

PASIENTINFORMASJON OM PSORIASISARTRITT

REVMATOLOGISK AVDELING MOSS

Gudleik Kalsnes Jørstad (overlege) og Per Jarle Tungevang (overlege)

Du har i dag fått påvist psoriasisartritt. Vi har erfart at det ofte kan være vanskelig å ta til seg all informasjon gitt under én konsultasjon. Dette har vi sett et behov for å gjøre noe med, og har derfor ønsket å systematisere informasjonen. Alle med diagnostisert psoriasisartritt får et eget informasjonsark om sykdommen. God kunnskap om sykdommen er viktig da det gir grunnlag for å mestre situasjonen bedre og ta gode valg for helsen.

Vi håper informasjonen vil svare på spørsmål du eller dine pårørende har om sykdommen, medikamenter du settes på og videre oppfølging ved vår avdeling og hos fastlege.

Informasjonsarket er delt inn i ni punkter så det skal bli lettere å finne frem.

1. HVA ER PSORIASISARTRITT
2. SYMPTOMER PÅ PSORIASISARTRITT
3. BEHANDLING, BEHANDLINGSMÅL OG PROGNOSE
4. ULIKE TYPER MEDIKAMENTER SOM BRUKES VED PSORIASISARTRITT
5. METHOTREXATE ER DET MEST BRUKTE MEDIKAMENTET
6. OPPFØLGING HOS REVMATOLOG OG FASTLEGE
7. TRENING, KOSTHOLD OG RØYKESLUTT
8. ANNET HELSEPERSONELL SOM OFTE ER INVOLVERT I OPPFØLGINGEN
9. INFORMASJON OM REVMATOLOGISK AVDELING I MOSS

1. HVA ER PSORIASISARTRITT

1. Psoriasisartritt er en autoimmun betennelsesykdom som kan oppstå hos personer med hudsykdommen psoriasis, og kan angripe både ledd og/eller ryggsøyle

- Med autoimmun sykdom menes at det er kroppens eget immunforsvar som angriper leddene. Alle mennesker har et immunforsvar som blant annet skal ta seg av mikrober og virus som kommer inn i kroppen. Ved psoriasisleddgikt feilreagerer

immunforsvaret og går til angrep på eget vev og lager betennelse. De stedene man kan få betennelse er da primært ledd og/eller ryggsøyler.

- Ved betennelse i ledd blir disse hovne og smertefulle
 - det kaller man på fagspråket artritt
 - ulike ledd kan rammes ved psoriasisleddgikt, men oftere får pasienter med psoriasisartritt hevelser i knær og/eller ankler
- Ved betennelse i ryggsøylen får man ryggmerter om natten som lindres av bevegelse – det kaller man på fagspråket spondyloartritt

2. Ikke alle med hudpsoriasis utvikler psoriasisartritt, men de med neglpsoriasis er mer utsatt

- Psoriasis er en kronisk hudsykdom som rammer om lag 1-2% av den norske befolkning. Det er omlag 10-15% av alle disse som utvikler psoriasisartritt.
- Det er ikke sammenheng mellom utbredelse av psoriasis i huden og sannsynligheten for å utvikle psoriasisartritt.
- De fleste pasienter som får diagnosen psoriasisartritt har allerede hudpsoriasis, men hos om lag 15-20% kommer hudsykdommen etter leddbetennelsen. Hos om lag 40% debuterer hudsykdommen og leddsykdommen samtidig.
- Mange pasienter, og dette gjelder både de med hudpsoriasis og de med psoriasisartritt, får ofte generelle leddplager. Det kaller man på fagspråket for psoriasisartralgi.
- Pasienter med hudpsoriasis med samtidig affeksjon av negler er langt mer utsatt andre for å utvikle psoriasisartritt på sikt

3. Psoriasisartritt rammer begge kjønn, i alle aldersgrupper og er hos mange arvelig

- Psoriasisartritt er like vanlig hos kvinner og menn
 - Menn synes å få sykdommen noe tidligere enn kvinner
- Sykdommen kan ramme alle aldersgrupper
 - Det vanligste er at den debuterer mellom 30-50 år
 - Det er dog ikke uvanlig at sykdommen kan debutere hos eldre
- Psoriasisartritt er assosiert til et gen (vevsprøve) som heter HLA-B27. HLA-B27 finnes hos om lag 10-15% av den norske befolkningen, og de som er positive for dette genet er mer utsatt for å få typer sykdommer:

