritindikation muligvis have modtaget biologisk behandling "inden for perioden 10 år til 18 måneder forud for skæringsdatoen", og vil blive ekskluderet fra jeres population, som det er nu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi foreslår at man kortlægger denne population systematisk frem for at ekskludere den af datasættet. | <p>Styregruppen tager bemærkningerne vedrørende komorbiditet til efterretning. Styregruppen er opmærksom på, at monitorering af risikofaktorer i stigende grad kan være et tværspektorielt ansvar, og at evidensen for faste årlige målinger er begrænset. Vi har i første omgang valgt at hæve starttidspunkt til patienter over 40 år, muligheden for tidsafgrænsning og videre udvikling af indikatorerne vil blive overvejet i det videre arbejde.</p> <p>Vedrørende biologisk behandling er styregruppen enig i, at patienter med samtidig psoriasis og psoriasisartrit udgør en relevant gruppe. Denne databasen fokuserer på førstevalgsbehandling for ny diagnosticeret psoriasis og derfor er denne regel sat ind. Bemærkningen indgår i det videre arbejde med afgrænsning og beskrivelse af populationen.</p> |
| <p><u>Region Midtjylland:</u></p> <p>I Region Midtjylland har vi sendt høringsmaterialet til vores hospitaler, og vi har fået nedenstående kommentarer fra hospitalsstaben på Aarhus Universitetshospital:</p> | <p>Styregruppen anerkender bemærkningen om, at indikator 2–4 aktuelt er procesindikatorer. Det vurderes, at der på sigt kan være mulighed for at udvikle disse til resultatindikatorer. I opstartsfasen vil der blive fokuseret på at følge målingerne</p> |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Det er ærgerligt, at indikator 2-4 er procesindikatorer frem for resultatindikatorer. Kunne det være teknisk muligt at følge værdien af målingerne, frem for om målingerne er udført? | <p>over de kommende år med henblik på eventuel videreudvikling.</p> |
| <p>Generelle høringssvar afgivet</p> | <p>Styregruppens vurdering af høringssvar til indikatorer</p> |
| <p><u>Dansk Dermatologisk Selskab (DDS):</u></p> <p>Der har været meget få høringssvar og DDS er positive overfor tiltag, der bidrager til optimering af dermatologiske patienters behandling. I dette tiltag at sikre korrekt behandling og fokus på risikofaktorer hos psoriasis patienter nationalt og flersektorielt både på hospitalsafdelinger og i praksis, således ser vi også gerne, at gruppen arbejder på at biologisk behandling kan spredes ud i praksis, hvorfor det er vigtigt disse patienter også kan registreres i PSODA systemet.</p> <p>Der bemærkes, at det er vigtigt at sikre høj kvalitet i både sikring af indhentning af korrekte data samtidig med et højt antal patienter indrulleres uden at gå på kompromis med at sikre at kun relevante patienter indgår.</p> <p>80% svarfrekvens er et (evt. for) ambitiøst mål og vil ikke nødvendigvis afspejle lægens evne til at formidle skemaet til patienten, men kan også afspejle patientens evne/vilje til at besvare, hvorfor der også bør måles på udsendte PRO-skemaer udover besvarede.</p> <p>Herudover kan de forskellige klinik-systemer i praksis som Sentinel overvåger være fejlbehæftede og derfor vil der risikeres at få registreret forkerte patienter som om de skulle have haft et PRO-skema, selvom patienten reelt ikke skulle fx en mtx pt med lichen planoplilaris som tidl. er mistolket som psoriasis eller også har mild psoriasis.</p> <p>Herudover, er det vigtigt at Pro-skemaerne bliver nemme at tilgå og overskue visuelt således det kan anvendes til patientens gavn i konsultationen og ikke bare til påstået kvalitetssikring, hvor man kan diskutere kvaliteten for den enkelte patient.</p> <p>Vi ser ikke der er planlagt evaluering af dataindhentning (hvilke data og hvor god indhentning af disse) samt validering heraf. Dette bør tilstræbes årligt i startårene.</p> | <p>Styregruppen er enig i, at datakvalitet og korrekt population er afgørende for databasens validitet. Der vil være et løbende fokus på kvalitetssikring af datafangst, herunder korrekt identifikation af relevante patienter.</p> <p>Målsætningen om en årlig svarfrekvens er justeret og en målsætning på $\geq 80\%$ vil blive genovervejet i lyset af de påpegede udfordringer, herunder patienternes forskellige forudsætninger for at besvare PRO-skemaer. Styregruppen er opmærksom på betydningen af både udsendte og besvarede PRO-skemaer.</p> <p>Styregruppen er enig i, at PRO-skemaerne skal være klinisk anvendelige og understøtte dialogen i konsultationen, og at dataindhentning og validering bør følges tæt, særligt i de første år efter implementering hvor der er planlagt jævnlig evaluering.</p> |
