

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 3 • 2015



www.ssdv.se

**Venereologimöte i Köpenhamn • RiksSår • Nytt om psoriasis
Riktlinjer för primär lokaliserad hyperhidros • Quiz!
SkinResQU – centrum för hudforskning • Intervju med Thor Bleeker**



Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
SSDV:s kansli, Att: Agneta Andersson
S:t Johannesgatan 22, 753 12 Uppsala

Redaktör:
Christian Steczko Nilsson
christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare:
John Paoli, ordförande SSDV
info@ssdv.se

Hemsida:
ssdv.se

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10C
415 02 Göteborg
Tel 031-707 19 30

Layout:
Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser:
Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:
CA Andersson, Malmö
Distribueras som posttidning



Omslagsbild:
Sommaren är inte slut än men snart är det höst.
/ John Paoli (Foto: Ana Paoli)

Distribueras som post- och webbtidning:
ISSN 2022-0767 (Print)
ISSN 2002-0775 (Online)

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
Venereologer på besök i Danmark.....	4
Intervju med PDF:s ordförande.....	8
Graviditetsklåda.....	12
SDKO:s utbildningsstipendium 2014.....	13
Rikssår - Nationellt kvalitetsregister.....	14
Stora Nolia 2015.....	17
Psoriasis.....	20
SkinResQU.....	21
33 rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology.....	22
Primär lokaliserad hyperhidros.....	24
Medicinska Riksstämman december 2015.....	26
Quiz.....	27
Värden för 150 år sedan.....	29
SSDV:s styrelse.....	31
Kalender 2015-2016.....	32

Manusstopp nummer 4-15:
3 november 2015

Sommaren är inte slut, än.

De flesta av oss är väl tillbaka från semestern och har börjat en ny jobbtermin. Kanske har ni mötts av någon arbetskamrat som suckandes hävdar att sommaren är slut? Jag brukar in i det sista kämpa emot, försöker hitta inslag som gör att man kan hålla fast vid årstiden ett tag till och jag vägrar säga att sommaren är över. Kanske som ett slags mentalt skydd mot en annalkande kall och mörk vinter. Först när klockan dragits tillbaka och det ligger frost på marken, ja då tycker jag man kan acceptera fasen *i väntan på nästa*.

Sommaren är i många avseenden hudens årstid. Hud exponeras och observeras. Frivilligt, ofrivilligt och i bland i högre utsträckning än man skulle önska. Nu kan man hävda att med våra somrar är det kanske mest påklätt som gäller, men sommar kan ju upplevas även utanför våra gränser. Butikshyllor och apotek fylls med produkter för alla möjliga situationer. Brun utan-sol, skydd mot sol, efter-sol, kylbalsam mot för mycket sol, kortison, myggmedel och på intimhyllan laddas det upp med varor både för att stimulera till och lindra skadeverkningar av sommarens venereologiska äventyr. Mycket av det vi både uppskattar och ogillar med sommaren upplevs genom huden. De ljumma sommarkvällarna, en stilla havsbris, doften av sommarvarm hud, sand mellan tårna och dessvärre även fuktigt regn, kliande myggbett och solbränna (nu vet jag att ingen av er dermatologer någonsin blir solbränd, men teoretiskt). Själv har jag tillbringat tre veckor i Centraleuropa med intensiv sol och snittemperaturer kring 39 grader. Ganska stolt klarade jag mig helt utan solrodnad men blev å andra sidan inte heller brun. Jag klarade mig undan med enbart ett myggbett när sällskapet fick trettio, och enda hudproblemet blev ett skavsår från ett par flip-flops. Jag brukar ofrivilligt och ofta omedvetet inspektera andras hud och hudförändringar. Kanske en yrkesskada. Bland banala diagnoser och varierande hudtyper dyker det tyvärr upp en och annan, ofta mycket ljushylt, alldeles för oförsiktig solare. Vid dess tillfällen känner jag att jag skulle vilja gripa in och ge råd. Även om det vore ren primärprevention i vissa fall har jag ännu inte gjort någon insats. Min enda ursäkt är väl egentligen att även en hudläkare behöver semester. Så nu när jobbet börjat igen och *i väntan på nästa* sommarperiod är det åter solinformation och råd som gäller.

Hemsidan www.ssdv.se

Arbetet med att utveckla och förbättra funktionen "Mina sidor" är i gång. Förhoppningsvis kan resultat presenteras under hösten. På hemsidan hittar ni mängder med nyttig information, riktlinjer, nyheter och alla våra sektioner och intressegrupper finns representerade. Gör gärna ett besök om ni inte redan varit där! Medlemsavgifterna till SSDV för 2015 är möjliga att betala via hemsidan och kontokort. Kontakta vårt kansli och Agneta Andersson, info@ssdv.se, om ni skulle stöta på några problem.

Ur innehållet

Sektionen för Venereologi har haft sitt höstmöte i Köpenhamn och presenterar en färsk rapport om Mycoplasma genitalium och skillnader mellan oss och vårt grannland Danmark avseende rutiner och handläggning av STI. Några av initiativtagarna till den planerade "nystarten" av Intressegruppen för bensår presenterar kvalitetsregistret Rikssår. PDF:s eldsjäl och efter många år avgående ordförande Thor Blecker intervjuas och berättar om sin egen privatmottagning och åren inom föreningen. Vi får även ta del av nya forskningsrön kring psoriasis och samband mellan graviditetsklåda och vissa cancerformer. Extra roligt är rapporter från våra stipendiater och i detta nummer berättar Magdalena Claeson om dermoskopikurs via nätet. Vidare presenteras de nya, nationellt framarbetade riktlinjerna för hyperhidros. God läsning!

Och slutligen. Artiklar är alltid välkomna, stort som smått. Maila mig!



Christian Steczko Nilsson

Redaktör
christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Annons

Solarier snart endast för vuxna

Efter en trög start på sommaren blev det glädjande nog lite sol här hemma mot slutet. Vi får nog erkänna att även vi hudläkare uppskattar när det stora gula klotet tittar fram och dess ljus fyller oss med endorfiner samt D-vitamin. Detta trots alla varningar som vi når ut med varje vår i samband med det "männliga kosläppet". Artificiellt UV-ljus, däremot, är något som vi aldrig rekommenderar allmänheten om man inte råkar vara patient så klart.

Sedan International Agency for Research on Cancer, Världshälsoorganisationens organ för cancerforskning, konstaterade att det finns ett tydligt samband mellan solarieanvändning i unga år och hudcancer (framför allt malignt melanom) har flera länder börjat reagera. Under de senaste åren har Brasilien och de flesta staterna i Australien infört ett totalt förbud mot kosmetiska solarier. Många andra länder har åtminstone infört åldersgränser för kosmetiska solarier inklusive Belgien, Finland, Frankrike, Island, Litauen, Nederländerna, Norge, Spanien, Storbritannien och Tyskland. I USA har tolv delstater infört 18-årsgräns och i Kanada har tre provinser infört 19-årsgräns hittills. Nu verkar det som att Sverige äntligen har bestämt sig för att följa dessa goda förebilder.

Tidigare insatser av Strålsäkerhetsmyndigheten ledde till att kommuner inte längre erbjuder kosmetiska solarier i sina idrottsanläggningar och simhallar. Nu föreslår regeringens miljö- och energidepartement en ändring i strålskyddslagen (1988:220) för att införa ett förbud mot att yrkesmässigt upplåta kosmetiskt solarium till en person som inte har fyllt 18 år. Den som bryter mot förbudet kan dömas till böter eller fängelse i högst sex månader. På solarier skall en synbar skylt som upplyser om

förbudet hängas upp, personalen skall utbildas och solarieägare kommer att vara skyldiga att förvissa sig om att konsumenten är vuxen. Vidare vill man upprätta en tillsynsmyndighet som även har möjlighet att genomföra kontrollköp. Detta innebär att tillsynsmyndigheten kan anställa vuxna personer som har ungdomligt utseende för att testa om det går att sola på ett solarium utan att behöva visa legitimation. Landets ca 700 obemannade solarier kommer därför med all sannolikhet att tillhöra historien i så fall. Slutligen föreslås det att alla kosmetiska solarier skall ha anmälningsskyldighet till kommunen med en miljöskattavgift på 3 000 kr för de som inte sköter sig. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017 i fråga om förbudet. De föreslagna skyldigheterna och förordningsändringarna ska dock träda i kraft redan den 1 januari 2016.

Ovanstående förslag kommer inte en dag för sent tycker SSDV:s och SDKO:s styrelser som har fått ta del av den 66-sidiga remiss som skall besvaras före den 30 september. Ett totalt förbud hade kanske varit ännu bättre men sannolikt ansåg regeringen att detta var för tufft mot solariebranschen. En synpunkt som vi kommer att påpeka i vårt remissvar är dock att det inte står något i förslaget om hur man får marknadsföra solarieutrustning. Företaget Ultratan som enligt egen uppgift är "Nordens ledande leverantör till solariebranschen" skriver till exempel på sin hemsida om hur nyttigt det är att sola samt hur farligt det är att använda solskyddskrämer (<http://www.ultratan.se/sv/sola-ar-nyttigt/solfakta>). Vidare står inget i förslaget om huruvida inspektioner av lysrören i solarierna kommer att utföras eller inte. En studie i England visade nyligen att endast 10 % av de inspekterade solarierna hade lysrör vars strålning höll sig inom gränserna för den Europeiska rekommendationen "UV-typ 3" ($<0.15 \text{ W/m}^2$ för såväl UVB som UVA).[1] I en liknande studie i Norge höll sig endast 23 % av de inspekterade solariernas lysrör inom de tillåtna gränserna.[2]

Trots detta anser vi inom SSDV och SDKO att lagändringen är ett steg i rätt riktning och ett initiativ som bör applåderas. Vi hoppas kunna se effekterna av den nya strålskyddslagen snart!

Alternativt remissvar

Avslutningsvis ville jag även dela med mig av ett alternativt remissvar författat av vår styrelse-

ledamot Per Anders Mjörnberg, överläkare på Hudkliniken, Ryhovs sjukhus:

*Vad härligt att bli varsebliven
det som flertalet av oss behagar -
jag tänker på de nya direktiven,
som ska samsas med strålskydd och lagar!*

*Höj både ålder och röst -
"Ligg ej huden till last!";
inför krav på döds-kallelagga,*

*ge en upplysningsfolder till tröst
och råd om annan sorts rast -
"Bättre fly än illa fläkta!" - börja jogga!*

*Och vad gäller det ökade priset,
vem som väntas stå för fiolen,
så är det ju alltså på det viset
att allt bjuds gratis under solen!*

Trevlig fortsatt läsning!



John Paoli
Ordförande SSDV
john.paoli@vgregion.se

Referenser:

1. Tierney P, Ferguson J, Ibbotson S, et al. Nine out of 10 sunbeds in England emit ultraviolet radiation levels that exceed current safety limits. *Br J Dermatol* 2013; 168: 602-8.
2. Nilsen LT, Aalerud TN, Hannevik M, Veierød MB. UVB and UVA irradiances from indoor tanning devices. *Photochem Photobiol Sci* 2011; 10: 1129-36.



www.fotolia.com

Mycoplasma

– en genital utmaning

Sektionen för venerologi höll den 4:e september, i anslutning till studiebesöket vid Venereaklinikken vid Bispebjergs Hospital i Köpenhamn, det årligen återkommande vetenskapliga höstmötet, denna gång en heldag kring "Mycoplasma genitalium – ökande kunskap men svårare beslut". Talarlistan mönstrade bl.a. 3 riktiga dignitärer i ämnet – dr. Carin Anagrus, Falun; professor emeritus Harald Moi, Olafskliniken Oslo och professor Jörgen Skov-Jensen, Seruminstitutet, Köpenhamn, som också varit banbrytande i framtagandet av de mikrobiologiska undersökningsmetoder som kommit till utbredd användning.

Släkten komma, släkten gå...

Vi har nästan vant oss vid att våra bakteriella STI:n ersatt varandra under senare delen av 1900-talet – syfilis-> gonorré (Gc)-> chlamydia (Ct)-> mycoplasma (Mg), men nu ser vi en oroväckande förskjutning med allt fler tysta

infektioner (Ct/Gc) och antibiotikaresistens (Gc/Mg). Både Gc och Mg och kanske även Ct ökar. Mg har på några år gått från att vara hälften så vanlig, till att bli dubbelt så vanlig som Ct, på STI- och ungdomsmottagningar. Trots att vi fått fler lättanvända nukleinsyrebasebaserade testmetoder (NAAT:s) med hög känslighet, förslår det inte, om medvetenheten kring barriärskydd och riskminimering är otillräcklig. Känsligheten i Gc-testen är så stor att vi riskerar en hög frekvens av falskt positiva reaktioner i lågprevalent miljö, medan Mg har motsatt mönster, då denna förmår infektera individen med så få bakterier att det riskerar att missas i testsituationen med falskt negativa reaktioner!

