

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 4 • 2015



www.ssdv.se

**Mohs kirurgi • App för dematologer • DVSS & DVUS
SKL-Projekt "Bättre flöde i vården" • Lapptestning
SDKO:s utbildningsstipendium • Nya Quizfall**



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:
SSDV önskar er allt gott under 2016!
Foto: John Paoli

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	2
Ny forskning	4
App för dermatologer.....	6
SKL-projekt - Jönköping.....	9
SKL-projekt - Kalmar.....	10
SKL-projekt - Östergötland.....	12
SDKO:s utbildningsstipendium 2015.....	15
Presentation av DVSS.....	16
Presentation av DVUS.....	17
Nyheter.....	17
33 rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology.....	19
Lapptestning	20
Nysam.....	22
Historia: Läkemedelsannonser.....	24
Historia: Förste laparoskopisten.....	25
Dermatologi Quiz.....	27
Dermatoskopi Quiz.....	28
Dermatoskopi Quiz - lösning.....	30
SSDV:s styrelse.....	31
Kalender 2016.....	32

Utgivningsplan 2016:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 1	25 januari	2 mars
Nr. 2	30 mars	10 maj
Nr. 3	29 augusti	5 oktober
Nr. 4	14 november	21 december

Underverk på burk

För några veckor sedan gick jag in i en butik för hudprodukter. En tämligen etablerad kedja som dessutom erbjuder sina kunder möjlighet att tvätta sina händer i butik. Jag behövde en reseförpackning med rakgel. Jo, det fanns att köpa. En liten och diskret behållare med "gel de rasage moussant de lux". Redan där kände jag att den hade något speciellt. I kassan fick jag veta att innehållet av basilika och ginseng hade en lugnande och revitaliserande inverkan på huden. På förpackningen kunde jag även läsa att rakning var viktig för samurajer. Tydligt gick de antika samurajerna aldrig ut på slagfältet utan en perfekt utförd rakning. Jag fick upp en inre bild av en inlöddrad samuraj som noggrant rakar sin kind med svärdet. Med denna gel blir man således både piggare och samurajlik. Jag köpte två förpackningar för resa och en stor för hemmabruk. Efteråt insåg jag att det inte fanns ett ord om hur bra gelen egentligen är för sitt primära syfte, dvs rakning. Baksidestexten handlade däremot om livsfaran med att hålla i en tryckbehållare. Och Google kunde inte bekräfta samurajernas rakningsrutiner inför strid. Trots det var det en produkt jag ville ha. Jag kände mig inte lurad. Enligt samma princip köpte jag under den efterföljande resan min första tusenkronorskräm. Det känns lite obekvämt att erkänna i detta forum men jag är sannolikt inte ensam i vårt fina (och toleranta) sällskap. Man kan ju undra vad man fångas av. Limbiska systemet jublar och frontalkortex hinner inte med? Att reagera och agera känslomässigt är naturligt och vanligt, men kanske sällan enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Tänk om man kunde kombinera de båda? Om våra behandlingar och ordinationer kunde säljas in med samma känsla och fitness skulle vi antagligen få en väldigt mycket bättre compliance. Oavsett rakgelens och krämens eventuella mirakeleffekter återstår nu i alla fall att utvärdera deras känslomässiga reproducerbarhet. Det kanske är gott nog.

Medlemstidningen

Det har varit och är fortfarande lite svårt att locka fram artiklar till vår medlemstidning. Vi har hittills fyllt alla nummer men legat på gränsen. Med tanke på hur mycket tidningen ändå verkar uppskattas skulle jag därför återigen vilja inbjuda och uppmana till att bidra med artiklar! Kanske har de flesta av oss ganska högt ställda krav på innehållets kvalitet och karaktär i en eventuell artikel. Det är bra men får inte bli en hämmande faktor. Jag vill därför frigöra er från alla sådana eventuella prestationskrav! Tidningen är seriös men ingen



vetenskaplig tidskrift. Skriv och berätta om något intressant, roligt, oväntat. Eller varför inte om patientfall, diagnoser, möten, professionella lärdomar och bittra erfarenheter. Om ni har några frågor är det bara ni hör av Er!

Med premiär i detta nummer är även intresseföreningarna för sjuksköterskor (DVSS) respektive undersköterskor (DVUS) inom dermatologi och venereologi inbjudna att medverka. Tidningen kommer därmed även att sändas ut till DVSS:s och DVUS:s medlemmar. Samverkan och informationsutbyte mellan yrkesgrupperna inom vårt område är grundläggande för en god och välfungerande verksamhet. Det känns därför extra angeläget med ett naturligt informationsflöde i detta forum. Vi hälsar dem välkomna och ser fram emot deras fortsatta medverkan.

Ur innehållet

DVSS och DVUS presenterar sina respektive föreningar. Thor Bleeker berättar om teledermatologi och användarvänlig app. Stipendiat Johan Gyllencreutz Dahlén berättar om sina erfarenheter från kirurgikursen i La Jolla. Vi får nya quiz och svaren från de förra. Representanter från Östergötland, Kalmar och Jönköping berättar om sina SKL-projekt inom hudcancervården. Mihály Matura berättar varför vi ska använda svensk basserie vid lapptestning. Och SSDV:s ordförande slår ett slag för Mohskirurgins utveckling och tillgänglighet.

God läsning!



Christian Steczko Nilsson

Redaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

To Mohs, or not to Mohs

Patienten jag har framför mig är 68 år gammal. Hon har opererats för ett PAD-verifierat högaggressivt basaliom i laterala delen av vänster ögonbryn tre gånger tidigare på en annan klinik med sedvanlig excision. Den första operationen gjordes 2009. Patologen svarade då att det var radikalt exciderat men ett år senare började nya sår uppstå i äret. Två nya operationer gjordes på recidivet 2010 utan att uppnå radikalitet. Efter att ha kämpat med detta i två år med bedömningsbesök, operationer, besök för suturtagning och kontroller hade både kirurgen och patienten tröttnat. Man valde det som då kändes enklast för de båda. Man valde att vänta och se.

Fem år senare sitter hon nu på britsen framför mig med ett åtminstone 3,5 x 2,5 cm stort sklerotiskt och delvis ulcererat plaque som sträcker sig från mitten av ögonbrynet till tinningen strax ovan laterala ögonvrån. Ären från de tidigare operationerna går knappt att skönja längre. Jag förklarar för henne att det bästa alternativet i hennes fall är Mohs kirurgi. Vi kan garantera radikalitet och spara så mycket frisk hud som möjligt före rekonstruktionen. Ett år blir det förstås hur man än gör. Hon gråter. Är det på grund av rädsla för att hon behöver genomgå ännu en operation? Är det av lättnad för att hon äntligen skall botas? Eller är det frustrationen över att inte ha informerats av sin första läkare om att denna möjlighet fanns? Jag försöker trösta henne och förklarar att vi får titta framåt och tänka positivt. Nu skall hon äntligen bli av med detta elände. Inombords gråter jag dock. Varför erbjöds hon inte Mohs kirurgi för sex år sedan? Varför remitterades hon inte när hon fick sitt första recidiv? Varför gav kirurgen bara upp efter tre misslyckade försök?

Så här ser situationen dessvärre ut i Sverige för en stor andel av de patienter som drabbas av svårbehandlade högaggressiva och/eller recidiverande basaliom i högriskområden. Behandlingen som dessa patienter är berättigade till och som vi vet har den lägsta recidivrisken [1, 2] får de flesta helt enkelt inte i första hand. Visst kan Mohs kirurgi användas för att rädda patienten när andra kirurger har misslyckats, men vi borde satsa mer på att använda metoden för att förhindra dessa misslyckanden. Jag säger som min vän Peter Nordin alltid har sagt: "The first treatment should be the last treatment".