- Hudpsoriasis
- Psoriasisartritt
- Inflammatorisk ryggsykdom (spondyloartritt)
- Betennelse i øye i form av regnbuehinnebetennelse (iridosyklitt)
- Betennelsesykdommer i mage-tarm systemet (morbus chrohn og/eller ulcerøs colitt)
- Derfor spør alltid revmatolog etter slike sykdommer i nær familie hos pasienter med psoriasisartritt

4. Diagnosen psoriasisartritt stilles av revmatolog ved hjelp av

1. Anamnese
2. Klinisk undersøkelse
3. Blodprøver
4. Revmatologiske prøver
5. Ultralydundersøkelse av ledd
6. MR av ryggsøyle (MR-STIR) ved spørsmål om spondyloartritt
 - I mange tilfelle bestiller vi også røntgenbilder av ledd og rygg.
 - I sjeldne tilfelle der vi er i tvil om diagnosen, tas MR-undersøkelse av leddene.
 - Ved oppstart av sykdomsreduserende legemidler bestiller vi røntgen lunger.

6. Pasienter med psoriasisartritt er mer utsatt for å utvikle

- hjerte-kar sykdom
- urinsyregikt
- slitasjegikt/artrose
- overvekt
- regnbuehinnebetennelser (iridosyklitt)
- betennelsesykdom i mage-tarm systemet (morbus chron og/eller ulcerøs colitt)

2. SYMPTOMER PÅ PSORIASISARTRITT

Psoriasisartritt kan være forskjellig fra pasienten til pasient!

- Dette da ulike organsystem kan rammes.
- Symptomer som nevnes under gjelder derfor nødvendigvis ikke for alle.

1. Hevelser i ledd (*Artritt*)

- Psoriasisleddgikt kan i prinsippet ramme alle typer ledd, men oftere får man med psoriasisartritt hevelser i knær og/eller ankler.
- Leddhevelsene kan ramme ett ledd eller flere ledd på en gang.
- Leddhevelsene kan komme både akutt, over timer/dager eller gradvis over uker.
- Ved betennelse i leddene blir de smertefulle og man vil ha redusert bevegelighet. Mange pasienter opplever at leddene er spesielt stive om morgenen.

2. Ryggmerter (*Spondyloartritt*)

- Om lag 20% får betennelse i ryggøylen – det kaller vi på fagspråket spondyloartritt.
- Ryggplagene oppstår i de tilfelle før 40 årsalder.
- Typiske symptomer på spondyloartritt er
 - ryggmerter om natten som lindres av bevegelse
 - morgenstivhet i ryggen i minst 30 minutter
 - at man opplever bedring av ryggsmertene av å være fysisk aktiv, ikke av å være i ro.
- Pasienter med spondyloartritt er oftere positive for genet HLA-B27
- MR av ryggøylen (MR-STIR) vil bekrefte diagnosen.
- Hvis du skulle få spondyloartritt har revmatologisk avdeling i Moss laget egen pasientinformasjon om sykdommen.

3. Hudpsoriasis

- De aller fleste pasienter har typiske psoriasishudendringer før man får hevelser i ledd' – hudpsoriasis kjennetegnes i de fleste tilfellene med rødlige avgrensede utslett med skjelldannelse.
- 15-20% får psoriasisartritt før man utvikler hudsykdom.

4. Neglendringer

- Det er relativt vanlig hos pasienter med psoriasisartritt at de får neglendringer.
 - Typiske tegn på neglpsoriasis er små hull i neglene, neglesengseparasjon (onkylose), misfarging og forandringer i neglens form og tykkelse.

5. Pølsefingre og pølsetær (*Daktylitt*)

- En del pasienter opplever at en hel finger eller en hel tå blir hoven
 - dette kaller man på folkemunne for «pølsefinger/pølsetå»

6. Senefestebetennelser (*Entesitt*)

- En del pasienter opplevet at man får betennelser i entesene, dvs. stedet der sener eller ligamenter fester seg til bein.
- Vanligst sees dette rundt kneskålen, i hælen eller i foten, og man får smerter og hevelse i disse områdene.

7. Generelle leddplager uten tegn til betennelse i ledd (*Artralgi*)

- Mange pasienter med psoriasisartritt får generelle leddplager uten ledsagende hevelser i sener og/eller ledd.
- Det kaller man på fagspråket for psoriasisartralgier.