Därtill finns en tilltagande resistens (MRM) mot vårt i sammanhanget mest använda makrolidantibiotika, azitromycin (18% i Sverige; 40% i Danmark, Norge och Storbritannien; 100% på Grönland) och andra linjens

antibiotika moxifloxacin (KRM), ett kinolon (10% i Australien och Sydostasien; 4% i Danmark och Norge; Sverige okänt men sannolikt lägre). Skillnaden beror troligen på antibiotika-vallet vid Ct mellan de nordiska länderna, där vi konsekvent använt doxycyklin, vilket visserligen endast har Mg-effekt runt 30%, men danskar och norrmän haft engångsdos azitromycin 1 gram som förstahandsbehandling – en dos som varit för låg för att eradikera en samtidig Mg och därför drivit fram resistens.

Måste vi till varje pris behandla?

Många Mg-orsakade infektioner går symtomlösa och kan självläka, men symtombilden kan variera mellan partners i ett fast förhållande och recidivtendensen är legio om endast den ena partnern behandlas. Lars Falk och medarbetare i Linköping/Västervik har i en färsk prospektiv studie visat att Mg tycktes spontanläka i upp till 14% (13/90) inom 2 veckor, medan andra studier visat på en läkningsgrad runt 75% efter 1 år, där inte antibiotikabehandling kommit till stånd. Det är en lång smittsamhetsperiod att ta hänsyn till för den drabbade!

Mg kan ge cervicit med uppåtstigande in-



Jörgen Skov-Jensen och Harald Moi.

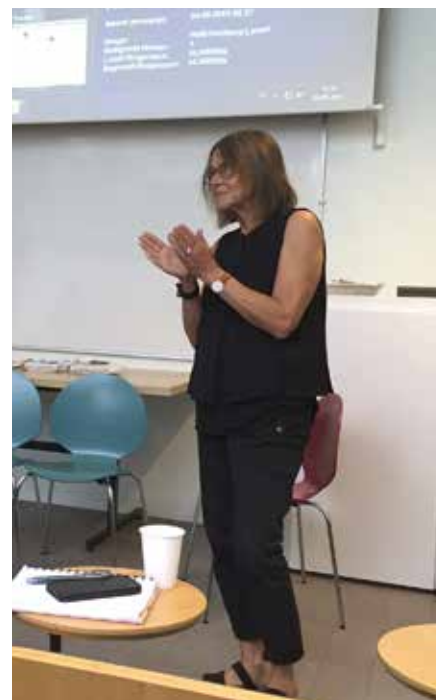
Alla foto: My Falk



Medlemmar lyssnar intresserat på Mg-föreläsningar.



Ordföranden Per Anders Mjörnberg och sekreteraren Hans-Ulrik Stark.



Carin Anagris föreläser engagerat.

fektioner hos kvinnor, särskilt efter instrumentell abort- eller spiralinsättning. Tubarfaktorinfertilitet finns belagt och Mg kan leda till prematur förlossning och spontanabort. Hos män finns kronisk uretrit, akut epididymit och långdragna balaniter beskrivna. Bakterien kan sannolikt leda till reaktiv artrit och underlätta HIV-överföring hos båda könen.

Till vilket pris kan vi testa och behandla?

Priset på Mg-testen varierar stort mellan olika laboratorier allt från 250:- till 400:-. Tänker man sig att koppla till samtidig MRM-bedömning ökar det till 7-800:-/prov. KMR som är mer variabel ger ett framtida test med ännu större prislapp, för närvarande cirka 1 700:-. En pågående utveckling av kommersiella tester bör vara prispressande men det återstår att hålla höga kvalitetskrav. Hör gärna med ditt eget laboratorium angående deras EQUALIS-ranking.

Inte heller behandlingen är riskfri eller gratis. Moxifloxacin (400 mg x1, 7 dagar; 264:-) kan hos unga, fysiskt aktiva, ge långdragna tendinit främst i hälsnor och liksom azitromycin (250 mg, 5 dagar, 6 st; 174:-) öka risken för förlängd Q-T-tid med ventrikellarrytmi och hjärtdöd vid samtidig SSRI-behandling (fr. a. cipramil).

Tredjehandsalternativet, licenspreparatet Pristinamycin (1 g x4, 10 dagar), går på drygt 3 000:- för en behandlingsomgång!

I "pipeline" väntar tiamfenikol (vidareutveckling av kloramfenikol), solithromycin (fluoroketolid) och inte minst lefamulin/BC3781 (pleuromutilin), använt i veterinärt bruk vid mjukdelinfektioner och aktuell i fas-2-studier för humant bruk.

Kombinationsbehandlingar spås bli nödvändiga – kanske spectinomycin+lincomycin (1 injektion dagligen i 10 dagar) eller varför inte doxycyklin (200 mg x1, 7 dagar) + azitromycin (e.o.).

Goda råd behöver inte vara dyra!

Minimering av "testa-all"-mentaliteten, bättre och tydligare patientinformation, kondområd och större personligt ansvar kostar föga. Återgång till direktprov (DP) + eventuell efterföljande Mg-provtagning (>90% av uretriterna ses i DP) och skärpt cervicitbedömning (anamnestiskt olaga blödning, blödning vid beröring av och grumligt sekret ur cervix) är god bediagnostik.

Uppföljning av genomförd Mg-behandling, "test of cure" (TOC) rekommenderas för alla efter 4 veckor och tidigare lagd TOC vid behandlingssvikt inom 10 dagar med vidhängande preparatbyte, varvid MRM bör undersökas och vidgad resistensbedömning (KRM) övervägas, särskilt vid smittotillfälle i Sydostasien. Erhållen moxifloxacinoterapi på resmålet är ingen garanti på grund av ibland undermålig antibiotikakvalité.

Men annan samtidig STI måste naturligtvis

uteslutas. Dubbelinfektioner är vanliga och nya smittotillfällen vanligt förekommande även under, för oss venerologer, begränsad väntetid. Bättre statistik kring incidens, prevalens, resistens och smittsamhet vore behövligt.

Vad blir kontentan?

Vi måste kanske acceptera tanken på att lämna vissa bakteriella STI:n obehandlade och ta hänsyn både till klinik och epidemiologi (svenska och europeiska riktlinjer), läkemedelsöverlevnad (Läkemedelsverket/STRAMA) och kanske "damma av" polisbefälets uppmaning till sina spanare på Hill Street från TV-serien med samma namn: "Hey – be careful out there!".



Per Anders Mjörnberg,

Ordförande i Sektionen för venerologi
överläkare vid hudkliniken,
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Studiebesök i Köpenhamn på en venereologiavdelning

– Ok, STI i Danmark... Hur tänker de här, och hur fungerar det här i Danmark med STI och venereologi? Norska venereologerna har vi ju kontakter och samarbete med inom svensk venereologi, men de danska har man knappt hört något från. Med kontakten med kontinenten kanske de håller sig i framkant och är nytänkande?

Nyfikenheten var stor och frågorna många när vi närmade oss sjukhuset som rymmer Köpenhamns i princip enda (visade det sig senare) venmottagning.

Sjukhus i ålderdomlig byggnad

Bispebjerg Hospital är en gammal och vacker anläggning från 1910-talet, med många låga tegelbyggnader och spröjsade fönster. Murgro- na klättrande på väggarna, prunkande välsköt- ta parkanläggningar och promenadgångar runt så man får känslan av campus i Cambridge (någon annan i gruppen tyckte mer det liknade ett gammaldags mentalsjukhusområde). Hud- kliniken och venmottagningen huserar tillsam- mans, och i lokalerna invändigt verkar tiden stått näst intill stilla, och inte mycket vara gjort för att anpassa lokalerna till nutid.

Det finns i Köpenhamn egentligen två ven- mottagningar men den ena med väldigt liten verksamhet (20 patienter per vecka), och den andra är den på Bispebjerg.

Kösystem istället för tidsbokning

När man som patient kommer för provtag- ning på Venklinik i Bispebjerg får man ta en kölapp och slå sig ner längs väggarna i det enor- ma väntrummet. I snitt söker 130 patienter per dag. Det finns inga bokade tider, utan det är bara drop in, och väntetiden ligger ofta uppåt 4-6 timmar förutsatt att man inte har VIP-kort (som delas ut till vissa patienter däribland de som säljer sex).

På svenska venmottagningar ser man ofta en massa informationsbroschyrer om könsjukdo- mar och sex, som patienterna kan ta för sig av i väntrum och undersökningsrum, men här är det glest med det.

Man har varit tvungna att dra ner öppethål- landet av mottagningen från hela dagar, och har sedan årsskiftet insläpp under ungefär tre timmar fram till klockan 12. Eftersom det bara finns en toalett på hela mottagningen så ingår inga urinprov i provtagningen, utan kvinnorna

får lämna vaginalsvab och på alla män tas pinn- prov från uretra istället.

Två doktorer och ett par sjuksköterskor tjänstgör vid varje pass, och en av sjuksköter- skorna har även funktion som rådgivare för samtal kring STI samt oro kring STI, kondo- manvändning och säkrare sex ur ett STI-per- spektiv. För preventionsfrågor kring graviditet hänvisas patienterna till en privat organisation, Sex och Samfund, och för frågor kring sexuell dysfunktion hänvisas patienterna till en sexolo- gisk klinik på Rikshospitalet.

Inte som i Sverige

Smittspårning är inte obligatoriskt för någon STI i Danmark, inte ens vid HIV, och det är upp till patienten att be kliniken om hjälp med detta om man önskar att partners kontaktas men inte vill ringa själv. Smittspårade personer har i Danmark heller inte skyldighet att låta sig undersökas och behandlas.

Läkemedel i Danmark är gratis vid gonorré, syfilis, HIV, men inte vid klamydia som till skillnad från dessa STI:er inte är anmälnings- pliktig i Danmark.

På mottagningen där interiören inte tycks ha



Ordförande Per Anders Mjörnberg, Anna Hestner och Malin Assarsson på väg in på Bispebjergs sykehus.



Kölappsautomat.

Alla foto: My Falk



Rundvandring på venmottagningen, Bispebjerg.

Rådgiverfunktionen.

- ❖ Rådgivning og vejledning i forbindelse med seksuelt overførte sygdomme - også når det mest handler om angst.
- ❖ Rådgivning i forbindelse med konstatering af HIV.
- ❖ Vejledning i sikkersex og kondom brug.
- ❖ Vejledning i eller hjælp til smitteopsporing.
- ❖ Anmeldelser, samt evt. indkaldelse af patienter



Ordföranden visar vägen.

ändrats särskilt mycket sen ursprungligt skick, finns ett mikroskopirum med mörkfältmikroskop bl.a. Det är många av läkarna på hudklinik, framför allt de nyare underläkarna som tjänstgör på venavdelningen.

Om venmottagningen i Bispebjerg

Dr. Helle Kiellberg Larsen som är ansvarig läkare på venmottagningen i Bispebjerg, samt sjuksköterska Britt Nikolaussen, presenterar verksamheten och STI-situationen i Danmark och Köpenhamn.

På Bispebjerg har man cirka 30 000 venpatienter per år. Som standardundersökning tas prov för HIV, syfilis, klamydia och gonorré.



Den enda patienttoaletten på venmottagningen på Bispebjergs sjukhus.

I förhållande till befolkningstäthet (i Sverige ungefär 9,6 miljoner människor jämfört med cirka 5,6 miljoner i Danmark) ligger incidensen för de flesta STI:er högre än i Sverige men lite lägre eller ungefär motsvarande om man ser till totalantal.

Totala andelen syfilisfall låg dock förra året ett par gånger högre i totalantal i Danmark än i Sverige.

Man har i Danmark cirka 30 LGV-fall per år och i Köpenhamnsområdet skickas alla positiva rektala klamydiatest för LGV-typning.

2009/2010 blev Gardasilvaccination gratis för unga flickor i Danmark, och man upplever liksom man gör på många svenska venerologiska kliniker, att besöken för kondylom sedan införandet av vaccinationskampanjen började, har halverats.

Man tillämpar på Bispebjerg lite andra metoder för kondylombehandling än vad som rutinemässigt används i Sverige, med bl.a. triklorättiksyra, TCA, på huden och intrauretralt (!) samt Aldara intraanalt och man har flyttat över vissa delar av behandlingen med Condylone/TCA på externa kondylom till sjuksköterskor. Man använder på Bispebjerg CO2-laser och kryo av kondylom, men har inte tillgång till diatermi.