Tillgång och efterfrågan

Det stora problemet ligger förstås i den bristfälliga tillgängligheten av metoden. På Sahlgrenska gör vi idag cirka 90 Mohsoperationer per år, i Lund behandlas cirka 40 fall per år och på Karolinska opereras cirka 25 patienter per år. Sammanlagt är det alltså bara 165 patienter per år som får den behandling som i alla nationella och internationella riktlinjer betraktas som förstahandsvalet vid aggressiva och/eller recidiverande basaliom i ansiktets sk "H-zon". Men hur många patienter behöver Mohs kirurgi i Sverige egentligen? Om man vänder sig till Socialstyrelsens register på PAD-verifierade basaliom så diagnostiserades över 2 000 högaggressiva basaliom år 2013 hos den svenska befolkningen (cirka 5% av alla 45 590 PAD-verifierade basaliom det året). [3, 4] Den allra största majoriteten av dessa högaggressiva basaliom är förstås belägna i ansiktet. Med andra ord, och även om vi är väldigt snälla i våra beräkningar, så uppfyller sannolikt åtminstone 1 000 patienter primärt indikationen för Mohs kirurgi. Är det rimligt att över 80% av patienterna som har rätt till att opereras med Mohs kirurgi får nöja sig med en sämre metod?

En annan orsak till problematiken är sannolikt den bristfälliga kunskap om Mohs kirurgi som finns hos våra patienter och övriga kollegor som opererar basaliom i ansiktet (främst plastikkirurger och öron- näsa- & halsläkare). I våra patientinformationsblad om basaliom till exempel står det sällan ett enda ord om tekniken. Man vill ju inte lova för mycket... När det gäller kunskapen hos våra kirurgiska kollegor så måste vi också bättra oss. Antalet aktiva Mohskirurger i Sverige är ytterst få och vi hinna sällan ut till de andra specialiteterna för att föreläsa om Mohs kirurgi. Det är också få kliniker som har multidisciplinära terapikonferenser där patienter med högaggressiva basaliom diskuteras och där man har ett perfekt forum för att föreslå möjligheten av att erbjuda Mohs kirurgi.

Allt för många av oss tycker dessutom fortfarande att det är "enklast" om kirurgerna gör vår kirurgi åt oss. Denna syn börjar sakta men säkert försvinna men den måste eradikeras helt. Flera studier har visat att hudläkare är klart bättre än andra specialister på att garantera radikala excisioner. [5-8] Bassas et al. visade till exempel att när hudläkare opererade basaliom så var endast 6,7% av excisionerna icke-radikala medan andra specialister misslyckades i 21,5% av fallen i snitt. Den relativa risken för positiva marginaler var 3,8 gånger högre för andra specialister jämfört med hudläkare oavsett tumörens storlek, lokal eller aggressivitetsgrad. [5] Även om vi alltid kommer att behöva hjälp från våra kollegor inom Plastikkirurgi och Öron- näsa- & halssjukdomar så bör vi vara stolta över att vi numera är en medicinsk-kirurgisk specialitet samt att vi är skickligare än vi tror på att operera våra tumörpatienter.



Figur 1: Att förutse utbredningen av ett högaggressivt basaliom kan vara väldigt svårt. Mohs kirurgi är den enda metod som intraoperativt tillåter kartläggning av eventuella tumörrester och som därmed kan garantera radikalitet före komplex rekonstruktion. Vänster bild visar ett exempel på ett högaggressivt basaliom kaudalt om den laterala ögonvrån före operation. Höger bild visar den defekt som kvarstod efter 3 sessioner av Mohs kirurgi.



Figur 2: Ovanstående patient hade opererats två gånger tidigare för ett högaggressivt basaliom på näsryggen och rekonstruerats med fullhudstransplantat som togs från vardera sidan om halsen. Första gången var excisionen icke-radikal. Andra gången kunde patologen inte se några positiva marginaler. Recidivet uppstod ändå (bild till vänster) och Mohs kirurgi fick användas som "räddning". Efter fyra seanser var det radikalt (se defekt på bilden till höger). Ett tredje transplantat fick tas för att täcka defekten. De två första operationerna ledde till två onödiga ärr på halsen, utöver onödigt lidande för patienten, förlorad tid och ökade kostnader för vården.

Resultatet av allt detta är att vi i Sverige idag inte kan erbjuda våra patienter med aggressiva basaliom i ansiktet en jämlik vård. Patienter som råkar bo nära Göteborg, Lund och Stockholm har större chans att erbjudas Mohs kirurgi eftersom metoden erbjuds i dessa tre städer. Självklart tar vi alla in remisser från andra delar av landet men det finns helt klart en snedfördelning. Remiss till annat landsting för Mohs kirurgi har som följd ett behov av specialistvårdsremiss och det är inte alltid så att remitterande klinik får igenom detta. Även om man lyckas, är det inte alltid så att patienten har möjlighet att resa. Ibland känner som sagt inte ansvarig läkare till att möjligheten till Mohs kirurgi finns och ibland kanske de inte vet exakt vad metoden är till för. I de fall ansvarig läkare vet att Mohs kirurgi existerar, varför det görs och var det erbjuds så kanske de inte remitterar patienten för att de inte har den traditionen. Eller så tror de att just deras patient inte kommer att kunna prioriteras för Mohs kirurgi trots att indikation finns bara för att resurserna är så begränsade. Och i vissa av dessa fall kommer ansvarig läkare tragiskt nog att ha rätt. Så kan vi inte ha det.

Nya pionjärer efterlyses

Första Mohsoperationen utfördes i Wisconsin, USA av Frederic E. Mohs 1936. På den tiden fixerades vävnad med en pasta som innehöll zinkklorid. På 70-talet vidareutvecklades tekniken av Perry Robbins till att snitta färsk nedfryst vävnad istället. Den nya tekniken var smidigare att använda och metodens popularitet växte snart fram till att räknas som "gold standard" vid excision av hudtumörer i USA. I samband med detta vaknade några europeiska

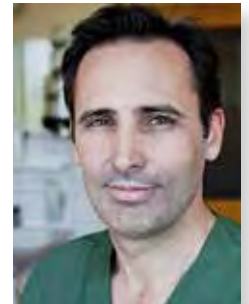
hudkirurger till liv och såg till att importera tekniken till Europa. Bland dem fanns pionjärerna Kjell Hersle och Bo Stenquist (min mentor) från Sahlgrenska Universitetssjukhuset som i januari 1983 genomförde den första Mohsoperationen i Skandinavien.

Över 30 år har gått sedan dess men det är fortfarande bara sex centra i Norden som erbjuder Mohs kirurgi. Utöver de tre svenska centra utförs tekniken på Rikshospitalet i Oslo, Helsingfors Universitetssjukhus samt Bispebjergs Hospital i Köpenhamn. Utbudet är helt klart begränsat. Som jag ser det finns bara två sätt att lösa situationen. Antingen får antalet Mohsverksamheter öka eller så får de befintliga verksamheterna operera fler patienter per år. Detta är förstås enklare sagt än gjort men jag är övertygad om att vi tillsammans kan lyckas.