8. Øye med regnbuehinnebetennelse (*Iridosyklitt*)

- Pasienter med psoriasisartritt er noe mer utsatt for regnbuehinnebetennelse, og dette gjelder primært de som er positive for genet HLA B-27.
- Det som kjennetegner regnbuehinnebetennelse er at man får
 - ubehag og smerter i øyet
 - øyet blir rødt
 - tårefolden øker
 - synet kan bli uklart
- Ofte kommer symptomene på regnbuehinnebetennelse relativt akutt og kommer vanligvis på en side.
- Dersom du får slike symptomer er det viktig at du oppsøker fastlege/legevakt samme dag, og mest trolig vil du bli vurdert av en øyelege. Uten riktig behandling kan du få varige øyeskader. Derfor er viktig å utelukke tilstanden og igangsette riktig behandling

9. Autoimmun mage-tarm sykdom (*morbus chron og/eller ulcerøs colitt*)

- Pasienter med psoriasisartritt er mer utsatt for kroniske betennelsessykdommer i tarmen, og dette gjelder primært de som er positive for genet HLA B-27.
- Betennelse i tarmen medfører at tarmen ikke kan utføre sin normale funksjon, og dette kan føre til ulike plager. Dersom du opplever
 - økende magesmerter
 - hyppig avføringstrang,
 - diare
 - blodig og slimete avføring
 - dårlig matlyst eller vekttap
- må du ta opp dette med din fastlege som vil forta nødvendige undersøkelser og

vurdere henvisning til spesialist i mage-tarm sykdommer.

10. Hjerne-kar sykdom

- Pasienter med psoriasisartritt er noe mer utsatt for hjertekarsykdom.
- Det er derfor viktig å redusere risikofaktorer for dette, og derfor bør du snakke med fastlegen for å
 - kontrollere blodtrykk, blodsukker og kolesterolverdier
 - veie deg med tanke på ev vektreduksjon
 - hjelp til ev røykeslutt

11. Urinsyregikt

- Pasienter med psoriasis er mer utsatt for å få urinsyregikt.
- Hos enkelte kan det være vanskelig skille mellom anfall med psoriasisartritt og anfall med urinsyregikt.
- Ofte pleier urinsyregiktanfallene
 - å komme mer akutt
 - å ha akutt debut om natten eller tidlig om morgenen
 - å være mer smertefulle og gir mer rødme
 - å vise høyere CRP på blodprøver ved anfall
- Ultralydundersøkelse hos revmatolog kan også være til stor hjelp til å skille mellom anfall med psoriasisartritt og urinsyregikt. Derfor vil fastlege vurdere å henvise deg til revmatolog for dette dersom fastlege mener dette er nødvendig.
- Hvis du skulle få urinsyregikt har revmatologisk avdeling i Moss, i samarbeid med fastleger, laget pasientinformasjon om sykdommen.

12. Slitasjegikt/artrose

- Pasienter med psoriasisartritt er mer utsatt for å utvikle slitasjegikt/artrose .
- Artrose er den vanligste leddsykdommen i den vestlige verden. Over halvparten av den norske befolkning viser tegn til sykdommen i løpet av livet. Alle ledd kan rammes, men oftest i hofter, knær, hender og rygg.
- Artrose kjennetegnes av stivhet og smerter i ledd.
 - Stivhet opptrer særlig om morgenen og ved oppstart av bevegelse etter å ha vært i ro. Morgenstivhet varer typisk kortere enn 30 minutter. Det kan føre til redusert leddbevegelse og funksjon, som kan gå ut over dagliglivets aktiviteter.

- Smerter er det symptomet pasientene oftest klager over. Tidlig i sykdomsforløpet forverres smertene når man belaster det syke leddet, og lindres ved hvile. Mange opplever mer smerter på ettermiddag og kveld. Det er først ved uttalt artrose man opplever smerte i hvile eller om natten.
- Hvis du skulle få slitasjegikt/artrose har revmatologisk avdeling i Moss, i samarbeid med fastleger, laget pasientinformasjon om sykdommen.