På frågan om det finns någon motsvarande sammanslutning som svenska Sektionen för venerologi för danska venerologer för att diskutera venerologiska frågor och riktlinjer, berättar Helle att det inom Dansk Dermatologisk Selskab finns en sektion som heter Venerea Utvalg och som hon själv är med i. Den består av ungefär 6 doktorer som är representanter från venklinikerna i Odense Universitetssjukhus, Århus Universitetshospital, Hudklinik i Ålborg samt Bispebjerg hospital i Köpenhamn.

Mindre resurser

Ett kvardröjande intryck efter vårt studiebesök är att de danska kollegorna har mindre resurser till sitt arbete och mottagning, och att venerologisk hälsovård och preventionsarbete inom sjukvården i Danmark verkar prioriteras lägre än i Sverige.

Kanske kan det delvis vara kopplat till att sexuellt överförda sjukdomar i Danmark inte regleras alls i samma utsträckning som i Sverige i lagtext.

Vi hoppas framöver att utbytet av kunskap och erfarenhet mellan Danmark och Sverige i venerologiskt hänseende ska kunna fortsätta. Sektionen för Venerologi har nu som ett led i detta bjudit in våra danska värdar och föreläsare till den årliga utbildningsdagen i Stockholm, som hålls den 29 januari 2016.



Malin Cullberg

Specialist Dermato-Venerologi,
Hudklinik Södersjukhuset
Styrelseledamot i Sektionen för Venerologi.

Thor Bleeker

– privatpraktiserande dermatolog och driven entreprenör

Han är en av Sveriges cirka 100 privata specialister i dermatologi. I cirka 25 år har han drivit privata mottagningar och växlat mellan etablering på nationella taxan och vårdavtal med landstinget. I dag är han verksam på Hamnstadens vårdcentral i Lidköping.

Det finns bland många politiker en stor kunskapslucka i synen på privat verksamhet och det drabbar tyvärr många patienter, menar han.

Hamnstadens vårdcentral ligger i direkt anslutning till Rörstrand Center. Här låg en gång i tiden en av Europas främsta porslinsfabriker. I dag rymmer centret ett museum, butiker och kontor.

Högst upp i en vacker stenbyggnad strax intill ligger vårdcentralen. Den startades för cirka fyra år sedan av bland andra Thor Bleekers fru Maria som är distriktsläkare. Vårdcentralen är en privatmottagning inom Praktikertjänst.

– Här jobbar fyra distriktsläkare inom ramen för vårdvalet, och så jag som hyr in mig

och driver min egen privatmottagning, säger Thor Bleeker.

Kollega med pappa

Han läste till läkare i Lund och fortsatte med ST-utbildningen i dermatologi i Lund. En kort tid arbetade han på Sahlgrenska universitetssjukhuset innan han återvände till barndomsstaden Lidköping.

Under uppväxtåren var han van vid att patienter besökte hemmets källare där Thor Bleekers pappa drev en privat specialistmottagning.

– Man kan säga att jag tidigt blev van med att se tanter med bensår. Pappa var verksam som privatpraktiserande dermatolog i Lidköping i cirka 35 år. Under några år var vi kollegor då jag fick överta pappas etablering. Jag startade först en mottagning på Guldvingens vårdcentral och efter flera år fick jag till slut ett vårdavtal med landstinget, säger Thor Bleeker.

Han har under lång tid aktivt lobbade för att

öka kunskapen och medvetenheten vad gäller privat verksamhet hos beslutande politiker och tjänstemän. Det har stundtals varit ett tungt och tålamodsprövande arbete.

– Under tio år hade jag ett vårdavtal med landstinget, men så förändrades läget i och med ett politiskt skifte. Plötsligt fick jag beskedet att jag inte skulle få behålla vårdavtalet.

I samband med beskedet om att vårdavtalet skulle upphöra, kontaktade han ledande politiker i Västra Götalandsregionen och bjöd in dem till samtal och ett studiebesök på mottagningen.

– Vi fick ett bra möte. Jag ville verkligen att de skulle förstå vilken slags verksamhet de hade beslutat att lägga ned. Väl här blev de imponerade av hur effektiv verksamheten var och hur bra koll det var på siffrorna. Jag å min sida slogs av hur lite kunskap de hade om allt från ersättningsnivåer till vad man egentligen sysslar med på en hudmottagning.

Thor Bleeker suckar uppgivet.

– Jag har hållit på länge nu att försöka påverka politiker. Till slut kände jag en stor trötthet och bestämde mig då för att fokusera på andra saker än att försöka påverka ett stelbent system som styrs av ideologier snarare än av vad som är bäst för patienterna.

Krympte kostymen

När Thor Bleeker förlorade vårdavtalet återgick han till att driva sin verksamhet på nationella taxan.

Förändringen fick konsekvenser inte bara för honom, utan även för patienterna. Eftersom ersättningstaket i nationella taxan är mer begränsat var Thor Bleeker tvungen att krympa kostymen.

– Jag blev tvungen att halvera personalen och minska mottagningstiderna, eftersom man ganska snabbt slår i ersättningstaket.

Thor Bleeker skulle kapacitetsmässigt kunna ta emot många fler patienter per dag, men det skulle inte löna sig. Ju fler patienter, ju snabbare slår han i taket, menar han.

– Jag har löst det hela genom att arbeta



Ann-Britt Kaplar arbetar som undersköterska vid Thor Bleekers privata dermatologimottagning på Hamnstadens vårdcentral.

10 fakta om Thor Bleeker

Ålder:	59 år
Familj:	Maria, distriktsläkare och tre döttrar på 22, 18 och 14 år.
Gör:	Driver specialistmottagning i dermatologi på Hamnstadens vårdcentral i Lidköping.
Boktips:	Blå stjärnan av Jan Guillou
Person jag beundrar:	Steinar Sjöborg, hudkollega och god vän i Växjö.
Brinner för:	Spännande möten
Skulle önska:	Att det vore bättre väder i Sverige
Gillar:	Goda vänner, mat, fälla träd i sommarstugan och motorcykeln
Ogillar:	Snålhet och oärlighet
Vision:	Bra relationer



mindre per dag och stänger mottagningen redan vid tvåtiden. Konsekvensen är att många patienter som jag skulle kunna hjälpa på min mottagning, istället måste åka till Skövde, en resa på cirka tio mil tur o retur. Det blir dyrare för landstinget, och mer tidskrävande och krångligare för patienterna.

Men det finns också fördelar med att bedriva en mottagning på nationella taxan, menar Thor Bleeker. Systemet är enkelt och det finns en flexibilitet vad gäller öppettider och en glädje i att styra och utforma sin egen verksamhet. Hudmottagningen, som var den första mottagning som fick Praktikertjänsts kvalitetsdiplom i Sverige, genomgick förra året en medicinsk revision med högsta betyg.

– Mottagningen är förhållandevis liten och jag slipper gå på tidskrävande möten och annat som stjäl tid från patientmötet. Tillsammans med min anställda sköterska kan jag bedriva en verksamhet som är kostnadseffektiv och där patienten verkligen är i centrum. Det finns många studier som visar att effektiviteten hos privata specialister är hög. Ett besök hos mig är billigare än vad det kostar på en sjukhusmottagning.

Thor Bleeker öppnar dörren till mottagningsrummet. Här finns möjligheter att utföra exempelvis kryokirurgi, IPL-laser, fotodynamisk terapi och uppföljning av födelsemärken med Mole Max. Många patienter som kommer till mottagningen har tumörer.

– I stället för att åka till Skövde för diagnostik och sedan göra ett nytt besök för behandling, kan jag hjälpa patienterna vid ett och samma tillfälle. De allra flesta av tumörerna kan jag behandla direkt.

Det är på många sätt en spännande utveckling, menar han. Nya behandlingar och metoder innebär att mycket av det som tidigare gjordes inom slutenvården i dag kan göras i den öppna specialistvården.

– Jag trivs verkligen med min specialitet och drivs av möten med människor och av goda relationer. Jag vill att mina patienter ska känna sig trygga och välinformerade då de lämnar min mottagning. Vid minsta tvivel eller problem har de gräddfil tillbaka till mottagningen. Det finns en närhet till patienterna som jag gillar, säger Thor Bleeker.

Ständig utveckling

Under intervjun hörs ett kontinuerligt surr från en vibrerande mobiltelefon. Det är mycket nu. Thor Bleeker har ett högt tempo med många järn i elden.

Förutom sitt kliniska arbete är han även djupt engagerad i Privatpraktiserande Dermatologers Förening samt hemsidan pdf.nu.

Jag lägger ett par timmar varje dag på att utveckla och arbeta med vår hemsida. Och så planerar och förbereder jag PDF:s årsmöten. I 15 år har jag varit jag varit ordförande för föreningen.

Det är vattentäta skott mellan hemsidan och Privatpraktiserande Dermatologers Förening. Hemsidan startade Thor Bleeker för 13 år sedan. Tillsammans med andra privatpraktiserande hudläkare i landet är han en av 16 delägare.

Han är VD och webmaster för pdf.nu. Som inloggad medlem på pdf.nu erbjuds ett smörgåsbord av aktiviteter och erbjudanden som exempelvis: fortbildning, riktlinjer angående utredning och behandling, information om läkemedel, kurser och kongresser samt boknings-

Fakta:

Det finns cirka 450 specialister i dermatologi i Sverige. Majoriteten arbetar inom den slutna specialistvården. Mellan 20 till 25 procent arbetar i privat verksamhet, dels som ensamföretagare eller på en mindre mottagning.

Privatpraktiserande dermatologer träffar cirka 2 700 patienter per år, jämförande siffror för specialister i slutenvården är cirka 1 300. Specialister på länssjukhusen träffar cirka 2 000 patienter per år.

Källa: American Academy of Dermatology, July 2015

hjälp med resor och uppehålle, nyhetsmejl, information från industrin, diskussionsforum samt konsultationsmöjligheter och mycket annat. Hemsidan äger även sajten euromelanomaday.se. Under några veckor i maj visades sidan över 42 000 gånger och cirka 1 000 patienter kunde få en besöksstid via nätet.

– Vi tar inte ut några vinster, istället försöker vi utveckla tjänster för våra medlemmar och även arrangera utbildnings- och utbytesresor. Det ger fantastiska spin-off-effekter. Vi har varit i länder som Etiopien, Ukraina och Litauen. Vi bjuder in föreläsare och experter. Vi brukar även ta med material och utrustning till de länder som vi besöker. Det är i regel länder med stora hjälpbehov. När oroligheterna startade i Ukraina skickade vi lädor med kanyler och sprutor. Vi knyter också till oss specialister från olika länder som vi arvoderar för att de skriver intressanta artiklar på vår hemsida.

Star For Life

Ett av de senaste projekten handlar om ett samarbete med artisterna Triple & Touch. I många år har de engagerat sig i Star for Life, en politiskt och religiöst obunden organisation som vill motivera och inspirera ungdomar till ett bättre liv och en ökad framtidstro. I Sydafrika och Namibia används programmet för att minska spridningen av hiv och aids. Sedan starten 2005 har Triple & Touch turnerat med sydafrikanska ungdomskörer för att samla in pengar till organisationen.

– Vi arbetar som bäst med att samla in pengar till Star for Life.

Målet är att få in 100 000 kronor. Vår förhoppning är att många vill bidra, privatpraktiserande dermatologer men även offentlig-



Medarbetare från Star for Life, tillsammans med huvudfinansiärerna till de mobila klinikerna, familjen Gren.

vårdens kliniker. Vi i pdf.nu har även som målsättning att åka ned till Sydafrika under nästa år.

Årsmötet i augusti

PDF:s årsmöte hölls i augusti på Djurönäset, en konferensanläggning öster om Stockholm. Programmet var fulltecknat och innehöll föreläsningar med såväl internationella som nationella experter. Cirka 113 deltagare, 23 bolag och 11 föreläsare var anmälda.

– En av flera spännande föreläsare var Agneta Troilius, internationellt erkänd laserexpert. Jag skulle önska att fler privatpraktiserande dermatologer blev medlemmar i PDF och deltog i våra möten och utbildningsaktiviteter.

Vi behöver varandra och vi blir starkare ju fler vi är.

Mobiltelefonen ringer. Thor Bleeker har slutat för dagen. Det är tidig eftermiddag och om en kort stund kommer han att befinna sig i skogen med tryffelhunden Persson.

– Jag har det väldigt bra och försöker göra det bästa av min tid. Att arbeta i skogen intill vår sommarstuga är inte så tokigt då man vill fundera ut saker. En av mina stora drivkrafter är att skapa meningsfulla möten och kunna bidra till förbättringar.

Eva Nordin

Journalist



Sedan starten 2005 har Triple & Touch turnerat med sydafrikanska ungdomskörer för att samla in pengar till Star For Life. Här tillsammans med Thor Bleeker.

PDF:s årsmöte hölls i år på Djurönäset i Stockholms skärgård. Referat från mötet och foton av glada och nöjda deltagare finns att ta del av via **www.pdf.nu**.