| <p><u>Dansk Reumatologisk Selskab (DRS):</u></p> | <p>Styregruppen er enig i de rejste bekymringer vedrørende PRO-data og anerkender, at visse patientgrupper kan have vanskeligt ved at udfylde PRO-skemaer. Styregruppen vil</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Vi har følgende generelle refleksioner, som bygger på DRS arbejde for at modernisere Dansk Reumatologisk Kvalitetsdatabase til en nutidig version:</p> <p>2) PRO-data (Indikator 1, 5a og 5b):</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRO-data er blandt fundamentene i kvalitetsarbejde. • MEN, de erfaringsmæssige udfordringer med PRO-data på artrit-området er, at folk med dårlige danskundskaber, ældre med dårlige IT-kundskaber, patienter særligt hårdt ramt af sygdom eller med lave health literacy kompetencer har vanskeligt ved at udnytte de muligheder, der ligger i PRO-skemaer. • Disse grupper, som ofte er med andre sygdomskaraktistika herunder større sygdomsbyrde, udelades derfor ofte fra populationen. • PSODA ekskluderer "Patienter fra speciallægepraksis, som ikke ønsker at udfylde et PROskema". • Det er for DRS uklart, hvorfor denne mulighed er forbeholdt "patienter fra speciallægepraksis". <p>Det er uklart, hvordan databasen håndterer patienter, der ikke KAN udfylde et PROskema. Vi anbefaler, at der indarbejdes analyser på netop denne subgruppe, der ikke kan, i årsrapporter.</p> | <p>have et løbende fokus på, hvilke patientgrupper der inkluderes og ekskluderes, samt på betydningen heraf for databasens resultater.</p> <p>Muligheder for håndtering og beskrivelse af patienter, som ikke kan udfylde PRO-skemaer, vil indgå i det videre arbejde, herunder i forbindelse med årsrapporter.</p> <p>Bemærkningen om PSODA ekskluderer "Patienter fra speciallægepraksis, som ikke ønsker at udfylde et PRO skema" er en fejl og er slettet.</p> |
| <p><u>Danske Dermatologers Organisation (DDO):</u></p> <p>Vi har følgende kommentarer specifikke kommentarer:</p> <p>a. Målet for årlig svarfrekvens på $\geq 80\%$ på baggrund af udfyldt PRO-skema</p> <p>Målet for en årlig svar frekvens på $\geq 80\%$ inden for en 3-årig periode er for er højt sat. Viden fra spørgeundersøgelser viser, at det er meget svært at opnå en svar frekvens på over $\geq 80\%$. Dette var ligeledes tilfældet i PRO-pilotundersøgelsen. Derudover findes PRO-udelukkende på dansk, det medfører, at alle der ikke forstår og læser dansk er udelukket fra at deltage, men de vil fortsat blive "fanget" af databasealgoritmen.</p> <p>I stedet for besvarede antal skemaer foreslås målet ændret til antallet af udsendte skemaer, eller alternativt at målet sænkes.</p> <p>b. Det skal sikres, at det er de rigtige "aktive" patienter man fanger ved diagnosekoderne.</p> <p>Vi er bekymrede for om det er de korrekte patienter, der fanges af algoritmen. Der er i perioder problemer</p> | <p>Styregruppen tager bemærkningerne til efterretning og er opmærksom på udfordringerne vedrørende svarprocenter, korrekt patientidentifikation og datakvalitet.</p> <p>Praktiserende speciallæger vil løbende kunne verificere deres egne patienter i databasen med henblik på at styrke korrekt patientidentifikation og datakvalitet. Denne funktionalitet anvendes allerede i andre kliniske kvalitetsdatabaser.</p> <p>Styregruppen er enig i behovet for løbende validering af datafangst og databasemål og vil følge problemstillingerne vedrørende manglende registreringer, herunder biologisk behandling, tæt.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>med Sentinel datafangst i klinikkernes journalsystemer afhængig af systemhus. Derudover er der observeret manglende registrering af medicin i det Fælles Medicinkort (FMK).</p> <p>c. Det skal sikre, at den enkelte praktiserende speciallæge kan verificere deres egne patienter i databasen.</p> <p>Det foreslås at den enkelte speciallæge har mulighed for at verificerer egne patienter i databasen, som minimum i en start periode, for at sikre at der er sammenhæng mellem algoritmefangst og moderat/svar psoriasis diagnose på den enkelte klinik. Dette vil øge validiteten af databasen.</p> <p>d. Behov for ny validering om et år.</p> <p>Der er behov for en regelmæssig validering af datafangst og diskussion af databasemål. I første omgang er der behov for en valideringsundersøgelse et år efter implementeringen.</p> <p>e. Biologisk behandling fra Hudlægecenter Nord er ikke med.</p> <p>Det har ikke været muligt for databasen at inkludere biologisk behandling ordineret fra Hudlægecenter Nord i Aalborg, dette er et problem for databasens validitet.</p> | |
| <p><u>Psoriasisforeningen:</u></p> <p>1. Indledning</p> <p>Psoriasisforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til indikatorsættet for Dansk Psoriasis Database (PSODA). Vi ser databasen som et vigtigt redskab til at sikre ensartet og høj behandlings-kvalitet for patienter med psoriasis og anerkender det omfattende faglige arbejde, som styregruppen har udført. Som patientforening ønsker vi at bidrage med et perspektiv, der understøtter kvalitet, sammenhæng og patientinddragelse på tværs af sektorer – og en behandlingslogik, der afspejler klinisk praksis snarere end mere arbitrære sygdomsgrader.</p> <p>2. Terminologi og patientpopulation</p> <p>Psoriasisforeningen opfordrer til, at betegnelserne "mild", "moderat" og "svær psoriasis" udfases i databasens formål,</p> | <p>Styregruppen er enig i, at patientperspektivet er centralt i udviklingen af PSODA og anerkender betydningen af sammenhæng, kvalitet og patientinddragelse på tværs af sektorer.</p> <p>Styregruppen tilslutter sig en behandlingsbaseret tilgang til klassifikation af patienter og følger anbefalingerne fra International Psoriasis Council (IPC) tydeliggjort i indikatorsæt.</p> <p>Anvendelsen af PRO-skemaer vurderes som et vigtigt redskab, og styregruppen er opmærksom på behovet for fuld implementering og aktiv anvendelse i den kliniske dialog.</p> <p>Databasen har fokus på kvaliteten af behandlingen og ikke på valg af specifik behandling. Styregruppen følger systematisk datakomplethed og registrering, herunder behandlingstyper, og arbejder for høj datatæthed.</p> <p>Styregruppen er enig i betydningen af patientrepræsentation og er i gang med at finde en patientrepræsentant til styregruppen.</p> |