3. BEHANDLING, BEHANDLINGSMÅL OG PROGNOSE

1. Det finnes mange ulike medikamenter man kan benytte ved behandling av psoriasisartritt!

- De siste 20 årene har man utviklet en rekke nye og effektive medikamenter som har gjort sykdomskontroll og påvirkning av sykdomsbyrde lettere.
- Tidlig behandling kan dempe symptomene og forebygge leddskade.
- Hvilke medikamenter som velges avhenger av flere faktorer varig
 - alder
 - kjønn
 - graviditetsønske
 - andre sykdommer
 - tidligere sykdommer
 - bruk av andre medikamenter
- Det gjøres en faglig vurdering av revmatolog med tanke på medikamentvalg.
- Da psoriasisartritt er en autoimmun sykdom dreier det seg om å finne medikamenter som «hemmer» immunsystemet.
- Behandlingen kan sammenlignes med en «trappetrinnsmodell».
 - Man starter med medikamenter med lavere styrke, og legger til mer potente immundempende medikamenter ved behov dersom en ikke oppnår behandlingsmål.

2. Psoriasisartritt kan ikke kureres!

- Behandlingsmålet er å holde sykdommen i sjakk og forebygge skade av leddene.
- Behandlingsmålet er å stanse sykdommen– det vi på fagspråket kaller remisjon.
- Medikamentene virker best ved oppstart raskest mulig etter at diagnosen er stilt.

3. Prognosen ved psoriasisartritt er radikalt forbedret med nye legemidler!

- I dag finnes det god medisinsk behandling for de aller fleste med psoriasisartritt, og man skal kunne delta i et normalt liv på lik linje med friske pasienter. Vellykket behandling tilsier at man kan leve som normalt.
- Behandlingen av psoriasisartritt går over flere år, og mange pasientene må bruke medikamenter mot leddgikt livet ut.

4. ULIKE TYPER MEDIKAMENTER VED PSORIASISARTRITT

1. Behandlingen må person-tilpasses i stor grad fordi sykdommen forløper svært forskjellig fra person til person

- Pasienter med psoriasisartritt kan ha veldig forskjellig debut og forløp.
- Som skissert tidligere kan man ved sykdommen både få betennelser i
 1. Ledd (artritt)
 2. Ryggsøyle (spondyloartritt)
 3. Senefester (entesitt)
 4. Øyne med regnbuehinnebetennelse (iridosyklitt)
 5. Mage-tarm systemet (morbus chron og/eller ulcerøs-colitt)
- Revmatolog vil derfor finne medisiner som tilpasset din type sykdom, og ved behov samarbeide med andre spesialiteter.

2. Psoriasisartritt behandles medikamentelt med enten

1. Tabletter
2. Sprøyter/penner
3. Infusjoner (rett i blodåre).
4. Kortisonsprøyter rett i leddene brukes ofte som et supplement til de andre legemidlene, og gis oftest dersom det oppstår hevelser i leddene.

3. Hvilke medikamenter som velges avhenger også av faktorer som

1. Alder
2. Kjønn

3. Graviditetsønske
 4. Andre sykdommer du har eller har hatt
 5. Andre medikamenter du bruker
- Det gjøres derfor alltid en grundig faglig vurdering av revmatolog med tanke på også dette ved medikamentvalg hos deg!

4. Man skiller medikamenter ved psoriasisartritt inn i to ulike kategorier

1. Symptomreduserende legemidler
2. Sykdomsreduserende legemidler

SYMPTOMREDUSERENDE LEGEMIDLER

1. NSAIDs (*Voltaren®*, *Ibux®*, *Naproxen®*, *Vimovo®*)

2. Paracetamol (*Paracet®*)

3. Kortison (*Prednisolon®* eller som injeksjon i ledd)

- Dette er legemidler som lindrer symptomer, men ikke stopper sykdomsutviklingen.
- Man finner frem til det som fungerer best av betennelsesdempende legemidler som motvirker smerter og stivhet, og kan muliggjøre fysisk aktivitet.

1. NSAIDs (*ikke-steroide antiinflammatoriske midler*)

Eks. *Voltaren® 50 mg x 3*

Ibux® 400 mg x 3

Naproxen® 250 mg x 2

Vimovo® 1 tbl x 2

NSAIDs er betennelsesdempende medisiner som motvirker smerter, stivhet og hevelse.

- NSAIDs har også god effekt hos pasienter med spondyloartritt
- NSAIDs skal ikke brukes dersom du har morbus chron og/eller ulcerøs colitt

Enkelte pasientgrupper bør være forsiktig med bruk av NSAIDs, og gjelder spesielt

- eldre
- ved redusert nyrefunksjon

- tidligere magesår
- hjertesvikt
- bruk av blodfortynnende
- bruk av blodtrykksmedisiner

Diskuter derfor alltid bruk, dosering og varighet av NSAIDs med fastlege. Ved bruk av NSAIDs i tablettform vil fastlege følge opp dette. Målet er lavest mulig dose over kortest mulig tid.