Intresset för hudkirurgi bland våra yngre kollegor är större än någonsin. Flera av SSDV:s

medlemmar har nu gått den gedigna hudkirurgiutbildningen i La Jolla, Kalifornien som erbjuds varje sommar. Vidare har våra tre första nordiska hudkirurgikurser varit överbokade och efterfrågan fortsätter att växa. Fler och fler ST-läkare väljer dessutom randutbildningar inom annan kirurgisk specialitet. Vi behöver dock inte bara utbildning och träning utan även verksamhetschefernas stöd för att få till en förändring. Det gäller nu för er att ta vara på den kompetens som era medarbetare utvecklar och inte släcka den eld som har börjat brinna inom dem.

En fungerande Mohsverksamhet är egentligen inte så svår att bygga upp men det kräver tid och engagemang. Till dig som är intresserad av att bli Mohskirurg så vill jag rekommendera dig att komma iväg på ett studiebesök och försöka ta med metoden hem. Om du är verksamhetschef på en klinik som har funderat på att starta upp en Mohsverksamhet eller som redan har en fungerande sådan så vill jag be dig att se till att resurser avsätts för att starta upp eller utöka verksamheten. Detta är vi skyldiga våra patienter, oss själva och vår specialitet.



John Paoli

Ordförande SSDV
john.paoli@vgregion.se

Referenser:

1. Paoli J, Daryoni S, Wennberg AM, et al. 5-year recurrence rates of Mohs micrographic surgery for aggressive and recurrent facial basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2011;91:689-93.
2. van Loo E, Mosterd K, Krekels GA, et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomized clinical trial with 10 year follow-up. *Eur J Cancer* 2014;50:3011-20.
3. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. Basal Cell Carcinoma in Sweden 2004-2008. 2009. Available from: www.socialstyrelsen.se.
4. Socialstyrelsen. The Swedish Cancer Registry. National Board of Health and Welfare. Cancer incidence in Sweden 2013. 2014. Available from: www.socialstyrelsen.se.
5. Bassas P, Hilari H, Bodet D, et al. Evaluation of surgical margins in Basal cell carcinoma by surgical specialty. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:133-40.
6. Goulding JM, Levine S, Blizard RA, et al. Dermatological surgery: a comparison of activity and outcomes in primary and secondary care. *Br J Dermatol* 2009;161:110-4.
7. Murchie P, Delaney EK, Thompson WD, et al. Excising basal cell carcinomas: comparing the performance of general practitioners, hospital skin specialists and other hospital specialists. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:565-71.
8. Salmon P, Mortimer N, Rademaker M, et al. Surgical excision of skin cancer: the importance of training. *Br J Dermatol* 2010;162:117-22.

Antioxidanter får hudcancer att sprida sig fortare

Ny forskning vid Sahlgrenska akademien visar att antioxidanter fördubblar spridningen av malignt melanom i möss. Resultaten stärker forskarnas tidigare studier som visar att antioxidanter påskyndar lungcancer. Cancerpatienter och personer med en ökad risk för cancer bör därför få rådet att undvika kosttillskott med antioxidanter, anser professor Martin Bergö.

I januari 2014 visade forskare vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, att antioxidanter påskyndade och förvärrade sjukdomsförloppet vid lungcancer. Möss som åt antioxidanter fick fler, och dessutom aggressivare tumörer. Resultaten från möss bekräftades i försök med lungcancer celler från människor.

Det är känt sedan länge att fria radikaler kan orsaka cancer och därför har forskarsamhället helt enkelt antagit att antioxidanter, som "äter upp" fria radikaler, skyddar mot cancer. Antioxidanter finns i många kosttillskott och marknadsförs brett som en hjälp att *motverka*

cancer. Forskningsresultaten från studien på antioxidanter och lungcancer gick tvärs emot denna etablerade "sanning" och fick därför stort genomslag.

Nu visar de fortsatta studierna vid Sahlgrenska akademien att antioxidanter fördubblar bildningen av dottertumörer (metastaser) vid malignt melanom, den farligaste formen av hudcancer. De nya rönen publicerades i tidskriften *Science Translational Medicine* den 7 oktober.

– Till skillnad från studierna på lungcancer så påverkades inte den primära melanomtumören men antioxidanter ökade tumörcellernas förmåga att metastasera, det vill säga att sprida sig i kroppen och bilda nya tumörer. Det är allvarigare eftersom det är metastaseringen som människor med melanom dör av. Primärtumören är i sig själv inte farlig, och den opereras oftast bort, säger Martin Bergö, professor vid Sahlgrenska akademien.

Även de nya resultaten kunde bekräftas i försök med odlade celler från patienter med malignt melanom.

– Vi har nu visat att antioxidanter förvärrar cancer på minst två olika sätt, säger Martin Bergö.

Resultaten från denna och tidigare studier visar sammantaget att antioxidanter visserligen skyddar friska celler från fria radikaler som kan omvandla dem till cancer celler – men så fort en tumör uppstått kan antioxidanter skydda även tumören. Antioxidanter skyddar alltså både friska celler och cancer celler från fria radikaler.

Tyvärr är det omöjligt att ta reda på om man har en liten tumör eller ett förstadium till cancer, men om man har det så finns det en risk att man ovetande påskyndar cancerutvecklingen om man äter kosttillskott med antioxidanter.

– Tidigare forskning från Sahlgrenska akademien har visat att cancerpatienter är mer benägna att äta tillskott med antioxidanter. Men de resultat vi har nu är så tydliga att personer som nyss fått en cancerdiagnos bör rekommenderas att undvika kosttillskott med antioxidanter, säger Martin Bergö.

Malignt melanom är en av de cancerformer som ökar mest i västvärlden och dödligheten är hög. Det var en av anledningarna till att

För en kopia av artikeln, kontakta artikel-författaren.

Länk till tidskriften *Science Translational Medicine*: <http://stm.sciencemag.org/>

forskarna på Sahlgrenska akademien gick vidare med att forska på just malignt melanom efter lungcancerstudierna.

– Att identifiera faktorer som påverkar malignt melanom är viktigt, säger Martin Bergö.

Hur malignt melanom påverkas av antioxidanter är särskilt intressant, dels för att melanomceller är känsliga för fria radikaler men även för att antioxidanter kan tillföras melanomceller på andra sätt än genom kosten.

– Hud- och solskyddskrämer innehåller ibland antioxidanterna betakaroten eller e-vitamin och dessa produkter skulle kunna påverka maligna melanomceller på samma sätt som antioxidanter i kosten, säger Martin Bergö.

Hur hudcancer påverkas av antioxidanter i hudkrämer studeras nu närmare:

– Vi testar om antioxidanter som smörjs direkt på malignt melanom hos möss ger samma cancerförstärkande effekt som att de får i sig antioxidanter via kosten.

Professor Martin Bergö understryker också vikten av ytterligare studier.

– Även om lungcancer är världens vanligaste cancerform, och melanom den snabbast ökande, behöver vi också studera flera andra cancerformer och andra typer av antioxidanter för att få en helhetsbild av hur fria radikaler och antioxidanter påverkar cancerutveckling.

Studien *Antioxidants can increase melanoma metastasis in mice* publicerades i *Science Translational Medicine* den 7 oktober.

Martin Bergö

professor vid Sahlgrenska Cancer Center,
Göteborgs universitet
0733-12 22 24
martin.bergö@gu.se



www.fotolia.se

Annons

App för dermatologer

Telemedicin

Systemet är ganska så enkelt. Det är som att sms:a en bild med text men på detta sätt är meddelandet också krypterat så att ingen obehörig kan få tag i bild och text. Foto tas med iPhone® och skickas sedan via PDF:s app till vald kollega på PDF:NU.

Det enda som krävs är att man har lösenord på PDF:NU och att PDF:NU:s app är installerad på telefonen.