indikatorer og rapportering. Disse kategorier mangler klinisk konsensus og kan give anledning til uens praksis på tværs af behandlingssteder. I stedet anbefales en behandlingsbaseret klassifikation, som beskrevet af International Psoriasis Council (IPC), hvor patienterne opdeles i: patienter egnede til topikal behandling og patienter egnede til systemisk behandling, herunder fototerapi, konventionelle systemiske lægemidler, biologiske lægemidler og klimabehandling. Denne tilgang vil skabe et mere præcist og meningsfuldt grundlag for kvalitetsmåling og behandlingsopfølgning.

3. Patientrapporterede oplysninger (PRO)

Psoriasisforeningen glæder sig over, at anvendelsen af PRO-skemaer er obligatorisk både i speciallægepraksis og på dermatologiske hospitalsafdelinger. Det er dog bekymrende, at PRO-systemet ifølge de seneste oplysninger kun er implementeret hos omkring halvdelen af dermatologerne i speciallægepraksis. Dette reducerer værdien af indikatorerne og skaber ulighed. Vi anbefaler derfor, at alle patienter, uanset behandlingskategori, forelægges

PRO-skemaet mindst én gang årligt, at regionerne og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut prioriterer en hurtig fuld udrulning af PRO-systemet i speciallægepraksis, og at PRO-data integreres aktivt i den kliniske dialog og ikke alene anvendes som et rapporteringsredskab.