**Nästa årsmöte planeras till
18-20 augusti 2016 på Marstrand.**

Thor Bleeker



Foto: Thor Bleeker

Annons

Kvinnor med graviditetsklåda har kraftigt ökad risk för cancer

Källa: Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Gravida som får diagnosen intrahepatisk cholestas (ICP), ibland kallat graviditetsklåda, löper en kraftigt ökad risk att senare i livet drabbas av gallvägs- och levercancer. Det visar en svensk forskningsstudie som inkluderar över 125 000 kvinnor.

Omkring 1,5 procent av alla gravida kvinnor drabbas under graviditeten av ICP, vars symtom visar sig som klåda i bland annat handflator och fotsulor (varför den även kallas för graviditetsklåda).

ICP är förknippad med risker för det ofödda barnet, i synnerhet för tidig födsel och mer sällsynt även dödfödsel. Forskare vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, och Karolinska Institutet, har i tidigare studier också visat att ICP kan kopplas till den allvarliga virussjukdomen hepatit C.

I uppföljande studier konstaterar forskarna nu att kvinnor med ICP dessutom har en 2,5 respektive 3,5 gånger större risk att drabbas av gallvägs- och/eller levercancer. Riskökningen kvarstår även efter justering för hepatit C, som är mycket starkt förknippad med levercancer.

Den stora populationsbaserade studien, som publiceras i Journal of Hepatology, inkluderar mer än 125 000 gravida kvinnor.

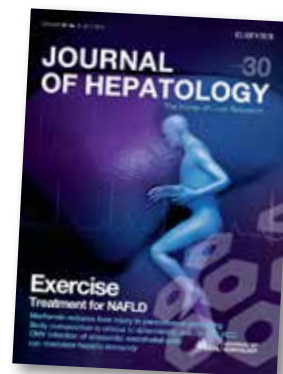
– Förutom en ökad cancerrisk ser vi också att dessa kvinnor löper en lite större risk att drabbas av senare hjärt- och kärlsjukdomar, säger Hanns-Ulrich Marschall, forskare vid Sahlgrenska akademien.

ICP har länge betraktats som ett icke-allvarligt tillstånd som spontant läker efter förlossning. När flera samstämmiga studier nu pekar på att ICP kan ge allvarliga hälsokonsekvenser – förutom ovanstående ökar ICP även risken för havandeskapsförgiftning, sköldkörtelsjukdom, diabetes, psoriasis och Crohns sjukdom – efterlyser Göteborgsforskarna ändrade rutiner i graviditetsvården.

– Vi rekommenderar starkt att alla gravida med tecken till graviditetsklåda testas för hepatit C och att det görs en uppföljning av leverfunktionen hos alla kvinnor med ICP omkring 6-12 veckor efter förlossningen.

Kvinnor med förhöjda leverenzymmer bör erbjudas ytterligare utvärdering av en hepatolog, säger Hanns-Ulrich Marschall.

Artikeln Intrahepatic cholestasis of pregnancy and cancer, immune-mediated and cardiovascular diseases: A population-based cohort study publicerades online i Journal of Hepatology den 8 juli.



Länk till tidskriften:

<http://www.journal-of-hepatology.eu/>

För kopia av artikel kontakta annars artikelförfattaren eller tidskriften via hmsmedia@elsevier.com.



Se videointervju med Hanns-Ulrich Marschall:

https://www.youtube.com/watch?v=zA75BL_dfoE&feature=youtu.be



FAKTA

I studien har forskarna via födelse- och patientregister identifierat 11 388 kvinnor med ICP och 113 893 kvinnor utan ICP som födde barn mellan 1973 och 2009. Klådan från ICP orsakas av förhöjda gallsyror och/eller leverenzymmer, vanligen i slutet av andra och tredje trimestern av graviditeten.

Kontakt:

Hanns-Ulrich Marschall,
professor vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
0708-77 40 73, hanns-ulrich.marschall@gu.se



www.fotolia.com

Utbildningsrapport:

SDKO:s utbildningsstipendium 2014

Ett stort tack till SDKO och till bidragsgivarna Almirall, Galderma, Meda, LEO, Roche och La Roche-Posay för möjligheten att få gå den webb-baserade utbildningen **"Basic dermoscopy"** vid Medizinische Universität i Graz, Österrike.

Kursen är tre terminer lång och påbörjades i oktober 2014. De första kursmodulerna har erbjudit kunskapsinhämtning inom bl.a. hudcancer epidemiologi och primär- och sekundärprevention. Ytterligare moduler kommer att beröra ämnen som "pattern analysis", diagnostiska algoritmer samt fakta om korrelationen mellan dermatoskopiska och histopatologiska fynd. I de mer kliniskt inriktade modulerna lär man sig som kursdeltagare diagnostiska kännetecknen för alla vanliga hudlesioner, bl.a. basalcellscancer, dermatofibrom, Spitz nevi och framför allt maligna melanom. Vidare får man information om hur man särskiljer dermatoskopiskt likartade hudförändringar, t.ex. lentigo maligna och pigmenterade aktiniska keratoser. Kursen examineras genom multiple choice-test och fallstudier och godkänt resultat ger 36 högskolepoäng (enligt det nya europeiska högskolepoängssystemet).

Jag ser det som en stor fördel att **"Basic dermoscopy"** är en webb-baserad utbildning. Det gör det enkelt att själv välja tillfälle och plats när man vill fördjupa sig i kursen. Utbildningen passar väl till den inriktning mot hudcancer som jag valt kliniskt och inom mitt avhandlingsarbete om melanomepidemiologi och prevention.



Specialistläkare Magdalena Claeson
Verksamheten för Hud- och könssjukvård
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Världsledande dermatoskopisten Dr. Giuseppe Argenziano förklarar i en film för SDKO-stipendiaten Dr. Magdalena Claeson varför dermatoskopi är så viktigt - och roligt! Den förinspelade filmen är en del av den webb-baserade utbildningen **"Basic Dermoscopy"**.

SSDV informerar

Grattis till Bernt Lindelöf



Vi gratulerar **Bernt Lindelöf** som har fått 2015 ILDS Certificate of Appreciation!

ILDS (International League of Dermatological Societies) ger denna typ av utmärkelser "to very special people who have given life-long dedication to particular aspects of dermatology, far beyond what one would expect of a dermatologist in his or her normal practising life".



RiksSår

– ett nationellt kvalitetsregister för patienter med svårläkta sår – ett verktyg för att åstadkomma ett strukturerat, effektivt omhändertagande av denna patientgrupp

Patienter med svårläkta sår tillhör en medicinskt lågprioriterad grupp, med kostnadskrävande vård under långa tider pga avsaknad av struktur för att tidigt säkerställa diagnos, rätt behandling och uppföljning. Patienterna är ofta äldre (medianålder i RiksSår är 80 år), multisjuka och "bollar" mellan olika vårdinstanser som kommuner, slutenvård, akutvård, primärvård och privata vårdgivare samt mellan olika medicinska specialiteter. För hälso- och sjukvården medför svårläkta sår betydande resursbehov och kostnader för behandling.

Det är därför viktigt med ett strukturerat kliniskt effektivt omhändertagande av denna patientgrupp.

RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister sedan 2009 med anslag för utveckling och drift av SKL. RiksSår har tillkommit och utvecklats för att skapa en heltäckande bild av sårproblematiken på nationell nivå och har utformats för att kunna överbrygga organisatoriska och professionella gränser.

Registreringen i RiksSår sker vid två tillfällen: den första registreringen gäller diagnos och behandlingsstrategi och den andra registreringen avser uppföljning när såret läkt eller om pa-

tienten utgått ur registret t.ex. avlidit.

Genom registreringarna kan faktiska förhållanden belysas som exempelvis hur många patienter som behandlas hos de olika vårdgivarna och deras resultat.

I SBU:s rapport [1] konstateras att de regionala skillnaderna i Sverige är stora för organisationen av sårbehandling med avseende på specialiserade sårkliniker, vårdnivå och vårdflöden. Vidare konstateras att de nationella kvalitetsregistren ger möjligheter att utveckla kvaliteten i vården och utgör en forskningsbas med stor potential. RiksSår har således fokuserat på ett medicinskt område där det finns stora förbättringspotentialer för att uppnå en säker, god och jämlik vård.

RiksSår 2.0

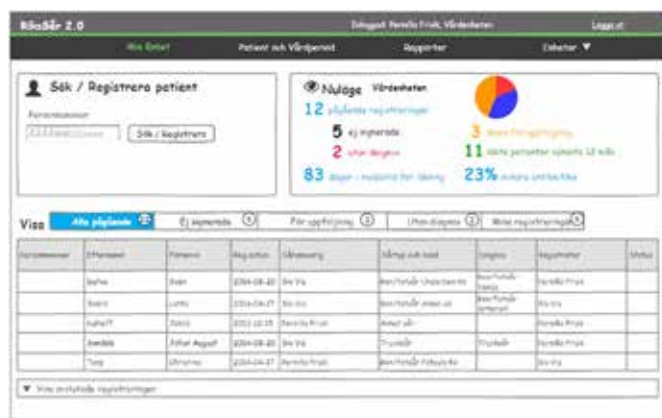
En uppdaterad version av registret, RiksSår 2.0 (Figur 1), är nyligen lanserad. RiksSår har idag närmare 4 000 registreringar, som täcker cirka en femtedel av de enheter i Sverige som behandlar patienter med svårläkta sår och fördelar sig på primärvård 52%, sjukhusbunden vård 35% (främst hudkliniker), kommuner 8% och privata enheter 5%. Täckningsgraden ökar stadigt.

Användarvänliga rapporter

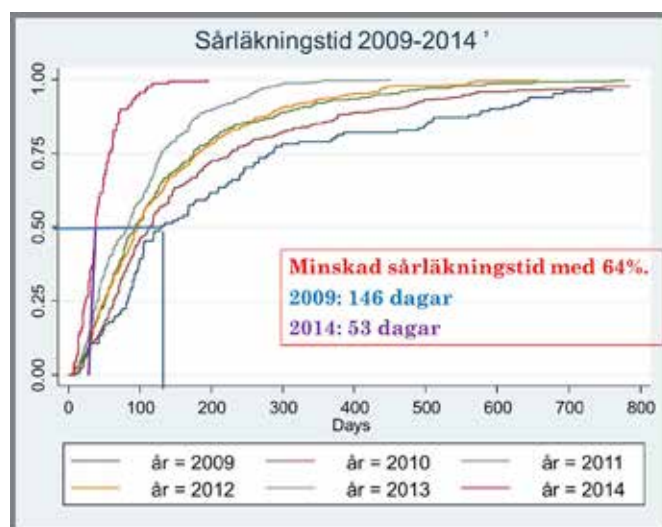
I RiksSår kan enheterna ta ut standardrapporter och jämföra sina resultat med databasens aggregerade resultat speciellt framtaget för dem. Varje enhet kan ta ut sina rapporter online vid vilken tidpunkt som helst som en word- eller pdf-fil. Användarna kan få ut sina egna uppgifter i Excel, Qlikview eller statistikprogrammet STATA. Rapporterna belyser på ett effektivt sätt vilka direkta förbättringsområden som finns för den aktuella enheten.

Under hösten 2015 kommer följande rapporter att vara tillgängliga:

1. *Verksamhetsrapport*, som ger en enkel överblick av enhetens sårverksamhet till främst verksamhets/avdelningschef.
2. *Förbättringsrapport vårdprocessen* kring behandling av sårpatienterna, som ger underlag till förbättringsarbete inom enheten, riktad främst till vårdpersonal.
3. *Behandlingsrapport*, som är ett verktyg för enhetens personal och redovisar i detalj vad sårpatienterna har behandlats med (kompression, antibiotika, antiseptiska förband, negativt tryck, avlastning för trycksårspatienter etc.).



Figur 1: Enhetens översiktsbild av aktuella sårpatienter med/utan diagnos, läkningstid, andel antibiotikabehandlingar inom uppsatta målvärden.



Figur 2: Minskade sårläkningstider i RiksSår för samtliga registrerade patienter 2009-2014.

Tabell 1: Behandlingskostnader per patient med läkt sår 2009-2012 (SEK, 2014 priser).

	2009-2012	2009	2010	2011	2012
Antal läkta sårpatienter	n=1073	n=119	n=266	n=322	n=366
Sårmaterial	803	1276	848	729	682
Personalkostnader	20 978	33 323	22 149	19 039	17 818
Kompressionsbehandling (venösa sår)	2322	3624	2449	2108	1995
Totalt	24 103	38 223	25 446	21 876	20 496

4. *Rikssårs Årsrapport* finns på hemsidan www.rikssar.se och visar på registrets utveckling under året.

5. *Patientrapport*, som framtagits i samarbete med Rikssårs patientföreträdare, som nu även bildat en patientförening.