Fördelarna är många. Allmänläkaren kan skicka en bild och remiss på detta sätt till hudläkaren. Våra hudkollegor som inte sitter på en hudklinik och önskar konsultera andra kollegor i särskilt kniviga fall kan skicka bild och fråga på ett säkert sätt. De kan även skicka till en grupp av kollegor som de kanske har för vana att tillfråga om svåra patientfall.

Att komma igång med detta är inte svårt. Full startinstruktion finns på PDF:NU / aktuellt / Fotofunktionen. Klinisk bild med eller utan dermatoskop skickas.

Själv har jag valt att bifoga informationen som finns på PDF:NU med de remissvar jag skickar till mina kollegor i andra specialiteter för att informera om att denna möjlighet finns.

Systemet är gratis och lätt att använda. Man kan ge en bättre service till ens inremitterande kollegor. Man kan också välja att svara dem direkt via telefon eller mail. Då kanske patienten inte behöver komma alls.

När en kollega skickat en bild kommer det ett mail till användaren som påminner om att gå in på PDF:NU och titta under fliken "Skicka bilder". Där ligger alla ens egna fall bara för användaren att se och som man där kan besvara via mailfunktionen.

På detta sätt kan man som dermatolog få upp intresset för dermatoskopi hos ens kollegor i andra specialiteter.

På PDF:NU finns under fliken "Akademi" en dermatoskopikurs för allmänläkare. Den är framtagen av Dr. John Paoli och den är helt gratis att använda för den som vill börja med dermatoskopi.

Jag använde redan för 10 år sedan Telemedicin med fyra vårdcentraler och då i synnerhet med Grästorps vårdcentral vilket var lyckat med dåtidens första digitala kameror. Remisser via telemedicin pågick under hela året 2000 med Grästorps vårdcentral, så även med Göte- ne-, Kvänum- och Skara vårdcentral som fick låna kameror och prova på Telemedicin. Alla vårdcentraler var då positiva till verksamheten.



Överläkare och kirurg Olga Mellberg, demonstrerar hur man fotograferar en patient.

Det var redan på den tiden krypterade bilder. Det norska företaget Well-Diagnostics hade då ett mjukvaruprogram för Telemedicin som hette "DORIS".

En sammanfattning gjordes i samband med Läkärstämman den 29 november 2000 där

Dr. Bo Polhem och undertecknad redogjorde för samarbetet. Det visades att efter 2 års Telemedicin och 136 patientfall behövde bara 15 patienter komma direkt till specialist. Behandling och utredning kunde påbörjas direkt på vårdcentralen av allmänläkaren.



Thor Bleeker kan sedan se bilden på pdf.nu och kontakta Olga för svar eller vidare diskussion.

Sammanfattningsvis kan man säga att Telemedicinen är ett synnerligen värdefullt arbetsredskap och kan innebära rejäla besparing för Landstinget. Patienten får dessutom en optimal service.

Vi hade under denna tid optimala förhållanden. Entusiastiska allmänläkare som jag kände väl och kollegorna kunde följa upp sina patienter. Efter några år blev det allt färre telemedicinfall i takt med att stafettläkare kom in på vårdcentralerna. Allmänläkarna är inte lika entusiastiska längre och det är mycket lättare att bara skriva en remiss utan någon medföljande bild.

PDFNU:s teknik är enklare än dåtidens och vi hoppas att detta är ett incitament att åter börja använda denna teknik. Nu har vi även möjlighet till att skicka dermatoskopibilder tagna med en smartphone. Kirurgkliniken i Lidköping har visat intresse för denna möj-

lighet och här ses överläkare och kirurg Olga Mellberg, fotografera en patient. Jag ser bilden på PDFNU och jag kontaktar henne därefter för vidare svar/diskussion. Tack vare PDFNU är hela systemet gratis att använda.



Dr Thor Bleeker

Hudmottagningen, Lidköping



Ladda ner en pdf med instruktioner på hur du snabbt kommer igång via hemsidan: www.pdf.nu



Tidningsurklipp från 1999.

Logga gärna in på PDF.NU för att ta del av fullständiga instruktioner om appen och mer info om hur du kan köpa dermatoskopiutrustning som kan kopplas till din smartphone.

Annons

Malignt melanom

– så förbättrar vi genom samverkan och nya angreppssätt

Omarbetad version av tidigare publicerad artikel i "Bättre flöde i vården".

Med utgångspunkt att åstadkomma God vård (SOSFS 2005:12) för personer med risk för el-ler med utvecklat malignt melanom har Region Jönköpings län kartlagt processen från primär-prevention till uppföljning. Genom att involvera aktörer som på något sätt kan påverka det värde som behöver uppnås har vi lagt grunden till en god samverkan i hela processen.

Genom intervjuer med patienter med malignt melanom har vi fått inblick i vilka behov vi i vården behöver tillgodose. Hälften av patienterna tyckte att väntan på besked om diagnos tog för lång tid. Det värsta var när man lovat besked inom en viss tid och sedan blev beskedet fördröjt.



Martin Funck
Verksamhetskoordinator,
Smålandsidrotten.
www.smalandsidrotten.se

"Tack vare kontakten med region Jönköpings län fick vi upp ögonen för den växande förekomsten av malignt melanom och vårt engagemang väcktes för hur vi inom idrotten kan bidra i det förebyggande arbetet."

Det primärpreventiva arbetet har riktats mot barn, unga samt föräldrar. I samverkan med Smålandsidrotten har idrottsledare och fritidsledare fått information om hur man bäst skyddar sig mot solen. Detta har lett fram till att vi i samband med kommuners sommaraktiviteter har nått cirka 5 000 barn och 6 000 vuxna som fått budskap om solen och dess effekter och vikten av att skydda sig.

I Region Västra Götaland har ett pilotprojekt inom barnhälsovården genomförts som även spridits till Jönköping, Kalmar och Östergötlands län. Sjuksköterskorna inom barnhälsovården förde en dialog med föräldrar till barn



Broschyr som delats ut till barn och ungdomar i samband med sommaraktiviteter.

i åldern 0–5 år och man delade samtidigt ut en kylskåpsmagnet med ett bildbudskap om hur man skyddar sig mot solen.

Flera studier visar att befolkningen i olika åldrar har relativt goda kunskaper om solens skadliga effekter och att man bör skydda sig. Andra studier visar att trots dessa kunskaper är solbeteenden svåra att förändra. Det är intressant att individer som har en känsligare hudtyp är mest benägna att ändra sitt solbeteende. Frågan är om det generella preventionsarbetet eller arbetet mot riktade grupper leder till mest förändrade beteenden?

**FÖR ATT NÅ MÅLET ATT MINSKA
INSJUKNANDE I MALIGNT MELANOM
KRÄVS ATT ALLA AKTÖRER SAMVERKAR**

Alla hudförändringar som tas bort analyseras på patologen och dessa hudpreparat utgör hela 25 procent av alla preparat som kommer till patologen. Primärvården tar bort de flesta varav endast cirka 10 procent är maligna. Med detta som bakgrund har kartläggning av primär-

vårdens förutsättningar att bedöma och ta bort hudförändringar genomförts via enkät till chefer och läkare. Utifrån detta har samverkan mellan allmänläkare och hudspecialist intensifierats.

Förberedelser och test inför implementering av teledermatoskopi i primärvård har genomförts. Förankring och spridning sker via Fakta – kliniskt kunskapsstöd för allmänläkare i Region Jönköpings län. Detta förväntas att på sikt bidra till minskat inflöde av preparat till patolog.