4. Systemisk behandling, lægelig handlefrihed og klimabehandling

Psoriasisforeningen mener, at databasen bør understøtte lægens faglige skøn og patientens ret til individuelt tilpasset behandling. Vi anbefaler, at der gives større handlefrihed til de behandlende dermatologer til at vælge den systemiske behandling, patienten forventes at respondere bedst på, baseret på tilgængelige data og tidligere behandlingsrespons, at man fjerner kravet om at afprøve bestemte lægemidler før opstart af biologisk behandling og klimabehandling, idet dette kan forsinke effektiv behandling og øge sygdomsbyrden, og at klimabehandling (herunder udenlandske behandlingsophold med medicinsk supervision) anerkendes og registreres som et reelt

| | |
|--|--|
| <p>systemisk behandlingsalternativ på lige fod med farmakologiske behandlinger.</p> <p>5. Datakomplethed og registrering</p> <p>For at PSODA kan fungere som et validt kvalitetsværktøj, er det afgørende, at alle systemiske behandlinger registreres korrekt, uanset om de udleveres via recept, direkte fra speciallægepraksis eller som klimabehandling. Vi anbefaler derfor, at klimabehandlinger fremover indgår i databasens registreringsgrundlag, at der etableres en central registreringsløsning for udlevering af biologisk medicin fra speciallægepraksis, og at indikatorrapporter eksplicit belyser eventuelle datamangler for at sikre transparens.</p> <p>6. Afslutning</p> <p>Psoriasisforeningen støtter varmt intentionen med PSODA og anerkender det store arbejde, der ligger bag udviklingen af indikatorer og evidensgrundlag. Vi opfordrer samtidig til, at patientperspektivet får en central rolle i den fortsatte udvikling – både gennem PRO-data, patientrepræsentation i styregruppen og en fleksibel tilgang til behandling, der bygger på det bedste for hver enkelt patient.</p> | |
| <p>eKVIS:</p> <p>Tak for materialet.</p> <p>Vi har set det igennem og det svarer fint til det set-up, som vi har talt om.</p> <p>Vi ser frem til at databasen kommer i drift.</p> | |
| <p>Region Nordjylland:</p> <p>Vi har ikke modtaget hørings svar ift. oprettelsen af PSODA.</p> | |
| <p>Region Midtjylland:</p> <p>I Region Midtjylland har vi sendt høringsmaterialet til vores hospitaler, og vi har fået nedenstående kommentarer fra hospitalsstaben på Aarhus Universitetshospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi ønsker en uddybning af, hvordan data fra PRO-skemaet vil blive leveret til SundK. • Vi vil gerne gøre styregruppen opmærksom på, at indikatorerne - som tager afsæt i målinger mindst | <p>Styregruppen tager bemærkningen om leverance af PRO-data til SundK til efterretning. Dataleverancer og tekniske løsninger vil blive afklaret som led i den videre implementering.</p> <p>Styregruppen er opmærksom på, at faste årlige målinger kan udfordre en mere behovsstyret opfølgning, og dette perspektiv vil indgå i den fremadrettede udvikling af databasen.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>én gang om året - kan stå i vejen for en fagligt funderet transformation mod et mere behovsstyret opfølgingsregime.</p> | |
| <p><u>Region Syddanmark:</u></p> <p>Der er ikke kommet kommentarer fra staben i Region Syddanmark.</p> <p>Høringsbrev har været læst af ut, overlæger Kawa Khaled Ajeiy, Mathias Thideman Svendsen, Henrik Lorentzen og Sigurd Olsen, alle uden indvendinger.</p> | |
| <p><u>Region Sjælland:</u></p> <p>Vi har i Region Sjælland ikke modtaget nogle høringssvar fra interessenter, og har heller ikke selv kommentarer til databasen.</p> | |