Forskning

Gedigen klinisk patientnära forskning inom ramen för Rikssår har hittills publicerats [2-7].

I ett antal publikationer har visats att genom användandet av registret uppnår man en kvalitetssäkrad vård för patienter med svårläkta sår. Under åren 2009 till 2014 minskade läknings-tiderna för registrerade patienter i hela Rikssår från 146 dagar till 53 dagar (Figur 2). Under åren 2009-2012 minskade antibiotikaförbrukningen från 71% till 29% [6].

I en nyligen publicerad studie inkluderades

totalt 1 073 patienter som registrerades 2009-2012 med läkt sår i Rikssår [2-3]. Analyserna tog bland annat hänsyn till ålder, kön, sårstorlek, sår diagnos, omlägningsfrekvens och läkningstid.

Resultaten visade att medelkostnaderna per patient med läkt sår, oavsett diagnos, var 38 223 kronor år 2009 jämfört med 20 496 kronor år 2012, d.v.s. en minskning med 46% (Tabell 1).

Personalkostnaderna utgjorde 87% och kostnaderna för omlägningsmaterial 13%.

Liknande resultat sågs hos patienter med venösa sår, där behandlingskostnaderna minskade från uppskattade 32 000 kronor år 2009 till 19 000 kronor år 2012.

De minskade behandlingskostnaderna ses som en direkt följd av att patienterna fått adekvat diagnos och därmed effektiv behandling.

Omlägningsfrekvensen var i stort sett oförändrad med 1.4 respektive 1.6 omläggningar per vecka.

Pågående forskning och utvecklingsprojekt inom Rikssår

Telemedicin

Allmänläkare Hanna Wickström genomför för närvarande ett doktorandarbete vid Lunds Universitet, "Telemedicin och Rikssår - modern sårbehandling för patienter och personal".

Samarbete sker med kärllirurg Rolf Jelnes, som byggt upp ett telemedicinskt system i Danmark [8]. Syftet är att utvärdera om läkarbedömning via telemedicin kan minska tid till diagnos, öka läkartillgängligheten, minska sår-läknings-tid, påskynda insättning och uppföljning av smärtlindring, öka livskvalitet, är tids- och kostnadseffektivt för patient och personal, öka personal- och patientnöjdhet samt förbättra säkerheten för dokumentation i journal och i Rikssår. Telemedicin når ut till alla patienter, även äldre, multisjuka och rörelsehindrade patienter som har svårt att ta sig till sjukhuset/sjukvården.

Rikssår bedside app

Rikssår utvecklar för närvarande *en bedside app* i samarbete med Blekinge Tekniska Högskola (BTH) och Malmö Yrkeshögskola för att snabbare och effektivare dokumentera patientdata i Rikssår. En svårighet för personalen är att hitta tid i den kliniska verksamheten för registrering i kvalitetsregister. *Rikssår bedside*

I Rikssårs styrgrupp ingår:

Rut F Öien

Karlskrona, registerhållare, distriktsläkare, docent i allmänmedicin

Åsa Boström

Uppsala, ordförande i Rikssårs styrgrupp, docent, dermatolog

Hanna Wickström

Doktorand vid Lunds Universitet, allmänläkare

Nina Åkesson

Karlskrona, nationell koordinator, magister, distriktsköterska

Christina Lindholm

Stockholm, professor, omvårdnad, Sophiahemmet Högskola

Henrik Forssell

Karlskrona, statistiker, docent, kirurg

Mårten Eriksson

Kisa, specialist i allmänmedicin/ortopedi

Madeleine Stenius

Rehab Station Stockholm, undersköterska/ utbildningsansvarig

Linda Jervidal

Östersund, regional koordinator för norra Sverige, distriktsköterska

Dag Salaj

Capio Geriatrik Dalen, geriatriker, chefläkare

Britt-Louise Andersson

Växjö, Sjuksköterska, sårsmordnare

Jan Apelqvist

Endokrinolog, docent, endokrinologiska avd. SUS, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Kristina Nordin

Administrativ sekreterare, Rikssår

Olle Nelzén

Bensårscentrum Skövde, kirurg, docent

Alexandra Forssgren

Överläkare i dermatologi, Bensårscentrum Skövde

Emma Sist

ST-läkare i allmänmedicin

Lena Blomgren

Karolinska Universitetssjukhuset, kirurg, med.dr.

Astrid Lundevall

Strama, Stockholm, överläkare

Harry Hansson

Patientföreträdare

Inger Jardevi

Patientföreträdare

Anna Trinks

Registerhållare, Senior alert

Kristina Malmsten

Senior alert

Camilla Brodén

UCR, adjungerad medlem

app torde i hög grad underlätta registreringsarbetet och ge betydande tidsvinster.

NPDI

(Nationella programmet för datainsamling)

I Sverige finns ett stort antal journalsystem som skapar svårigheter när patienter behandlas inom olika vårdinstanser, vilket i stor utsträckning gäller patienter med sår. RiksSår ingår i det pågående SKL arbetet med direktöverföring av data från de olika journalsystemen till de nationella kvalitetsregistren och har i detta

arbete utvecklat en sårjournal, som kan passa till alla journalsystem men som initialt kommer att utvärderas vid Sårcentrum Blekinge i journalsystemet Cross (Landstinget Blekinge) under 2016. Genom att använda sårjournalen kan data således enkelt tankas över från digitalt journalsystem till RiksSår.

Genom att använda RiksSår som ett hjälpmedel vid sårbehandling, har personalen fått ett verktyg för att åstadkomma ett strukturerat och kliniskt effektivt omhändertagande av patienter med svårläkta sår.



Rut F Öien

Docent i allmänmedicin, distriktsläkare
Registerhållare i RiksSår
Medicinskt ansvarig för Sårcentrum Blekinge



Åsa Boström

Docent i dermatologi-venereologi
Ordförande i RiksSårs styrgrupp

Referenser:

1. SBU:s rapport "Svårläkta sår hos äldre - prevention och behandling". Rapport 226, 2014. ISBN 978-91-85413-67-6.
2. Öien RF, Forssell H, Ragnarson Tennvall G. Cost consequences due to reduced ulcer healing times - analyses based on the Swedish Registry of Ulcer Treatment. *Int Wound J*. 2015 Jun 30. doi: 10.1111/iwj.12465. [Epub ahead of print]
3. Öien. Mall för omhändertagande minskade kostnader för svårläkta sår. *Läkartidningen*. 2015;112:DL7I Lakartidningen.se 2015-07-24
4. Öien RF, Åkesson N, Forssell H. Assessing quality of life in patients with hard-to-heal ulcers using the EQ-5D questionnaire. *J Wound Care*. 2013 Aug; 22(8):442-7.
5. Åkesson N, Öien RF, Forssell H, Fagerström C. Ulcer pain in patients with venous leg ulcers related to antibiotic treatment and compression therapy. *Br J Community Nurs* 2014, Sep;19 (9 Suppl) :S6-S13. doi:10.12968/bjcn.2014.19Sup9.S6
6. Öien RF, Forssell H. Ulcer healing time and antibiotic treatment before and after the introduction of the Registry of Ulcer Treatment – an improvement project in a national quality registry in Sweden. *BMJ Open*. 2013; Aug 19;3(8):e003091. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003091
7. Öien RF, Åkesson N. Bacterial cultures, rapid strep test, and antibiotic treatment in infected hard-to-heal ulcers in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2012 Dec; 30(4):254-8. doi: 10.3109/02813432.2012.711192
8. Jernes R. Telemedicine in the management of patients with chronic wounds. *J Wound Care*. 2011 Apr;20(4):187-90.

Boka in redan nu!



Uppsala
SWEDEN

SSDV:s vårmöte
25-27 maj 2016

President för mötet är Marie Virtanen, Hudkliniken, Akademiska sjukhuset, marie.virtanen@akademiska.se

Reflektioner från Stora Nolia i Umeå

När Stora Nolia-mässan i Umeå öppnade den 1 augusti fanns Västerbottens läns landsting självklart på plats. Tanken med landstingets medverkan var att inspirera till goda levnadsvanor och berätta om verksamheten. Men även den lugna avdelningen med sittplatser var ett härligt ställe för den som letade efter en vilsam oas.

Varje år kommer cirka 100 000 besökare och 800 utställare till Stora Nolia. Besökarna får uppleva en härlig folkfest och mässan får stor uppmärksamhet i media. Enligt en undersökning, gjord hösten 2013 av Infolux, får Stora Nolia toppbetyg av besökarna då det gäller bland annat atmosfär och innehåll i montrar.

Landstingets vision

Landstinget har en vision om att Västerbotten har världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning år 2020 och visionsarbetarna, Hälsa 2020-gänget, fanns på plats med sina hälsosamma tips. Jag blev inbjuden att delta i år och tackade naturligtvis ja. I samklang med visionstemat bar jag en banderoll med den välkomnande texten "Prata med mig om att sola säkert". Min plats var den lugna sommarhörnan med parasoll, solstolar, fläkt och



Foto: Alla foto till denna artikel tagna av Virginia Zazo.

broschyrer med information om hudcancer från 1177. Genom en frågetävling, som inkluderade frågor om prickar, vård på distans mm, kunde jag vägleda besökarna på ett naturligt och avdramatiserat sätt. Här fanns också en godisskål med kondomer och hälsoutvecklaren Eva-Britt Carsten redo att prata om säkert sex.

Dag 2

Nästa dag var det dags för mig och vård på distans-teamet att lotsa intresserade besökarna i det vådrum som byggdes upp under tre dagar. Här kunde vi visa hur ny teknik kan underlätta för patienter i bl.a. glesbygd genom att en hudspecialist på en annan ort bedömde en bild som togs på besökarens prickar. Tekniken fasci-





nerade och lockade många ungdomar som fick en modern bild av landstingets verksamhet.

Sist men inte minst öppnade vi en prickmottagning i primärvårdens utställningstält. 50 patienter blev undersökta och kunde sitta en stund och berätta om sina funderingar kring solen, sina rädslor för hudcancer mm. Varje

kontakt journalfördes enligt en mall och tio besökare fick en tid för uppföljning eller åtgärd längre fram på vår klinik vid Norrlands universitetssjukhus. Aktiviteten var mycket populär och många hörde ryktet om mottagningen och letade efter hudläkaren de hade hört talas om. Jag har precis fått veta att en av dem som jag undersökte som hade melanom redan är opererad och botad.

Att möta människor

I min roll som chef har mina huvudmål alltid varit att identifiera behovet hos befolkningen och i alla sammanhang göra oss synliga som specialitet. Under Nolia kunde vi göra både och. Jag mötte människorna där de var med sina behov, gjorde oss synliga och var välkomnande. I min läkarrock sökte och fann jag nära kontakt och kunde förmedla läkande ord vilket ibland hindras av strukturella faktorer som är kopplade till tidigare erfarenheter, sjukhusmiljö, klädsel osv. Alla dessa hinder var borta då mässbesökarna inte känner sig som patienter. Vi fick en spontan, oplanerad och väldigt genuin kontakt.

Jag tycker att vårt deltagande under mässan var väldigt positivt trots att effekten är svår att utvärdera. Stoltheten över mitt yrke och det goda samtalet lever kvar hos mig.

Vi ses i Umeå på Stora Nolia 2017!



Virginia Zazo

Överläkare och verksamhetschef
vid Hud- och STD-kliniken,
Norrlands universitetssjukhus
i Umeå och Västerbotten



SSDV informerar

Ellis och Ivar Janzons pris

Docent Åke Svensson, Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö och **Professor Hans Törmä**, Dermatologi och venerologi, Uppsala universitet delar på Elis och Ivar Janzons pris, 70 000 kronor, för omfattande epidemiologiska och kliniska studier rörande atopisk dermatit respektive för studier av retinoidmetabolism och övriga molekylära mekanismer som har betydelse för hudens keratiniseringsprocess och barriärfunktion.



Annons

Psoriasis eventuellt inte kroniskt för alla?

Källa: Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Ny forskning överväger att psoriasis inte är kroniskt. Professor Mona Ståhle vid Karolinska Institutet, säger under stundande världskonferens i Stockholm, att det efter femton års studier på 750 patienter verkar som om tio procent av patienterna "läker ut". Skulle detta stämna står psoriasisvården inför en helt ny era.

Förbundsordförande för Psoriasisförbundet i Sverige Tina Norgren kommenterar Ståhles teorier samt världskonferensen på Waterfront:

– Om det skulle stämna att var tionde patient som har psoriasis en dag kan bli helt fri från sin sjukdom vore det underbart. Men här behövs mer forskning och vi vet inget säkert förrän vi har belägg för att människor levt ett helt liv symptomfria innan vi kan säga att psoriasis inte är en kronisk sjukdom. När det gäller svår psoriasis förvånar det mig inte alls att så många som två av tio har det. Världskonferensen är ett utmärkt tillfälle att diskutera dessa frågor och lära sig mer från forskning som skett de tre senaste åren i alla världsdelen. Alla psoriasisorganisationers ordförande deltar vilket skapar ett unikt patientperspektiv som många andra konferenser saknar. Det gläder mig att Sverige är ett av de länder som kommit längst i kampen för bättre liv för människor med psoriasis och psoriasisartrit.