2. Paracetamol

Paracetamol er et smerte- og febernedsettende legemiddel som kan redusere smerter og ømhet.

Maksimumdosen er 3-4 gram per døgn. Paracetamol kan gi leverskade ved bruk av høyere dose enn anbefalt. Langtidsbruk kan påvirke leveren. Det kan gi hodepine dersom det tas annenhver dag eller oftere over en periode på tre måneder.

Diskuter derfor alltid bruk, dosering og varighet av Paracetamol med fastlege.

3. Kortison

Det mest brukte symptomreducerende legemiddelet er kortison, og gis enten som

1. Tabletter (Prednisolon®)
2. Rett inn i leddet som injeksjon

Kortison gir rask, men kortvarig, bedring av symptomene.

- Grunnen til at vi benytter kortison er at det tar noe tid før effekten av de sykdomsreducerende legemidlene inntre.
- Ved psoriasisartritt starter man derfor som regel opp med tablettkur de første 6-8 ukene.
- Doseringen er ofte 5-15 mg daglig i avtrappende dose. Revmatolog vil ta stilling til hvilken dosering som er mest hensiktsmessig for deg

Revmatolog setter ikke kortison i ledd med mindre vi må, og ikke for ofte.

- Fastlege kan hos enkelte ofte forsøke en kortvarig tablettkur med Prednisolon før man henviser videre til kortisoninjeksjon i ledd hos revmatolog.
- Dersom det er behov for dette, kan du selv ta kontakt med revmatologisk avdeling i Moss.

SYKDOMSREDUSERENDE LEGEMIDLER

1. Methotrexat (*Methotrexate®*, *Metex®*, *Ebetrex®*)

2. Andre typer syntetiske DMARDs

3. Ulike typer biologiske DMARDs

Sykdomsreducerende legemidler stopper sykdomsutviklingen, og er de viktigste medikamentene ved leddgikt.

- Målet med slike legemidler er fravær av sykdomsaktivitet eller lav sykdomsaktivitet.
- Da det kan ta flere uker før de gir ønsket effekt brukes ofte kortison i mellomtiden.
- De kalles på fagspråket DMARDs (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs), og det finnes flere ulike typer DMARDs, både
 - syntetiske DMARDs
 - biologiske DMARDs.
- Hos en del pasienter bruker man kombinasjon av ulike typer DMARDs. Hvis et medikament eller en kombinasjon av medikamenter ikke virker tilfredsstillende eller gir bivirkninger, vil revmatolog bytte til andre medikamenter.

5. METHOTREXAT ER DET MEST BRUKTE MEDIKAMENTET

1. I nesten alle tilfelle er methotrexat førstevalg ved behandling av psoriasisartritt – spesielt dersom du har hevelser i ledd!

- Methotrexat har bidratt til at personer med psoriasisartritt nå har mindre aggressiv sykdom og får mindre skade av leddene.

2. Methotrexat tas en fast dag i uken, og tas alltid sammen med folsyre!

- Doseringen av Methotrexat er 7.5-25 mg per uke og styres av revmatolog.
- Methotrexat kan enten tas enten som tablett eller subcutan injeksjon.
- 1 tablett methotrexate® a 2.5 mg.
- Methotrexate skal tas en fast dag i uken!
- Du skal bruke Folsyre ved siden av for å forhindre bivirkninger. Folsyre tas daglig.
- Effekten av methotrexat kommer som regel i løpet av 6-8 uker, og derfor brukes du kortison i mellomtiden inntil effekten inntreffer.
- De aller fleste tolerer methotrexat godt, og opplever lite bivirkninger. Bivirkningene er ofte mest uttalt i starten. Methotrexat kan tas om kvelden, med eller uten mat. Du bør drikke godt med vann til.
- Du har fått med deg pasientinformasjon om methotrexat – denne finnes ved å søke på www.legemidler.no

3. Oppfølging av blodprøver ved bruk av methotrexat er viktig!

- Før du starter opp med methotrexat er det viktig at det tas blodprøver og røntgenbilde av lunger. Dersom dette ikke er gjort i forkant av timen i dag vil det tas i forbindelse med konsultasjonen.
- Regelmessig kontroll av blodprøver er viktig ved medisinerings med methotrexat, og vi anbefaler derfor
 - blodprøver hver måned de første tre månedene
 - deretter blodprøver minimum hver tredje måned
- Husk at det ditt ansvar som pasient å ta blodprøver som anbefalt!
- Resepter på methotrexat og folsyre kan forskrives av fastlege på sikt.