| <p><u>Region Hovedstaden:</u></p> <p>SFR Dermato-venerologi og Allergologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det vurderes, at målet for en årlig svar frekvens på $\geq 80\%$ inden for en 3-årig periode er højt sat. Viden fra spørgeundersøgelser viser, at det er meget svært at opnå en svar frekvens på over $\geq 80\%$. Dette var ligeledes tilfældet i PRO-pilotundersøgelsen. Derudover findes PRO-udelukkende på dansk, det medfører, at alle der ikke forstår og læser dansk er udelukket fra at deltage, men de vil fortsat blive "fanget" af databasealgoritmen. Er der erfaring for, at der kan opnås en så høj svar procent fra andre PRO-projekter? • Der er behov for en regelmæssig validering af datafangst og diskussion af databasemål, hvor praksis inddrages. • Lige nu fanges kun PRO data fra patienter i biologisk behandling på hospitalerne på Sjælland. Det er derfor en forudsætning for man kan få data på alle kvalificerede patienter, at det opdaterede PRO-psoriasis skema findes i SP. <p>Herlev og Gentofte Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data tæthed på 80% efter 3 år er nok højt sat, der kan komme mange udfordringer i at få patienter til | <p>Styregruppen anerkender, at målsætningen om en årlig svarfrekvens på $\geq 80\%$ er ambitiøs og deler bekymringen om de praktiske og tekniske udfordringer forbundet hermed. Målsætningen er justeret i indikatorerne og vil blive fulgt og vurderet løbende.</p> <p>Styregruppen er enig i behovet for regelmæssig validering af datafangst og inddragelse af praksis i drøftelser om databasemål.</p> <p>Styregruppen er opmærksom på de nuværende begrænsninger i PRO-datafangst, herunder manglende integration af PRO-psoriasis i SP, og dette vil blive prioriteret for at forebygge datamangler.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>at svare og systemer til at tale sammen. Specielt da RKKP også har ønsket speciallæge praksis med.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er et stort problem at PRO-psoriasis ikke er i SP. Størstedelen af data i Dansk Psoriasis Database bygger på PRO-psoriasis. Det vil sige at fra os og de andre SP hospitaler vil der komme store mangler i data. Hermed en opfordring fra HGH til at prioritere PRO-psoriasis i SP ift. at forbygge evt. manglende data | |
| <p><u>Sundhedsstyrelsen:</u></p> <p>Sundhedsstyrelsen bemærker, at der i Evidensrapporten refereres til NKA psoriasis under indikator 1, 2, 3, 4, 5a, 5b og 6.</p> <p>I dokumentet med datadefinitioner er der på side 11 også skrevet under formål med indikator 1, at <i>'I henhold til National Klinisk Retningslinje (NKR) for psoriasis 4, er det god klinisk praksis at tilbyde regelmæssig opfølgning (ca. én gang årligt) af patienter med psoriasis ift. effekt af medicinsk behandling, udvikling af psoriasis-artrit samt opsporing af risikofaktorer for udvikling af hjerte-kar-sygdomme.'</i></p> <p>Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse bemærke, at Sundhedsstyrelsen i april 2025 valgte at nedlægge NKR psoriasis, som der linkes til. Vi vedlægger det brev, som blev sendt ud i forbindelse med at Sundhedsstyrelsen nedlagde den Nationale Kliniske Retningslinje. Brevet beskriver årsagerne for denne beslutning samt hvad det betyder, herunder at den ikke længere fremgår af Sundhedsstyrelsens hjemmeside.</p> | <p>Styregruppen tager Sundhedsstyrelsens bemærkning til efterretning. Henvisninger til den Nationale Kliniske Retningslinje for psoriasis vil blive revideret i lyset af, at retningslinjen er nedlagt og ikke længere er tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.</p> |

Styregruppen tager bemærkningen til efterretning og anerkender problemstillingen. Der er en generel opmærksomhed på udfordringen, og den vil indgå i det videre arbejde med udvikling og justering af indikatorerne.