Fjärde världskonferensen

Den 8-11 juli samlades specialister och forskare inom dermatologi och reumatologi i Stockholm för att diskutera den senaste forskningen och förståelsen för psoriasis och psoriasisartrit. Detta blev den fjärde världskonferensen av sitt slag som arrangeras av International Federation of Psoriasis Associations, IFPA. En av forskarna heter Mona Ståhle och är verksam vid KI i Stockholm. Hon kom med fantastiska nyheter som innebär att en tiondel av de som lider av psoriasis kanske kan bli helt symptomfria. Hon säger sig även kunna se utifrån sin forskning att dub-



Plackpsoriasis på underarm. Runt armbågen är psoriasis obehandlad. Fläckarna under pek-fingret avfjället med mjukgörande kräm. **Foto:** Anne Stiernquist/Psoriasisförbundet.

belt så många som man tidigare anat lider av svår psoriasis, det vill säga cirka tjugo procent. Ett av de cirka 140 abstracts som presenterades av de cirka 1 000 deltagarna visar också på kopplingen mellan skalpsoriasis och risken att utveckla psoriasisartrit.

– Professor Mona Ståhle är Psoriasisförbundets rådgivande läkare och en skicklig forskare som mottagit stöd från förbundets forskningsfonder under åren. Med de nya behandlingar som kommit i år och är på väg ut står vi kanske inför en ny era inom psoriasisvården. Att Socialstyrelsen valt att utreda detta under hösten är ett resultat av just hårt intressepolitiskt arbete från vår ideella organisations sida tillsammans med duktiga forskares framgångar, avslutar Tina Norgren, förbundsordförande.



Mona Ståhle på Världskonferensen 2015

Foto: Per Hånell/Psoriasisförbundet



PSORIASISFÖRBUNDET

Psoriasisförbundet arbetar sedan 1963 för att öka kännedomen om systemsjukdomen psoriasis, påverkar och bevakar psoriasis sjukas rättigheter och stimulerar psoriasisforskningen. Arbetet bedrivs genom opinionsbildning och informations- och utbildningsinsatser. Psoriasisförbundet finns representerat över hela landet via 60 läns- och lokalavdelningar. Med cirka 16 000 medlemmar och en antagen WHO-resolusion anses förbundet vara ett av landets mest inflytelserika patientorganisationer.

SkinResQU – Centrum för hudforskning:

Ett tvärvetenskapligt kompetenscentrum för nyskapande experimentell hudforskning

Historia – ett forskarinitierat initiativ

I Göteborg har det sedan början av 2000-talet funnits en stark tradition av att samverka fakultets- och universitetsoverskridande kring forskningsfrågor gällande hudforskning. Särskilt framträdande var forskning på utveckling av avbildande hudcancerdiagnostik med hjälp av fluorescensdetektion, hudcancerbehandling och fotodynamisk terapi, samt forskning kring kemisk exponering och kontaktallergi. Ur dessa gemensamma forskningsintressen föddes ett forskarinitierat nätverk med regelbundna möten och sammankomster för att stimulera och förstärka denna samverkan. Detta nätverk lade sedan grunden för det mer formaliserade bildandet av Centrum för hudforskning, SkinResQU 2010.

Nuläge – Inkluderande tvärvetenskaplig forskningssamverkan

I dagsläget omfattar SkinResQU ungefär 10-15 seniora forskare och deras forskargrupper. Forskningen som drivs finansieras i princip uteslutande av de enskilda forskargruppernas

egen finansiering. Ett centralt stöd utgår från ingående fakulteter för administration och organisation. SkinResQU:s roll är att stimulera samverkan och verka för att koordinera större gemensamma forskningsansökningar. För att göra detta har vi en organisatorisk struktur av styrgrupp och verkställandegrupp. Årligen arrangeras fyra öppna möten där alla forskare som har intresse är välkomna. Vi är även med och arrangerar större internationella konferenser och möten, såsom t.ex. EADV i Göteborg 2010. Då vi även har stark industri med intresse för hud och farmaceutiska frågor i Göteborgsregionen, har vi även medverkande industrirepresentanter. De forskningsområden vi vill fokusera vår tvärvetenskapliga verksamhet kring är:

- Hudcancer – varför ökar förekomsten och vad kan vi göra åt det?
- Kemisk exponering och komplexa samband såsom inflammation och cancer.
- Reaktiva syreradikaler på gott och ont – samspelet inom hudcancer, allergi och immunologi
- Bekämpa antimikrobiell resistens med fokus på hudtillämpningar och behandling.

Vi är även aktiva inom utbildning, både på grundläggande och forskarnivå. Till exempel arrangerar vi nu i höst en tvärvetenskaplig och fakultetsöverskridande forskarutbildningskurs

”Looking skin deep – from molecule to patient”.

Framtiden – Visionen:

Ett världsledande forskningscentrum

Vi ser ett stort behov att av fortsätta och förstärka aktiviteterna inom SkinResQU. För att kunna besvara komplexa forskningsfrågor krävs att vi attackerar dessa ur flera och ibland lite okonventionella perspektiv. Här är tvärvetenskaplig samverkan helt centralt. Vidare upplever vi att det finns ett industriellt behov och intresse för tillgång till kompetenser och utveckling av nya metoder inom detta områden för att befrämja produktutveckling. I mitt uppdrag som föreståndare för SkinResQU vill jag fortsätta arbeta för en utveckling av SkinResQU. Samordning av infrastruktur och långsiktigt upprätthållande av nyckelkompetenser är avgörande i detta arbete. Min vision är att SkinResQU ska bli ett världsledande forsknings- och kompetenscentrum inom området.

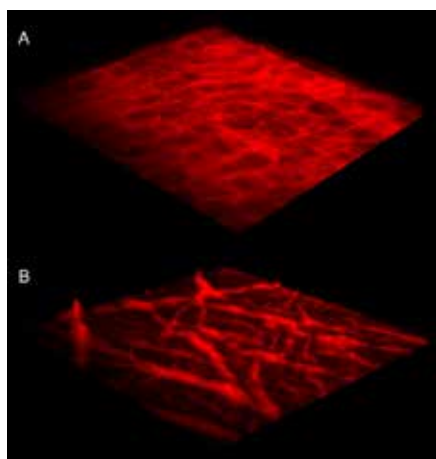


Marica Ericson

Föreståndare SkinResQU

SkinResQU

Centre for Skin Research at
University of Gothenburg and
Chalmers University of Technology



Figur 1: Tre-dimensionella mikroskopibilder (x40) av hudupptag erhållna med så kallad multifotonmikroskopi. Bild A visar hudupptag när en substans i vattenlösning appliceras på huden. Bild B visar hur hudupptaget ändras när samma substans istället administreras med ett nytt läkemedelsbärarsystem. Figuren är reproducerad från Bender et al., *Journal of Controlled Release*, 129(3), 2008, med tillåtelse från Elsevier.

Nordiska dermatologi- och venerologikongressen 2016

Dear Nordic colleagues!

The 33rd Nordic Congress of Dermatology & Venereology will take place in Trondheim, Norway, on April 27-29, 2016. Please make a note in your calendar!

The congress will run from lunch time Wednesday until lunch time Friday, with arrivals on Wednesday morning (or Tuesday evening) and departures on Friday afternoon.

The social program will include:

- Luncheons on Wednesday, Thursday and Friday.
- Reception on Wednesday evening.
- Organ concert in Nidaros Cathedral and Congress Dinner on Thursday evening.

The congress committee is presently preparing the scientific program and have succeeded in attracting leading international and Nordic colleagues as keynote speakers:

- Hywel Williams, Nottingham: Reducing avoidable waste in eczema research.

- Günther Hofbauer, Zürich: Skin cancer in organ transplant recipients: immunosuppression-induced or immunosuppressant-induced?
- Mona Ståhle, Stockholm: Novel systemic psoriasis treatment.
- Tove Agner, Copenhagen: Skin barrier function in research and clinical practice.
- Eija Hiltunen-Back, Helsinki: Venereology (topic to be announced later).
- Per Helsing, Oslo: Melanoma – can't Norwegians spot a killer when they see one?
- Magne Nylenna, Oslo: Fraud and misconduct in medical science.

There will be sessions on:

- Psoriasis
- Atopic eczema
- Hand eczema
- Hidradenitis suppurativa
- Malignant melanoma
- Skin cancer treatment
- Sexual transmitted infections
- Teaching and patient education
- Case presentations

- Free communications.
- Poster presentations.

In September, the congress committee will send out a formal 2nd announcement and call for free communications to be presented either at one of these sessions or as posters.

Registration for congress will commence some time during the coming fall.

The purpose of the congress is to increase the contact and cooperation between dermatologists and venereologists in the Nordic countries and to give an up-date on scientific progress and clinical practice in our specialty.

We hope to see you in Trondheim next year!

On behalf of the congress committee, 33rd Nordic Congress of Dermatology & Venereology.

Kristin Ryggen

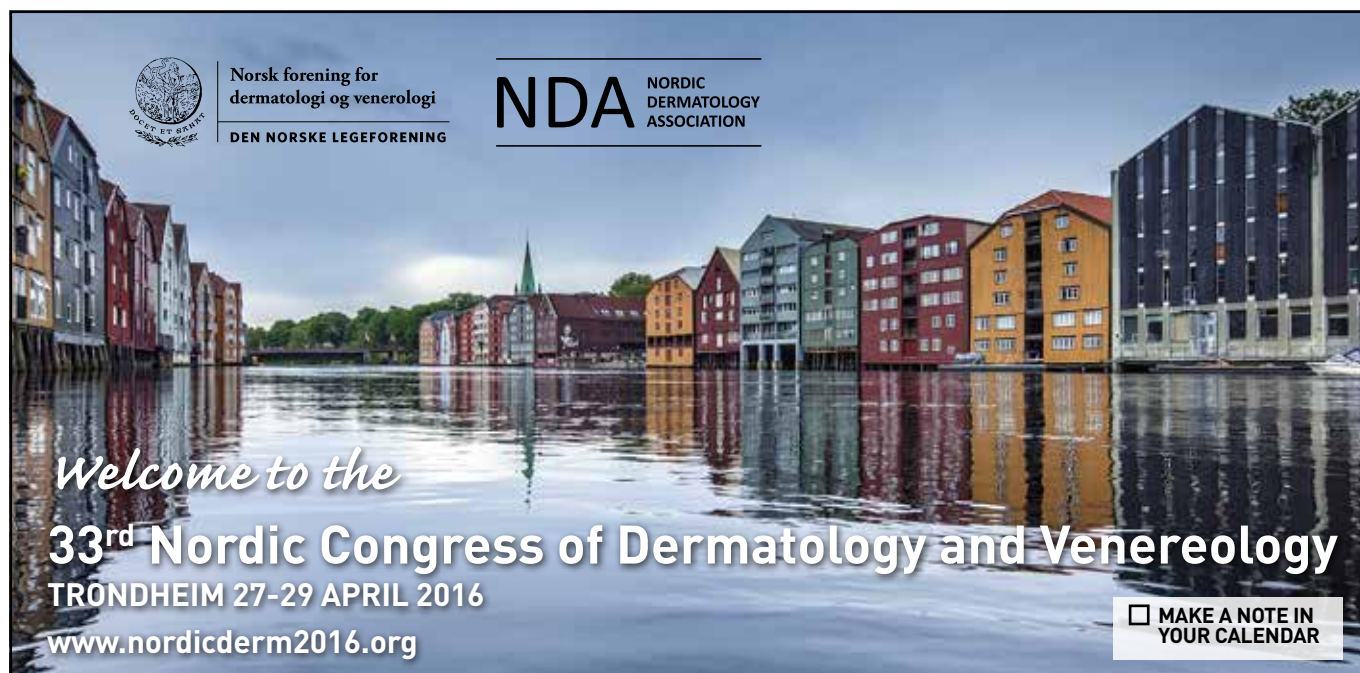
MD, Congress president

Marit Saunes

MD PhD, Secretary general

Petter Gjersvik

MD PhD, Chair, prog





Norsk forening for
dermatologi og venerologi
DEN NORSKE LEGEFORENING

NDA NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION

Welcome to the

33rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology
TRONDHEIM 27-29 APRIL 2016

www.nordicderm2016.org

☐ MAKE A NOTE IN
YOUR CALENDAR

Annons

Behandling av primär lokaliserad hyperhidros i offentlig sjukvård

Fastställd av SSDV maj 2015, giltig till maj 2017

Huvudbudskap

Svår primär lokaliserad hyperhidros (PLH) kan utgöra ett påtagligt hinder i arbete och andra sociala sammanhang. I dessa fall är medicinska åtgärder indicerade. Behandling med botulinumtoxin i händer och axillär är aktuellt först efter att andra behandlingsalternativ har prövats och befunnits otillräckliga. Bedömning av behovet att behandla med botulinumtoxin görs vid respektive hyperhidrosmottagning.