Samverkan med aktörer i hela processen har även inneburit att kirurgkliniken nu har avsatta tider för excision varje vecka. Vårt gemensamma arbete har nu lagt en bra grund inför implementering av Standardiserat vårdförlopp inom cancervården där en av de stora utmaningarna är samverkan i hela processen.

Marianne Maroti

Överläkare, onkologkliniken,
Länssjukhuset Ryhov

Noomi Carlsson

Utredare, med. dr, Folkhälsa och sjukvård,

Christina Berndes-Sköldmark

Överläkare, hudkliniken. Ryhov,

Eva Ulff

Sjuksköterska, onkologkliniken,
Länssjukhuset Ryhov

Mari Bergeling

utvecklingsledare, Qulturum,

Alla från Region Jönköpings län

Referenser – artikel

1. Olsen CM, Thompson BS, Green AC, Neale RE, Whiteman DC. Sun Protection and Skin Examination Practices in a Setting of High Ambient Solar Radiation: A Population-Based Cohort Study. *JAMA dermatology*. 2015;151(9):982-90.
2. Falk M, Anderson CD. Influence of age, gender, educational level and self-estimation of skin type on sun exposure habits and readiness to increase sun protection. *Cancer epidemiology*. 2013;37(2):127-32.

Från misstanke om malignt melanom till diagnosbesked = 4 veckor

Landstinget i Kalmar län har deltagit i SKL-projektet "Bättre flöde i vården" för att ta fram, prova och införa enhetliga arbetsprocesser för malignt melanom eller misstanke om malignt melanom. Projektarbetet har förkortat handläggningstiden och skapat en arbetsmodell med enhetliga rutiner för att få en jämlik vård i Kalmar län, men också inom regionen.

Bakgrund

I kömiljardöverenskommelsen för 2014 fick Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i uppdrag att genomföra ett nationellt samordningsprojekt med prestationsmedel avsatta för deltagande landsting. Arton (18) landsting och regioner deltog i SKL-projektet "Bättre flöde i vården".

Landstinget i Kalmar län saknar ett tydligt och gemensamt processflöde för patienter med malignt melanom. Hudcancer (malignt melanom) är den näst vanligaste cancerdiagnosen bland såväl kvinnor som män med 16% av fallen. Hudcancer är även den cancerdiag-

nos som växer snabbast i Sverige. Den årliga ökningstakten av malignt melanom var 5,7% för kvinnor och 5,9% för män under år 2013 (Socialstyrelsen, 2014). För att förbättra vårdprocessen för denna patientgrupp och få jämlik vård i länet, men även inom regionen, har Landstinget i Kalmar län deltagit i SKL-projektet "Bättre flöde i vården".

Projektarbetet

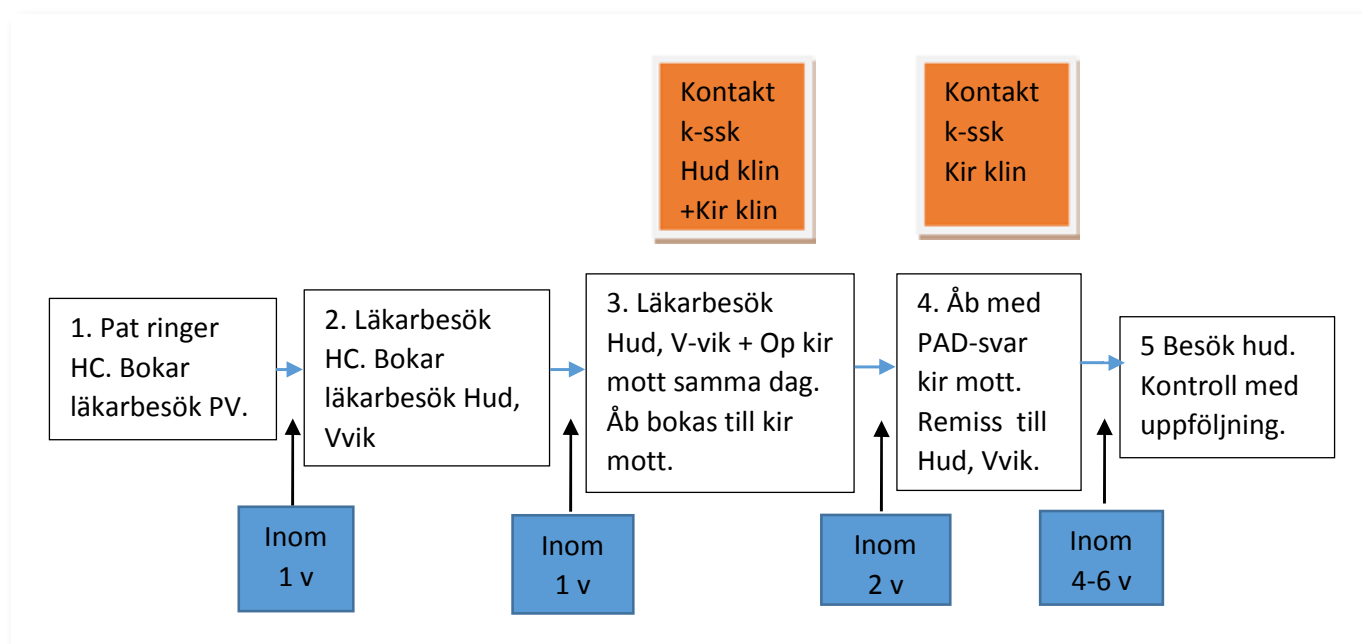
För att få en nulägesbild av vårdprocesserna i länet kring diagnosgruppen malignt melanom gjordes flödeskartläggningar där ledtider och vårdprocesser identifierades. Konstaterades då att projektgruppen kunde fånga sju stycken helt olika flöden och processer inom länet. De flöden som kunde följas var oklara och otydliga både inom och mellan verksamheterna.

Istället skapades ett "önskeflöde" för vårdprocessen kring malignt melanom baserat på Nationellt vårdprogram (Regionala cancercentrum i samverkan, 2014), Pakkeforløb i Danmark (SKL, 2014) samt standardiserade vårdförlopp (Regionala cancercentrum i sam-

verkan, 2014). "Önskeflödet" utformades så att projektets mål uppnåddes men även med tydligt patientfokus där teamets patient blev en viktig komponent. Diskuterades också var i vårdkedjan operationen/excisionen hamnar. Framhölls att excision av misstänkt malignt melanom bör utföras inom specialistvården för att minska antalet "onödiga" excisioner, vilket skapar långa ledtider för PAD-svar. "Önskeflödet" testades i en pilot i norra länsdelen under 3 månader 2015.

"Önskeflödet" – projektets pilot

Piloten med projektets "önskeflöde" (figur 1) pågick under tre månader våren 2015. Deltagande verksamheter var Hälsocentralerna Esplanaden och Stora Trädgårdsgatan i Västervik samt Blå Kusten, Oskarshamn tillsammans med hud- och kirurgkliniken i Västervik och patologen Kalmar. Skriftliga dokument och överenskommelser mellan verksamheterna i flödet sammanställdes inför pilotstarten. En röd stämpel införskaffades med texten "Projekt malignt melanom" med vilken alla PAD-remisserna stämplades.



Figur: "Önskeflödet"



Webbtidningen "Bättre flöde i vården" finns att ladda ner i form av en pdf via SKL:s hemsida, www.skl.se.

Statistik piloten

På hudkliniken fanns 4 bokningsbara tider varje onsdag förmiddag. Under de 13 onsdagar som piloten pågick bokades totalt 30 patienter. Av dessa patienter gick 7 vidare för excision på kirurgmottagningen. På övriga, obokade tider bokades även 8 patienter från andra hälsocentraler med samma frågeställning. Av dessa gick 4 patienter vidare för kirurgi. Det innebär att 11 patienter opererades på kirurgmottagningen samma dags eftermiddag.