Styregruppen er opmærksom på behovet for øget fokus på datakvalitet, herunder korrekt patientidentifikation og fuldstændighed af data. Der vil være et løbende fokus på validering og kvalitetssikring, særligt i de første år efter implementering af databasen.

Bilagsoversigt

| | |
|--|----|
| Bilag 1 Generelle og specifikke høringsparter..... | 17 |
| Bilag 2 Baggrundsnotat fra høringsmaterialet | 20 |

Bilag 1 Generelle og specifikke høringsparter

| Specifikke høringsparter | | |
|---|--|--|
| <u>Dansk Selskab for almen medicin (DSAM)</u> Att. Bolette Friderichsen | <u>Stockholmsgade 55, DK-2100 København Ø</u> | <u>dsam@dsam.dk</u> <u>bolette.f@gmail.com</u> |
| <u>Dansk Dermatologisk Selskab (DDS)</u> Att. Rikke Bech | <u>Nordre Fasanvej 113, 2. sal. 2000 Frederiksberg</u> | <u>kontakt.dds@gmail.com</u> |
| <u>Dansk reumatologisk selskab (DRS)</u> Att. Linda Ædelsten Edslev | <u>Fællessekretariatet, Lægeforeningen Kristianiagade 12 2100 København</u> | <u>Lie@dadl.dk</u> |
| <u>Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi (DSGH)</u> Att. Formand Niels Kristian Muff Aagaard og Sekretær Lone Klinge | <u>Kristianiagade 12 1 th, 2100 København</u> | <u>formand@dsgh.dk</u> <u>sekretaer@dsgh.dk</u> |
| <u>Danske dermatologeres organisation (DDO)</u> Att. Formand Tomas Norman Dam og næstformand Stine Lasthein | | <u>ddo@ddoinfo.dk</u> |
| <u>Psoriasis foreningen</u> | <u>Blekinge Blvd. 2, 2630 Taastrup</u> | <u>kontakt@psoriasis.dk</u> |
| <u>eKVIS</u> | <u>Kristianiagade 12 2100 København Ø</u> | <u>ekvis@dadl.dk</u> |
| <u>FAPS</u> | <u>Kristianiagade 12 2100 København Ø</u> | <u>fas@dadl.dk</u> |
| Generelle høringsparter | | |
| <u>Regionale kontaktpersoner, Region Nord</u> | <u>Afdelingen for planlægning, kvalitet og analyse – kvalitetskontoret Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø</u> | <u>Region Nordjylland:</u> <u>RKKP-admin@rn.dk</u> |
| <u>Regionale kontaktpersoner, Region Midtjylland</u> | <u>Regionshuset Viborg Kvalitet og Sundhedsdata Skottenborg 26 8800 Viborg</u> | <u>Region Midtjylland:</u> <u>sundhed.rkkp-admin@rm.dk</u> |
| <u>Regionale kontaktpersoner, Region Syddanmark</u> | <u>Afdelingen for kvalitet og forskning Regionshuset Damhaven 12 7100 Vejle</u> | <u>Region Syddanmark:</u> <u>iv@rsyd.dk</u> <u>joergen.oestergaard@rsyd.dk</u> <u>marianne.albertsen@rsyd.dk</u> <u>mette.skovmand@rsyd.dk</u> <u>rkkp_kontaktperson@rsyd.dk</u> |