Bakgrund

Riktlinjen avser primär, lokaliserad palmar (ICD-10 R61.0B) och axillär (ICD-10R61.0A) hyperhidros hos patienter över 16 års ålder. Bedömning och behandling av generella och sekundära former av hyperhidros inklusive kompensationssvettning omfattas inte av dessa riktlinjer. Patienter under 16 års ålder erbjuds endast behandling med botulinumtoxin efter bedömning av dermatolog.

Prevalensen av hyperhidros har beräknats till cirka tre procent, (3,5–4,5 % i åldrarna 25 till 64 år). Minst en halv procent av befolkningen har besvär som ger stora svårigheter i arbetslivet och andra sociala sammanhang. Den vanligaste lokaliseringen är armhålorna (ca 51 %) [1]. Andra vanligt drabbade områden är händer, fötter, ljumskar och ansikte [2-5]. Besvären debuterar vanligen i unga år, 22 år i genomsnitt vid axillär hyperhidros [1] och i barndomen eller tonåren vid palmar hyperhidros [2,3,6].

För de som har mest uttalade besvär, kan PLH innebära betydande social påverkan och försämrade förmåga att klara av ett arbete. Utalad handsvett innebär obehag att ta andra människor i hand, svårigheter att hantera papper och hålla i föremål. Axillär svettning ger missprydande fläckar på kläderna varför frekventa klädbytten krävs. Sammantaget kan dessa besvär ha allvarliga psykosociala konsekvenser och en stark negativ påverkan på livskvalitet [1-4,6,7].

Bedömning

Orsaker till sekundär hyperhidros ska alltid övervägas och uteslutas/eventuellt åtgärdas.

Bedömningen ska ske inom primärvården. Kliniska kriterier finns för PLH [3].

Fokal ökad svettning med >6 månaders duration utan bakomliggande orsaker med två eller flera av följande tilläggs-kriterier:

1. svettningar begränsar dagliga aktiviteter
2. svettningar minst en gång/vecka
3. bilateral och symmetrisk

4. svettningar upphör under sömn

5. debut före 25 års ålder och

6. hereditet för hyperhidros 30–50% av patienter [5].

Med stöd av dessa kliniska kriterier kan diagnosen PLH konstateras, i de flesta fall med endast en noggrann anamnes och läkarundersökning utan vidare utredning [2-4]. Det saknas laborietester användbara i klinisk praxis för att avgöra graden av hyperhidros. Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) används som kvalitativ vägledning vid behandlingsbeslut (se Figur 1) [4].

Behandling

Behandling med botulinumtoxin är aktuell först efter att andra behandlingsalternativ har prövats och visat sig vara otillräckliga. Produkter innehållande aluminiumklorid (antiperspiranter) är förstahandsval för behandling av PLH. De appliceras på torr hud på kvällen dagligen och tvättas av på morgonen. Vid god effekt kan lokalbehandling trappas ner till en till några dagar per vecka. Uteblir effekten efter minst fyra veckors behandling provas peroral behandling med antikolinergika exempelvis T. Oxybutynin (T. Ditropan, synonympreparat) [10, 11]. Startdosen bör vara låg, vanligtvis 2,5 mg dagligen i 1-2 veckor med långsam upptrappning (max 20 mg/d). Dosen avgörs av effekt/biverkningar. God munhygien är viktig. Om antikolinergiska läkemedel ger otillräcklig effekt remitteras patienten till hyperhidros-mottagning för ställningstagande till behandling med botulinumtoxin.

För motiverade patienter kan jontofores vara ett behandlingsalternativ [2-5,7-11,14].

Svår hyperhidros (HDSS 3-4) som har svarat otillräckligt på lokal- och tablett behandling är en indikation för behandling med botulinumtoxin (typ A och B) [2-5,7-9,12-16]. Behandlingen är smärtsam (bedövning +/- sederig behövs för behandling av händer) men har i övrigt begrän-



www.fotolia.com

HDSS 1	HDSS 2	HDSS 3-4
Egenvård	Bedömning / Eventuell utredning	Bedömning / Eventuell utredning (via primärvård)
Lokalbehandling med antiperspiranter som innehåller aluminiumklorid	Stöd för egenvård med antiperspiranter	Otillräcklig effekt av lokal- och tablettbehandling (samt eventuell behandling med jontofores)
	Tablettbehandling med antikolinergika Bedömning/behandling med botulinumtoxin	
	Eventuell behandling med jontofores	
Egenvård	Primärvård	Hyperhidrosomtagning

Figur 1

sade biverkningar och i stort sett alla patienter förbättras. Biverkningar utgörs bland annat av övergående muskelsvaghet i händerna (upp till cirka 40 %) och kompensations-svettning (sällsynt). Botulinumtoxin typ B kan användas över tenar och hypotenar muskler för att minska risken för muskelsvaghet i händerna [13-15].

Effekten av behandlingen varierar men kvarstår vanligen 2-5 månader palmart och cirka 7 månader axillärt och därefter behöver behandlingen upprepas [7,14].

Primär fokal hyperhidros lokaliserad till andra kroppsområden behandlas med antiperspiranter och antikolinergika (och eventuellt jontofores) [2-5].

Andra kroppsområden än händer och axiller behandlas inte med botulinumtoxin inom ofentlig sjukvård.

Vårdnivå

Indikationer för olika behandlingar baseras på graden av subjektiva och objektiva besvär.

Besvärerna kan graderas enligt HDSS.

Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS)

1. Svettningarna är inte besvärande och begränsar inte dagliga aktiviteter.
2. Svettningarna kan tolereras men begränsar ibland dagliga aktiviteter.
3. Svettningarna kan knappt tolereras och begränsar ofta dagliga aktiviteter.

4. Svettningarna är intolerabla och begränsar konstant dagliga aktiviteter.

Utformning av remiss

Patienter med palmar och/eller axillär hyperhidros av HDSS svårighetsgraden 3 och 4 som inte har svarat tillfredsställande på lokal- och tablettbehandling remitteras till hyperhidrosomtagning för vidare ställningstagande till om behandling med botulinumtoxin ska ges. Remissen ska innehålla uppgifter om diagnos, eventuell utredning/åtgärd för sekundär hyperhidros, vilka kroppsområden som är drabbade, svårighetsgrad/påverkan på arbetsliv/skolgång och/eller socialt samt tidigare behandlingar.

Uppföljning

För de flesta patienter ger botulinumtoxin god effekt i 2-5 månader i händerna och cirka 7 månader i axillerna. För vissa patienter kan effekten förlängas med lokalbehandling med aluminiumklorid produkter och/eller tablettbehandling med antikolinergika. Behandlingarna ska ske med minst fyra månaders mellanrum för att minska risken för biverkningar och immunisering [12,14,16].

Riktlinjen är framtagen på uppdrag av Svenska Sällskapet för Dermatologi och venereologi.

Arbetsgrupp

Lena Lundeberg,

Karolinska Universitetssjukhuset

Richard Deebaj,

Karolinska Universitetssjukhuset

Helena Wenger,

Länssjukhuset Ryhov

Alexander Shayesteh,

Norrlands universitetssjukhus

Lill-Marie Persson,

Skaraborgs sjukhus Skövde

Flera kollegor i landet har bidragit med viktiga synpunkter.

Referenser

1. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, et al. US prevalence of hyperhidrosis: Results from a national survey. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:241-8.
2. Swartling C, Brismar K, Aquilonius S-M, et al. Hyperhidros- det »tysta« handikappet. *Läkartidningen*. 2011;108(47):2428-32.
3. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:274-86.
4. Solish N, Bertucci V, Dansereau A, et al. A Comprehensive Approach to the Recognition, Diagnosis, and Severity-Based Treatment of Focal Hyperhidrosis: Recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. *Dermatol Surg*. 2007;33:908-23.
5. Hoorens I, Ongena K. Primary focal hyperhidrosis: current treatment options and a step-by-step approach. *J EADV*. 2012;26:1-8.
6. Fujimoto T, Kawahara K, Yokozeki H. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan: From questionnaire analysis. *Journal of Dermatology*. 2013;40:886-90.
7. Maltese K, Ryndel M, Alm-Dahlgren J, Faergemann J et al. Botulinum toxin treatment of axillary and palmar hyperhidrosis. <http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA-rapporter/HTA-report%20BTX%2012-03-27%20%20publiceras.pdf>
8. International Hyperhidrosis Society. Primary Palmar Hyperhidrosis. 15 jan 2012 [citerat 11 feb 2015] http://www.sweathelp.org/pdf/Palmar_IHHS_Algorithm_2012.pdf
9. International Hyperhidrosis Society. Primary Axillary Hyperhidrosis. 15 jan 2012 [citerat 11 feb 2015] http://www.sweathelp.org/pdf/Axillary_IHHS_Algorithm_2012.pdf
10. Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, et al. A randomized placebo-controlled trial of oxybutynin for the initial treatment of palmar and axillary hyperhidrosis. *J Vasc Surg*. 2012;Jun;55(6):1696-700.
11. Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, et al. An alternative to treat palmar hyperhidrosis: use of oxybutynin. *Clin Auton Res*. 2011;21:389-93.
12. Shayesteh A, Nylander E. Botulinumtoxin hjälper mot primär fokal hyperhidros. Bra effekt-få biverkningar, visar litteraturgenomgång. *Läkartidningen*. 2011;108(47):2433-5.
13. Lakraj A-AD, Moghimi N, Jabbari, B. Hyperhidrosis: Anatomy, Pathophysiology and Treatment with Emphasis on the Role of Botulinum Toxins. *Toxins*. 2013;5:821-840.
14. Deebaj R, Emtestam L, Lundeberg L, et al. Hög nöjdhet med botulinumtoxin vid palmar hyperhidros. *Läkartidningen*. 2015;112:C6RC.
15. Rosell K, Hymnelius K, Swartling C. Botulinum toxin type A and B improve quality of life in patients with axillary and palmar hyperhidrosis. *Acta Derm Venereol*. 2013;May93(3):335-9.
16. Naumann M, Albanese A, Heinen F, et al. Safety and efficacy of botulinum toxin A following long-term use. *Eur J Neurol*. 2006;Dec13 Suppl 4:35-40.



MEDICINSKA RIKSSTÄMMAN | 3–4 december 2015

Två fullmatade
dagar på årets tema:
Morgondagens vård och
hälsa – utmaningar
och möjligheter.



Medicinska Riksstämman på Stockholm
Waterfront – läkarnas närmaste
mötesplats för fortbildning.

NYHETER!

**Fritt inträde för
SLS medlemmar**
(vid anmälan senast den 15/11)
Invigningsföreläsning med Mary
Durham, Kaiser Permanente.
ST-kurser med intyg
och examination.

LÄKARNAS MÖTESPLATS FÖR KUNSKAP & UTVECKLING

Över 80 programpunkter | Fort- och utbildning över specialitetsgränserna | Branschutställning

Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**

3–4 december, Stockholm Waterfront

 /medicinskariksstamman

 #rix2015

 www.riksstamman.se

Arrangör:



Mediapartner:

**Dagens
Medicin**

Partners:



Socialstyrelsen

VINNOVA

Lipus har granskat och godkänt
denna kurs. www.lipus.se



Dermatoskopi Quiz

Nedan presenteras två korta dermatoskopifall som förhoppningsvis är lite kluriga. Maila gärna era förslag på diagnoser till: john.paoli@vgregion.se.