Statistik och utvärdering från Patologavdelningen

Under piloten har 11 preparat inkommit för PAD.

- 1 fall invasivt malignt melanom. Svarstid 6 dagar.
- 3 fall var in situ melanom. Svarstid 7 dagar.
- Svarstid i genomsnitt 9,5 dagar.
- De övriga fallen var ett Spitz nevus och en blandning av benigna nevus, inflammatoriska förändringar som kan vara regressionsförändringar och dysplastiska nevus.

Antal dagar avser kalenderdagar, inte arbetsdagar. Även helgdagar är inkluderade.

Från patologernas sida ansåg man att det var värdefullt att via den röda stämpeln lätt kunna identifiera preparaten från testpiloten. Patologavdelningen bedömde att det är möjligt att 80% av PAD-svaren ges inom 14 dagar förutsatt att preparaten inger stark misstanke om malignitet och att skärpt selektering sker av opererande läkare. Man önskade från patologens sida förbättring avseende anamnesuppgifter kring duration. Patologavdelningen kom-

mer att sammanställa riktlinjer för att uppnå en svarstid inom 14 dagar.

Internutbildningar

Under projektiden har hudläkarna hållit interna utbildningstillfällen för länets distriktsläkare vad gäller hudförändringar, malignt melanom och dess behandlingsformer, men även information om projektarbetet. Frågan om excision eller inte av hudförändringar inom primärvården var något som diskuterades. Vikten av att minimera "onödiga" excisioner, remittera till hudklinik och göra "rätt från början" blev tydligt. Utbildningsdagen blev mycket uppskattad och något liknande planeras för medarbetare på kirurkliniken och länets distriktskötorskor.

Resultat

Projektet visar att landstinget gemensamt har tagit fram, provat och infört enhetliga arbetsprocesser i delar av länet för patienter med malignt melanom eller misstanke om malignt melanom och därmed skapat möjligheter för att få en jämlik vård i länet, men även i regionen, vilket var projektets syfte och uppdrag.

Implementering av projektresultat

Beslut är taget av sjukvårdsledningen att projektets "önskeflöde" nu ska införas och gälla för hela Kalmar län, dock med reservation för att det standardiserade vårdförloppet för malignt melanom, som ska införas under 2016, är överordnat landstingets modell. Implementeringen startade i oktober 2015 då samma arbetssätt och vårdprocess infördes på hud- och kirurkliniken i Kalmar tillsammans med tre hälsocentraler i södra länsdelen.



Poster från Spridningskonferensen i Stockholm 24-25 september.

KORT FAKTA:

- Patientdeltagande gav oss kvalitetssäkring och ett vidare perspektiv.
- Sol-information på webb och bussar!
- Samma dag som patienten bedöms av hudläkare tas förändringen bort av kirurgläkare.
- Patologsvar inom 14 dagar!
- Möjlighet till bildöverföring som komplement till remiss – ett pilotprojekt hösten 2015.
- Vi står förberedda för standardiserat vårdförlopp 2016!

Möjlighet till digital bildöverföring som komplement till remiss

Projektet har även bidragit till att en pilot startas under senhösten 2015 gällande möjligheten till digital bildöverföring som komplement till remiss i Cosmic, vilket varit ett starkt önskemål från professionen under lång tid. Frågan lyftes tidigt i projektarbetet och en representant från landstingets IT-vårdsystem deltog regelbundet vid projektgruppsmöten som sakkunnig i frågan. Några hälsocentraler och en av hudklinikerna i länet kommer att delta i piloten. Ansvariga för piloten blir IT-vårdsystem och projektledare är utsedd.

Landstinget i Kalmar län står förberedda för standardiserat vårdförlopp för malignt melanom 2016. Utveckling och samarbete har etablerats, vilket möjliggjort kompetensutveckling och internutbildningar för medarbetarna.

Marita Blomberg-Nilsson,

projektledare

marita.blombergnilsson@ltkalmar.se

Hänvisning till:

- Karin Andersson, överläkare, Hudkliniken, Länssjukhuset Kalmar.
karin.andersson4@ltkalmar.se
- Annegret Lautwein, överläkare, Hudkliniken, Västerviks sjukhus.
annegret.lautwein@ltkalmar.se
- Marita Blomberg-Nilsson, projektledare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Landstinget i Kalmar län.
marita.blombergnilsson@ltkalmar.se
- Sveriges Kommuner och Landsting www.skl.se.
- <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/tillganglighetivardenvardgarantin/battreflodeivarden.battreflode.html>

Bra samspel ett måste för bättre patientvård

2014 fick Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, i kömiljordsöverenskommelsen i uppdrag att genomföra ett nationellt projekt för att öka tillgänglighet, patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet. Projektet kallades "Bättre flöde i vården" och Hudkliniken i Norrköping fick chansen att delta tillsammans med andra berörda aktörer för att titta närmare på hudtumörprocessen.

Efter en introduktionsdag i maj 2014 i Stockholm följde tre lärandeseminarier varvat med hemarbete. På seminarierna mötte man andra team och fick inspiration och stöd för sitt förbättringsarbete. Mellan föreläsningar fanns tid avsatt för arbete i teamet.

Förbättringsarbete omkring hudtumörprocessen var i sig inget nytt och alla visste ungefär om väntetiderna i processen. Men behovet att förbättra blev mycket mer tydligt när alla berörda aktörer från Primärvården, Hudkli-

niken, Öron-näsa-halskliniken och Kirurgen gjorde en "värdeflödesanalys" tillsammans. Det var som en aha-upplevelse när patientens väg genom processen och de faktiska väntetiderna synliggjordes gemensamt.