| | | |
|--|--|---|
| <u>Regionale kontaktpersoner, Region Sjælland</u> | Kvalitet og Udvikling Alléen 15 4180 Sorø | <u>Region Sjælland:</u> ku-rkkp@regionsjaelland.dk |
| <u>Regional kontaktperson, Region Hovedstaden</u> | Regionsgården Koncern Plan og Udvikling Kongens Vænge 2, Blok B, st. 3400 Hillerød | <u>Region Hovedstaden:</u> ekp-databaser.center-for-sundhed@regionh.dk |
| <u>Danske Regioner</u> | Dampfærgevej 22 DK 2100 København Ø | regioner@regioner.dk |
| <u>Sundhedsstyrelsen</u> | Islands Brygge 67 2300 København S | sst@sst.dk |
| <u>Sundhedsdatastyrelsen</u> Att.: Direktør Lisbeth Nielsen | Ørestads Boulevard 5 2300 København S | kontakt@sundhedsdata.dk |
| <u>Statens Serum Institut</u> | Artillerivej 5 2300 København S Tlf.: 3268 3268 | serum@ssi.dk |
| <u>Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)</u> Att.: Sekretariat Bitten Dahlstrøm | DSKS fællessekretariatet Kristianiagade 12 2100 København Ø | dsks@dadl.dk |
| <u>Dansk Selskab for Patientsikkerhed</u> Att.: Direktør Inge Kristensen | c/o Frederiksberg Hospital Vej 8, indgang 1, 1. sal Nordre Fasanvej 57 2000 Frederiksberg | lk@patientsikkerhed.dk |
| <u>Læge Videnskabelige Selskaber</u> | | lvs@dadl.dk |

Bilag 2 Baggrundsnotat fra høringsmaterialet

Baggrundsnotat –

Dansk Psoriasis Database (PSODA)



3. november 2025
PSODA styregruppe
E: iumark@sundk.dk
T: 2479 44 61

Dansk Psoriasis Database (PSODA) blev godkendt som klinisk kvalitetsdatabase af Sundhedsdatastyrelsen pr. 21. september 2022, og i november 2025 sendes det udvalgte indikatorsæt i høring. Dette notat har til hensigt at give en kort opsummering af etableringen af PSODA samt baggrunden for udvælgelsen af indikatorer i det første indikatorsæt.

Ultimo 2019 bragtes kvalitetsdatabasen Dansk Psoriasis Database for Biologisk Behandling (Dermbio) til ophør, idet det faglige råd og bestyrelse i det daværende Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ønskede at prioritere en database, hvis patientpopulation skulle være bredere defineret. Afklarende dialoger mellem Dermbio, Dansk Dermatologisk Selskab, det faglige miljø relateret til behandling af patienter med psoriasis og RKKP førte herefter til beslutningen om at etablere en database for patienter med moderat til svær psoriasis. Da der ikke er en klar definition af moderat til svær psoriasis, defineres patientpopulationen i PSODA, som 18+ årige patienter med psoriasis, der får lys eller systemisk behandling og dermed har behov for længerevarende kontrol hos praktiserende speciallæger i dermatologi og/eller på dermato-venerologiske hospitalsafdelinger.

Formålet med PSODA er at opgøre, evaluere og forbedre behandlingskvaliteten for patienter med psoriasis i Danmark. Med udgangspunkt i PSODA's arbejde er forventningen at sikre og forbedre en ensartet og korrekt behandling og opfølgning efter gældende retningslinjer i hele landet og på tværs af sektorer.

Det først udviklede indikatorsæt består af 7 indikatorer og de enkelte indikatorer er udvalgt, således at de er relevante for patienter med moderat til svær psoriasis, der ses i speciallægepraksis såvel som på dermato-venerologisk hospitalsafdeling. Det giver imidlertid nogle udfordringer på datasiden dels ift. 1) populationsdannelsen fra speciallægepraksis og dels ift. 2) nødvendige datakilder.

Ad 1) Populationsdannelsen skulle initialt være baseret på en såkaldt pop-up løsning udviklet af Sentinel. Det ville kræve dedikeret indtastning ved kliniker. Pop-up løsningen blev afprøvet ved styregruppens 2 klinikere fra speciallægepraksis, men vurderedes som for tidskrævende. Tiden anvendt på udvikling og afprøvning af pop-up løsningen arbejdede for os, forstået på den måde at det i mellemtiden blev teknisk muligt med automatisk datafangst i speciallægepraksis' journalsystemer.

Således identificeres populationen nu i speciallægepraksis ved at patienterne skal have registeret en A-diagnose DL40* samt have en hændelse med datostempel i journalsystemet i op til 18 måneder forud for skæringsdato i databasen. Derudover skal patienten have modtaget lysbehandling, biologisk medicin eller systemisk behandling registreret i Sygesikringsregistret (SSR) eller Landspatientregistret (LPR) hhv. Medicinmodulet i journalsystemet, LPR, Sygehusmedicinregistret (SMR) eller Lægemiddelstatistikregistret (LSR). Disse behandlingstyper er indikationen for, at det er patienter med moderat til svær psoriasis.