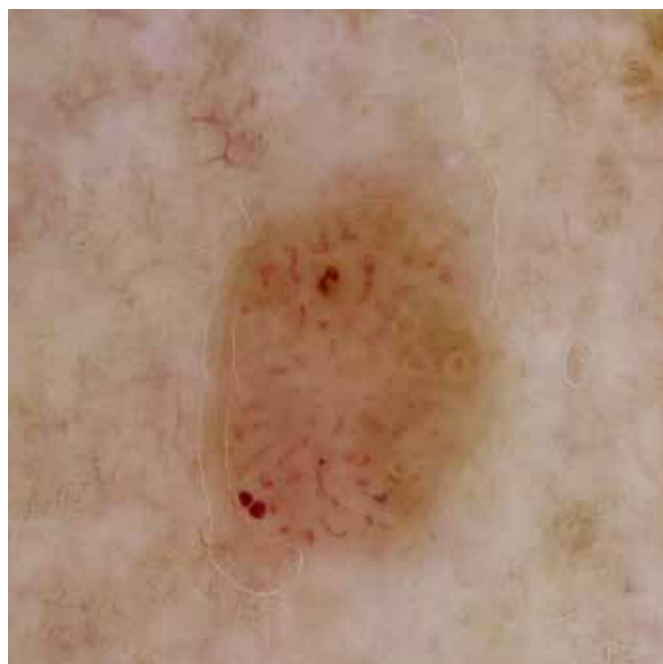
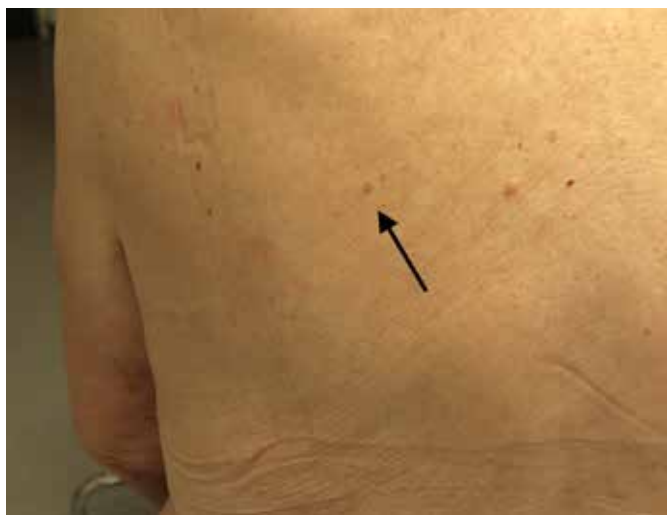
Facit får ni i Dermatologi & Venereologi nr 4. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som klarar detta quiz.

John Paoli

Överläkare, docent
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

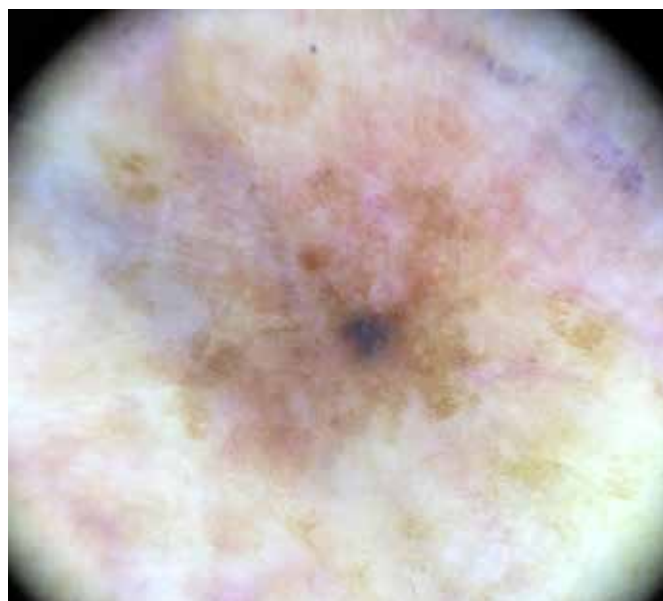
Fall 1:

En 5 mm stor, lätt upphöjd och någorlunda hudfärgad lesion hos en 74-årig kvinna. Patienten upptäckte fläcken nyligen då den började klia.



Fall 2:

89-årig kvinna med denna udda pigmentering på handryggen som upptäcktes som biffynd under en helkroppsundersökning. Det är oklart hur länge fläcken har funnits.



Annons

Hur var det att jobba i vården för 150 år sedan?

Kring 1850 var det nya lasarettet i Lund färdigt. Det var en sluten och hierarkisk värld. 1852 utarbetade direktionsordföranden, överste Toll, en tjänstgöringsbeskrivning för de anställda vid detta "Nya Lazarett". Jag har saxat de mest intressanta delarna:

"1. Första sjukvårdarinnan (ungefär avdelningsföreståndaren), vilken befattning alltid bör innehavas av en person höjd genom sin samhällsställning över den tjänande klassen, står i samma förhållande till lasarettets samtliga tjänstepigor som husbonde eller matmor. Hon mottager och verkställer läkarens föreskrifter, vilka dagligen böra meddelas henne antingen muntligen under sjukbesöken eller skriftligen. Hon anbefaller vilken eller vilka av pigorna (d.v.s. sjuksköterskorna) som hon finner tjänlig till de olika uppgifterna... Som öm sjukvård icke kan påräknas med erforderlig säkerhet av hårdhjärtade sjuksköterskor, ligger stor vikt vid att de som anmäler sig till erhållande av sådan befattning noga undersökes av första sjukvårdarinnan...

2. Lasarettets pigor är sjuksköterskor ställda under första vårdarinnans närmaste befäl. De skall visa henne den vördnad och hörsamhet, som enligt tjänstehjonslagen tillkommer henne som husbonde eller husmor. Om läkaren någon gång undantagsvis vänder sig direkt till en piga istället för, som bäst är, genom första sjukvårdarinnan, skall piga som fått sådan befallning därom underrätta första sjukvårdarinnan... Det är pigorna strängt förbjudet att avlägsna sig utan första sjukvårdarinnans tillåtelse samt att mottaga manliga besök. Klockan 21 varje afton då porten stänges, skall alla pigor vara tillstädes och får sedan icke permitteras för natten.

3. Lasarettsvaktmästaren ansvarar för att portarna hållas stängda och låsta från klockan nio varje afton, tillsätter att inga obehöriga besöker de sjuka eller tillför dem någon förtäring, anmäler ankommande sjuka och för dem till bestämt rum, hämtar och hembär till första sjukvårdarinnan all medicin, biträder förste läkaren vid ronderna, besöker badningen, hämtar och bär lasarettets brev. Han skall söka hindra oväsen, buller, stöj, såväl i sjukdalar, förstugor som på gården.



Höstdbild 2014 av Nya lazarettet i Lund. Byggnaden är från 1850 men finns kvar än idag och efter att först ha varit hela lasarettet blev den medicinklinik och sedan lungklinik. Idag innehåller byggnaden institutioner för pedagogik och sociologi vid Lunds Universitet.



Professor Seved Ribbing går rond i lokalerna ca år 1900. Då var byggnaden medicinklinik. Notera gaslampan i taket och kakelugnen. Bland kandidaterna kan man hitta en sjuksköterska, Sophiasystern Inez (enligt Flaums bok). Järnsängar. Till höger om kakelugnen syns en griffeltavla med patientinformation. Aspидistra på sängbordet och ställning med handfat. Doft av fuktig filt.



Prof. Seved Ribbing på rond tillsammans med två sjuksystrar.

4. Lasaretsdrängen skall vårda och fodra lasarettets hästar, förrätta behövliga körslor, sopa gård och gator, dagligen bortföra latrin och i allt åtylda vederbörandes befallningar.”

Vad tjänade man? Avlöningen bestod av tre

delar, pengar, bostad och mat. Förste lasaretsläkaren hade 1849 1.000 riksdaler per år, andre läkaren 150 riksdaler samt fritt rum med utspisning. Första sjukvårdarinnan fick 40 riksdaler samt mat och husrum. Pigorna d.v.s.

sjuksköterskorna fick 26 riksdaler samt mat och sängplats i samma rum som patienterna. Vaktmästaren och hans hustru fick 200 riksdaler, fritt rum och kök med ljus och ved. Drängen fick 120 riksdaler samt fritt rum, ljus och ved.

Nog kan man ana att kön hade betydelse för inkomsten men det är också intressant att andreläkaren tjänade mindre än vaktmästaren.

Uppgifterna har hämtats från Alfred Flaum: Lasarettet i Lund 1768-1968, utgiven 1968 till lasarettets 200-års jubileum. Den som vill se fler gamla bilder kan gå in på sydsvenska medicinhistoriska sällskapet hemsida och hitta deras bildarkiv (www.medicinhistoriskasyd.se).

Bengt Uvelius

bengt.uvelius@skane.se



SYDSVENSKA
MEDICINHISTORISKA
SÄLLSKAPET

STIFTAT 1964

SSDV efterlyser

Omslagsbilder efterlyses!

Vore det inte kul att få en bild som är relaterad till sin artikel som omslagsbild?

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder.



Skicka originalbilderna i verklig storlek till:

annika@mediahuset.se

Behöver ni hjälp för att kunna skicka stora tunga bilder? Hör av er till Annika så berättar hon hur ni ska göra.

SSDV efterlyser

Artiklar till tidningen efterlyses!



Bidra med material till tidningen du också. Skriv en artikel och skicka gärna med någon högupplöst illustrerande bild. **OBS!** Alla bilder måste bifogas som separata filer.

Materialet skickas till redaktör Christian Steczko Nilsson, som även svarar på frågor om du har några funderingar kring din artikel.

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

SSDV:s styrelse 2015


Ordförande

John Paoli
(Göteborg)


Utbildningsansvarig

Oliver Seifert
(Jönköping)


ST-representant

William Troensegaard
(Lund)


Vice ordförande

Katarina Lundqvist
(Lund)


**Utbildningsansvarig,
suppleant**

Lill-Marie Persson
(Skövde)


**ST-representant,
suppleant**

Gustav Wikberg
(Stockholm)


Sekreterare

Virginia Zazo
(Umeå)


PDF-representant

Hélène Wolff
(Göteborg)


**Venereologi-
representant**

Per Anders Mjörnberg
(Jönköping)


Skattmästare

Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)


**PDF-representant,
suppleant**

Lena Holm
(Stockholm)


**Venereologi-
representant, suppl.**

My Falk
(Örebro)


**Redaktör,
hemsidesansvarig**

Christian Steczko Nilsson
(Örebro)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli

Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer

Mats Berg (Stockholm)
Kristofer Thorslund (Stockholm)

Revisorssuppleanter

Margareta Frohm-Nilsson (Stockholm)
Emma Belfrage (Stockholm)

Representant
Svenska Läkaresällskapet

John Paoli (Göteborg)
Katarina Lundqvist (Lund), *Suppleant*

Representanter
Praktikerkonsult AB

Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)

Valberedning 2015

Maria Bradley (Stockholm)
Sammankallande

Lars Arenlind (Borås)
Karin Berggård (Lund)
Oscar Zaar (Göteborg)

SSDV:s kalender 2015-2016

ST-kurs i hudpatologi för blivande hudspecialister

2015-10-07 - 2015-10-09
Göteborg, Sverige

24th European Academy of Dermatology and Venereology Congress

2015-10-07 - 2015-10-11
Köpenhamn, Danmark

Nordic Euromelanoma Evening

2015-10-20
Köpenhamn, Danmark

Workshop om epikutantestning och yrkesdermatologisk träff

2015-10-21 - 2015-10-22
Örebro, Sverige

11th EADO Congress & 8th World Meeting of Interdisciplinary Melanoma/Skin Cancer Centers

2015-10-27 - 2015-10-31
Marseille, Frankrike

SSDV:s Sydsvenska möte

2015-11-11
Malmö, Sverige

Fortbildningskurs för dermatologer

2015-11-12 - 2015-11-13
Sollentuna, Sverige

12th European Training Programme for Residents in Dermatology Euroderm Excellence 2015

2015-11-17 - 2015-11-21
Nice, Frankrike

Galderma Nordic dermatology symposium

2015-11-27
Stockholm, Sverige

Medicinska Riksstämman 2015

2015-12-03 - 2015-12-04
Stockholm, Sverige

SSDV:s ST-träff

2015-12-10 - 2015-12-11
Stockholm, Sverige

Kurs i Pediatrik dermatologi på KI

2016-01-18 - 2016-01-20
Stockholm, Sverige

4th European School of Dermato-Oncology (ESDO)

2016-01-28 - 2016-01-30
Berlin, Tyskland

ST-kurs Global Dermatologi - Stockholm

2016-02-11 - 2016-02-12
Stockholm, Sverige

ST-kurs Global Dermatologi - Addis Abeba

2016-02-18 - 2016-02-19
Addis Abeba, Etiopien

Fostering Specialist Course in Vascular Anomalies

2016-03-08 - 2016-03-09
Malmö, Sverige

74th Annual Meeting of AAD

2016-03-04 - 2016-03-08
Washington, USA

33rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology

2016-04-27 - 2016-04-29
Trondheim, Norge

EADV Spring Symposium

2016-05-19 - 2016-05-22
Aten, Grekland

SSDV:s vårmöte

2016-05-25 - 2016-05-27
Uppsala, Sverige

PDF:s årsmöte

2016-08-18 - 2016-08-20
Marstrand, Sverige

ST-kurs STI

2016-09-19 - 2016-09-23
Örebro, Sverige

ST-kurs Bensår

2016-10-05 - 2016-10-07
Lund, Sverige

För aktuell kalender, gå in på
www.ssdv.se/kalender