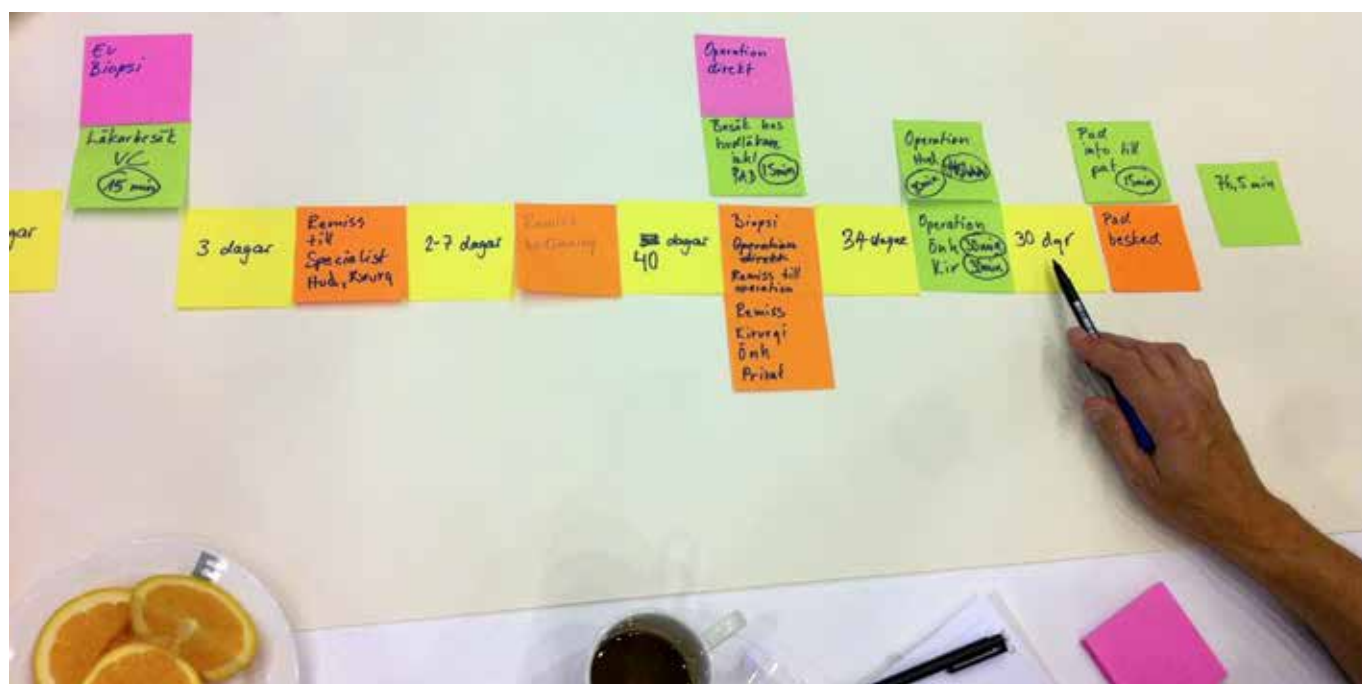
Det blev tydligt att alla aktörer hade mest fokuserad på sin egen del i vårdprocessen. Vi försökte ändra synvinkeln från verksamheternas behov till patienternas behov som styrde besöksstiderna, från resurs- till flödeseffektivitet med andra ord. Eftersom projektet prioriterade patientflöde började vi med att sätta upp gemensamma mål för patienterna. Vi bestämde oss för att förbättra vårdprocessen för patienter med malignt melanom och valde ut några få konkreta förändringar för att se resultat. För att få gemensam drivkraft valde vi förbättringsområden i varje del av vårdprocessen. Våra mål fokuserade mest på korta ledtider till operation, bättre arbetsmiljö, nöjda patienter och mer kunskap om vad patienterna tycker om vårdprocessen.

Förenklad remissprocess

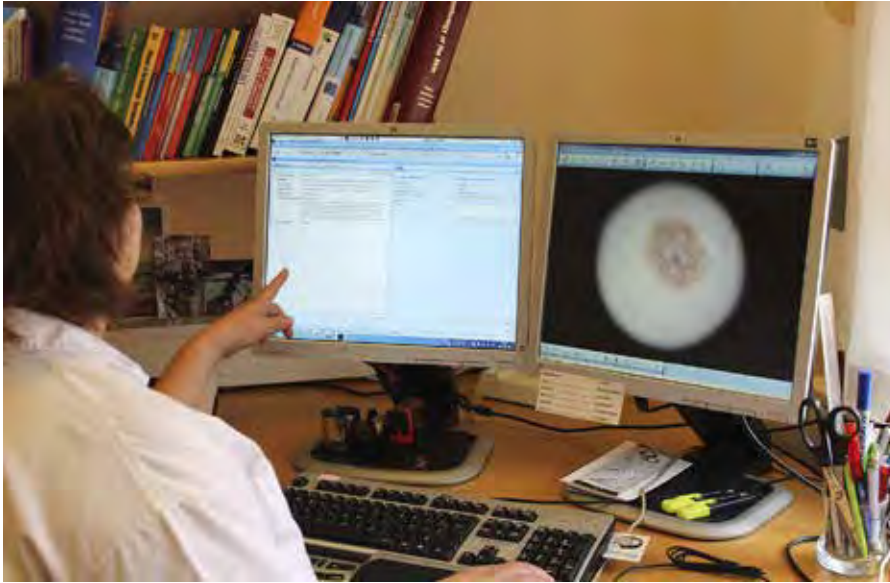
En väsentlig förändring var att förenkla remissprocessen. Genom att komplettera remiss med foto underlättade vi för primärvårdsläkaren att ge information om hudförändringens utseende och för hudläkaren att bedöma och prioritera patientens behov. Redan tidigt i förändringen upplevde vi att foto tillsammans med remisstext ökar säkerheten för patienten. Befintligt fotosystem är för primärvårdsläkaren något invecklat medan det underlättar arbetsprocessen för remissgranskaren.

Matcha tid för hudbedömning och operationstid

I samarbete med kirurgen matchade vi tider för nybesök på hudmottagningen med tid för operation på kirurgmottagningen. En patient med misstänkt malignt melanom kan nu erbjudas operation direkt vid nybesöket eller inom 5 dagar. Även om man tidigare alltid har prioriterat



Projektarbete pågår.



En vanlig dag på jobbet.

patienter med malignt melanom från kirurgens sida har förändringsarbetet ledd till att vi tillsammans fokuserar på den patientgruppen. Personalen upplever att vi kan erbjuda kvalitet och säkerhet och patienter kommer nu på ett besök i stället för två.

Bättre information ger förberedd patient

Med Öron-näsa-hals kliniken skapade vi ett snabbare flöde för patienter med misstänkt malignt melanom. Nu får patienten direkt i anslutning till besöket på hudmottagningen träffa en Öron-näsa-halsläkare som planerar ingreppet och informerar patienten. Efter ett

besök är nu operationen planerat inom 2-7 dagar och patienten är väl förberedd.

Patientenkät för utvärdering

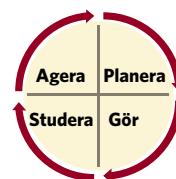
Hudtumörprocessen har aldrig utvärderats i sin helhet. Regionalt Cancercentrum har parallellt med SKL projektet utvecklat en patientenkät för patienter med malignt melanom. Tack var den kan nu varje aktör få kunskap om patientens upplevelse av vårdprocessen. Med den kunskapen kan vi sedan anpassa förbättringsarbete ännu bättre till patienternas behov.

Vikten av vårt samspel i förbättringsarbetet blev så övertygande att vi bestämde att hålla en kontinuitet i gruppen även om det nationella

Ur "Bättre flöde i vården"

För att skapa "flöde i flödesarbetet" har vi bland annat använt oss av en "indextavla" med tio steg som visar både på konkreta och viktiga aktiviteter för arbetet samt hur långt man har kommit på vägen. Det finns mer material på www.skl.se för dig som vill veta mer. Sök bara på "Bättre flöde i vården" i sökfältet på hemsidan.

- 10 Etablerad struktur för ständiga förbättringar finns
- 9 Ett väl fungerande flöde för patienterna är etablerat
- 8 Förbättringar kan ses i övergångarna mellan flödets delar
- 7 Förändringar har börjat testas och förbättringar kan ses i delar av flödet
- 6 Mätningar utförs regelbundet
- 5 Mått är definierade
- 4 Mål är satta inom de tre målområdena
- 3 Flödet är kartlagt och samtliga i team och styrgrupp har gått flödet
- 2 Patientmedverkan finns
- 1 Patientflöde är identifierat och definierat, team och styrgrupp finns



SKL-projektet blev avslutat med en "spridningskonferens" i slutet av september i år. Vi har lärt oss att vi måste kontinuerligt arbeta med förbättringar i vårdprocessen för att nå önskat resultat. Vi har med förbättrad hudtumörprocess skapat goda förutsättningar för att utveckla och möta upp kraven för Standardiserade vårdförlopp för malignt melanom vilket glädjer oss mycket.