6. OPPFØLGING HOS REVMATOLOG OG FASTLEGE

1. REVMATOLOG

1. Internasjonale guidelines anbefales at pasienter med psoriasisartritt følges opp av revmatolog!

- Revmatologens rolle er å vurdere sykdomsaktivitet og tegn til bivirkninger av medisiner.

- Ved behandling av psoriasisartritt er det slik at revmatologisk avdeling følger deg tett i oppstartfasen. Derfor vil du i starten få relativt tett oppfølging ved revmatologisk avdeling. Når vi forhåpentligvis får kontroll på sykdommen, vil vi øke kontrollintervallene hos oss
- De fleste med psoriasisartritt inkluderes i noe som heter TAK, dvs Tidlig Artrikk Klinikk. Dette innebærer følgende
 - Kontroll 4 uker etter oppstart hos sykepleier med revmatolog som kommer innom
 - Kontroll 8 uker etter oppstart hos sykepleier med revmatolog som kommer innom
 - Kontroll 12 uker etter oppstart hos revmatolog

2. Husk at du alltid må ta blodprøver et par dager i kortkant av kontroller hos oss!

- Revmatologisk avdeling bestiller ved oppstart blodprøver for deg som du kan ta på nærmeste helsehus der du bor. Vi kontakter deg dersom det er avvikende blodprøver som gjør at behandlingen må stoppes/pauses.
- Ved god respons av methotrexat pleier vi å anbefale blodprøver hver tredje måned etter dette. Det blir som regel fastlegens ansvar å følge opp blodprøvesvar på sikt.
- Husk at det er ditt ansvar som pasient å ta blodprøver.

3. Pasienter med psoriasisartritt vil få tilbud om å være med i et register som heter Go Treat It (GTI)

- Kort oppsummert fungerer dette prosjektet som et hjelpemiddel for å følge sykdommen og brukes i forskning på psoriasisartritt.
- Hvis du er interessert i å delta, vil du få et eget informasjonsark om hva dette innebærer.

4. Husk å alltid ta blodprøver i forkant av kontroller og ha med oppdatert medisinliste!

- Grunnen til det at du skal få best mulig vurdering av den revmatologen du kommer til.
- Dette effektiviserer og bedrer rask vurdering.

2. FASTLEGE

1. Oppfølging av pasienter med psoriasisartritt foregår i spesialisthelsetjenesten hos revmatolog, men alltid i samarbeid med fastlege.

- All nødvendig informasjon om de ulike medikamentene du kan settes på finner fastlegen ved å søke på www.kompetansebroen.no.
- Når du oppnår lav sykdomsaktivitet kan blodprøvekontroller hos de aller fleste skje i regi fastlege. Husk at det er ditt ansvar som pasient å huske på å ta blodprøver som anbefalt. Blodprøver skal minimum tas hver tredje måned ved stabil sykdom.

2. Vi anbefaler også at du tar opp følgende med fastlege

1. Pasienter med psoriasisartritt er noe mer utsatt for hjerte- og karsykdom!
 - Derfor bør fastlege kontrollere blodtrykk, blodsukker og kolesterolverdier.
2. Diskuter alltid bruk, dosering og varighet av NSAIDs og Paracetamol med fastlege!
3. Pasienten med psoriasisartritt er også mer utsatt for å utvikle urinsyregikt!
 - Hvis du skulle få denne sykdommen har revmatologisk avdeling i Moss, i samarbeid med fastleger, laget pasientinformasjon om urinsyregikt.
4. Pasienter med psoriasisartritt er også mer utsatt for å utvikle slitasjegikt/artrose!
 - Hvis du skulle få denne sykdommen har revmatologisk avdeling i Moss, i samarbeid med fastleger, laget pasientinformasjon om slitasjegikt/artrose
5. Alle pasienter med psoriasisleddgikt anbefales røykeslutt!
 - Hvis du trenger hjelp med dette, konsulter fastlegen.
6. Vi anbefaler alle pasienter som bruker methotrexat årlig influensavaksine!
 - Fastlege vil også ta stilling til behov for andre vaksiner.
7. Lage avtaler med tanke på blodprøvekontroller