Ad 2) Fire af indikatorerne er baseret på patient-reported outcomes (PRO) – det såkaldte PRO - Psoriasis, der er udviklet af PRO-sekretariatet. Implementeringen af PRO - Psoriasis er mulig i speciallægepraksis men kun delvist indført i hospitalsregi. Derfor vil opgørelsen af disse indikatorer være begrænset, indtil det er fuldt udrullet i speciallægepraksis og implementeret på alle hospitalerne. Der appelleres til regionerne om at prioritere denne implementering.

Ad 2a) To af indikatorerne benytter data vedr. brug af biologisk medicin; for enkelte speciallægepraksis håndteres udleveringen direkte fra speciallægepraksis med en registrering i Fælles Medicin Kort (FMK), hvilket gør at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) ikke kan få oplysninger herom i de tilgængelige datakilder. Styregruppen forudser at udlevering af biologisk medicin uden recept vil stige i omfang, hvilket gør indikator monitoreringen inkomplet. Der appelleres til Sundhedsdatastyrelsen om at sørge for en dataregistrering af denne praksis, der er tilgængeligt fra et centralt register.

For to indikatorer er datagrundlaget Laboratorieregistret og for disse indikatorer er data komplette for begge sektorers patienter.

Patientpopulationen, der ses på dermato-venerologisk afd., identificeres i LPR. Koden, som anvendes til dette populationsudtræk, er blevet valideret op imod journalgennemgang, der anvendes som reference standard. Det tilfældige udtræk fra LPR bestod af 60 cases (patienter med A-diagnose DL40* (n=50) samt B-diagnoser DL40* (n=10) fra hver afdeling. Kontrolpatienterne (n=60) fra de respektive afdelinger havde alle andre A- og B-diagnoser end DL40*.

Sensitivitet (sen.) og specificitet (spe.) udregnedes.

Konklusionen på valideringen: Udtræksalgoritmen var tilstrækkelig sensitiv (80-98 %) hhv. specifik (88-95 %) og bibeholdes bortset fra, at der kun skal udtrækkes patienter med DL40* som A-diagnose, B-diagnoser udelades.

Patientpopulationen, der identificeres på speciallægepraksis niveau, identificeres dels i journalsystemerne, Medicinmodulet samt i SSR, LPR, SMR og LSR. Denne udtræksalgoritme er valideret op imod journalgennemgang i 3 forskellige journalsystemer anvendt i 3 forskellige speciallægepraksis. Et tilfældigt antal patienter tilknyttet én af de 3 speciallægepraksis identificeret via udtræksalgoritmen (n=30 med DL40* diagnose og n=20 uden relevant diagnosekode), blev sammenholdt med de respektive journalsystemer og sen. samt spe. blev udregnet.

Konklusionen på valideringen: Udtræksalgoritmen var tilstrækkelig sensitiv (81-92 %) hhv. specifik (94-100 %). Det blev bekræftet i valideringen at en relevant diagnose er vigtig for udtræksalgoritmens validitet. Den forholdsvis lave sensitivitet (81 %) skyldtes manglende identifikation af patienter, der får udleveret biologisk medicin. Denne udleveringspraksis registreres ikke i Medicinmodulet, men udelukkende i FMK. Udtræksalgoritmen bibeholdes.

Styregruppen er sammensat af 2 praktiserende speciallæger i dermatologi samt dermatologer fra alle hospitaler i Danmark, der har et dermato-venerologisk speciale undtagen fra Bispebjerg Hospital. Styregruppen håber, at der vil blive udpeget et styregruppemedlem fra Bispebjerg, da denne afdelings samarbejde, om udviklingen af den kliniske kvalitet for patienter med psoriasis, savnes. Når PSODA går i drift vil der blive udpeget patientrepræsentanter.

Vi ser frem til at modtage høringsvar fra alle relevante aktører omkring behandling og opfølgning af patienter med psoriasis.

Med venlig hilsen

Styregruppen for PSODA