7. TRENING, KOSTHOLD OG RØYKESLUTT

1. Trening og fysisk aktivitet kan bedre stivheten og smertene!

- Det er viktig å vite at trening ikke gjør leddene mer betente eller fører til skade av leddene. Personer med psoriasisleddgikt anbefales å være fysisk aktive både for å forbedre og opprettholde fysisk og psykisk helse.
- Personer med psoriasisleddgikt har nedsatt funksjon og står i fare for å få redusert muskelstyrke og kondisjon, hjertekarsykdom og benskjørhet. Trening er derfor spesielt viktig for å forebygge slike sykdomskonsekvenser.
- Generelt er det viktig at aktivitet og trening må ha en viss intensitet for å gi gunstige helseeffekter. En god pekepinn er at man blir svett, andpusten eller får økt puls under aktiviteten.

2. Mange pasienter med psoriasisartritt opplever at kostholdet virker inn på sykdommen!

- Det er viktig med et sunt kosthold. Enkelte pasienter kan reagere på enkelte matvarer, men dette varierer mye.
- Psoriasisleddgikt bidrar til økt risiko for åreforkalkning. Det er derfor viktig at risikofaktorer for hjerte-karsykdom reduseres som
 - høyt kolesterol
 - røyking
 - dårlig kontrollert blodsukker
 - overvekt
- Høyt inntak av flerumettede fettsyrer ved «middelhavsdiett» reduserer risiko for åreforkalkning.

3. Alle pasienter med psoriasisleddgikt anbefales røykeslutt!

- Røyking er en risikofaktor for sykdommen og for dårlig prognose.
- Man vet at røyking også bidrar til at medikamentene ikke virker like effektivt.
- Røyking disponerer også for hjerte-karsykdom.
- Vi anbefaler røykeslutt, og her kan du også få hjelp av fastlegen.

8. ANNET HELSEPERSONELL SOM OFTE ER INVOLVERT I OPPFØLGINGEN

1. Ergoterapeuter

- Ergoterapeuter ser behov for hjelpemidler for å mestre hverdagen og spesielle oppgaver på en best mulig måte når ledd og muskler svikter.

2. Fysioterapeuter

- Fysioterapeuter vil kunne vurdere muskelkraft og fysisk funksjon.
- Fysioterapeuter kan utforme plan for individuell aktivitet og øvelser for å bevare bevegelse og styrke.

3. Revmasykepleiere

- Revmasykepleier med god kjennskap til revmatiske sykdommer kan gi supplerende informasjon, følge opp behandling og være koordinerende.

4. Sosionomer

- Sosionomer kan informere om rettigheter og stønader.

9. INFORMASJON OM REVMATOLOGISK AVDELING I MOSS

1. Ved revmatologisk avdeling i Moss har vi såkalt pasient-ansvarlig overlege (PAL)!

- Det vil si at vi tilstreber, så langt det lar seg gjøre, at én fast overlege har hovedansvaret for oppfølgingen.
- Dette er gunstig både for pasient, for vår avdeling og for fastlegen.
- Det vil fremkomme av journal hvem som er din PAL.

2. Du kan ta telefonisk kontakt med avdelingen ved behov

- Hvis du har kjent psoriasisleddgikt og merker økende aktivitet i din sykdom, og ikke har effekt av ulike legemidler, kan du selv ta kontakt med revmatologisk avdeling for råd.
- Ring sentralbord på 08600 og spør etter vakthavende revmasykepleier som er tilstede
 - hverdager 08:00 - 20:00

- lørdager 08:00 - 14:00
- Revmasykepleier vil kunne gi råd per telefon, samt vurdere om du skal settes opp til en raskere kontrolltime eller til en øyeblikkelighjelp time hos oss.
- Hvis behov for time vil vi som regel alltid anbefale at du tar blodprøver i forkant av timen, og disse kan vaktsykepleier bestille.
- Hvis du skulle ha andre generelle spørsmål om
 - psoriasleddgikt
 - medikamenter du er satt på
 - videre oppfølging hos oss eller fastlege
 - fremtidig svangerskap
 - annet
- kan du også selvsagt ta kontakt med vakthavende revmasykepleier i Moss!