Ines Köhler
Allmänläkare och ST-läkare
inom dermatologi



Eva Ljunggren
Verksamhetschef
Hudkliniken i Östergötland

Annons

Rapport från Hugh Greenway's 32nd Annual Superficial Anatomy and Cutaneous Surgery

Till min stora glädje tilldelades jag SDKO:s utbildningstipendium 2015, något jag vill tacka SDKO samt Almirall, Galderma, La Roche-Posay, Leo Pharma, Meda och Roche för. Likt flera tidigare stipendiater använde jag pengarna för att åka på kursen Hugh Greenway's Superficial Anatomy and Cutaneous Surgery, som i juli anordnades för 32:a gången. Kursen hölls norr om San Diego, på Hotel Marriott Del Mar och på UC San Diego i La Jolla. Kursens upplägg och innehåll motsvarade det som tidigare beskrivits [1-3], det var av långa, fullspäckade dagar där föreläsningar varvades med praktiska moment. Föreläsningarna var initialt mer övergripande och täckte ämnen så som huvud-halsanatomi, sutureringstekniker och strukturer i ansiktet som är viktiga att beakta vid kirurgi. Senare föreläsningsspass var mer kliniskt inriktade och utgick till stor del från faktiska patientfall och hur man löst situationen kirurgiskt i dessa. Generellt var föreläsarna mycket bra och det de tog upp intressant. De delar som handlade om kosmetisk dermatologi blir minde applicerbara för en landstingsanställd hudläkare från Sverige men i USA är det en stor del av många hudläkares vardag.

De praktiska momenten bestod av två delar. Det ena var grupparbete där bilder på patienter med defekter efter kirurgi projicerades på blädderblock. Man turades om att komma med förslag på hur man skulle slutföra ingreppet och kunde sedan hjälpas åt i gruppen att hitta en bra lösning. Något som poängterades var att det sällan finns bara ett sätt att lösa ett kirurgiskt problem och att man som hudkirurg behöver lära sig vad som fungerar "i sina händer". Det andra praktiska momentet utgjordes av flera pass i dissektionssal på universitet, där man på balsamerade kroppar kunde öva på det som förelästs. Vid båda momenten fanns föreläsarna med för att ge råd och vägledning.

De flesta kvällarna ägnades åt föreläsningsspass men en kväll var det istället en kursmiddag. Denna hölls på Stephen Birch Aquarium, en del av UC San Diegos oceanologiska institution. Många av föreläsarna deltog och bland både kursdeltagarna och föreläsare var det flera som hade med sig sina familjer till middagen. Det var mycket trevligt men mot slutet av kvällen blev det lite svårt att hålla sig vaken, i alla fall för mig som fortfarande var inställd på svensk tid.

Kursdeltagarna var till stora delar från USA men många andra delar av världen fanns representerade. Näst störst var utan tvekan gruppen från Holland, där man på flera sjukhus låter sina ST-läkare åka på kursen om de vill. Att alla som vill kan åka på denna typ av kurs känns som en drömsituation som är svår att nå i Sverige i nuläget. Den svenska delegationen var trots allt bland de större.

Det finns så klart många skillnader mellan sjukvård i Sverige och USA, vilket även gäller för dermatologin. En skillnad, som tagits upp tidigare, är att man använder Mohs kirurgi i mycket större utsträckning än i Sverige. En av föreläsarna, som var plastikkirurg, fällde kommentaren "Om Mohs kirurgi är en så avancerad metod, varför är då alla defekter helt runda". Denna observation stämde för en hel del av det som visades under föreläsningarna och har rimligen sin förklaring i att det ofta är lågaggressiva tumörer som opereras bort. Även om deras sätt



Den svenska delegationen.

att arbeta kan kännas som resursslöseri så vore det nog önskvärt att man i Sverige kunde använda Mohs kirurgi på lite vidare indikation än i nuläget, och på fler kliniker i landet.

En annan skillnad som blev tydlig många gånger var att de föreläsare som var hudläkare ofta ville belysa betydelsen av den egna specialiteten och gärna ta över områden som angränsar till andra specialiteter. Man vill inte remittera till andra om det inte är helt nödvändigt. Detta tankeätt skulle man lämpligen kunna applicera på just hudkirurgin, då det säkert blir mer effektivt om färre patienter behöver besöka flera kliniker på sjukhuset innan de är färdigbehandlade för sina hudtumörer. I Sverige kan detta sätt att resonera dock ibland vara svårt, då brist på resurser eller personal gör att det kan vara svårt för hudkliniker att utöka sitt uppdrag.

Eftersom kursdagarna var helt uppbokade var det bra att ha lite tid efter kursen, för att se lite mer av San Diego. Just den helgen gick evenemanget Comic-Con av stapeln, så staden var full av folk och man såg många som var utklädda till figurer från filmer och serier.

Avslutningsvis vill jag varmt rekommendera den här kursen för alla som vill fördjupa sig ordentligt i ämnet hudkirurgi. Ett problem kan vara att hitta finansiering och där har SDKO:s utbildningstipendium en viktig roll att fylla.

Johan Dahlén Gyllencreutz

Specialistläkare, Skaraborgs Sjukhus, Skövde

1. Gonzalez H. 29th Annual Superficial Anatomy and Cutaneous Surgery Course, La Jolla, California, USA. Forum for Nord Derm Ven 2013;18:25-26
2. Nielsen K. Report From Hugh Greenway's 30th Annual Superficial Anatomy and Cutaneous Surgery, 2013. Forum for Nord Derm Ven 2014;19:22-23
3. Ingvar Å. A report from Hugh Greenway's 31st annual course on Superficial Anatomy and Cutaneous Surgery, July 2014. Forum for Nord Derm Ven 2014;19:57-58

DVSS

DVSS (Dermatologi Venereologi Sjuksköterskor i Sverige) är en ideell, professionell sammanslutning av sjuksköterskor intresserade av den dermatologiska/venereologiska omvårdnadens framåtskridande. Föreningen bildades 1988 och leds av en styrelse. Föreningen betonar ett intresse för att utveckla omvårdnaden inom specialiteten. DVSS är en riksomfattande specialistförening under SSF (Svensk Sjuksköterskeförening).



Målsättning för DVSS

- Att verka för att patienterna får en god hud-sjukvård.
- Att stimulera och medverka till vidare utveckling av omvårdnaden och annan forskning som gynnar patienter med dermatologisk/venereologisk sjukdom.
- Att främja samarbetet med de nordiska föreningarna inom Dermatologisk/venereologisk vård.
- Att främja det internationella samarbetet inom dermatologi/venereologi.

För närvarande, oktober 2015, har föreningen 212 medlemmar. Styrelsen består av nio personer som har tre till fyra fysiska möten och två skype-möten per år. Utöver det är det flitig mejlkontakt inom styrelsen. Kontakten med övriga medlemmar sköts oftast via gruppmejl. Föreningen har en egen hemsida samt en sluten facebook-grupp. På facebook sker diskussion/frågeställningar samt läggs ut mötesinformation och bilder. Cirka 50% av medlemmarna har anslutit sig till facebook-gruppen. Via gruppmejl kan man nå alla medlemmarna och den möjligheten används ofta för praktiska råd och tips som rör det vardagliga arbetet eller för spridning av bl.a. utbildningsinformation.

Årets viktigaste händelse är 1,5 utbildningsdagar i samband med årsmötet. Årsmötet arrangeras av kliniker ut i landet med stöd av styrelsen.

Övriga aktiviteter är att besöka de nordiska kollegornas årsmöten med en medlems- och en styrelserepresentant. I år samlades representanter från Norge och Sverige i Köpenhamn i samband med EADV och hade ett gemensamt nordiskt styrelsemöte.



DVSS:s 25-årsjubileum i Trollhättan 2013 då det bl.a. delades ut den nyutkomna kompetensbeskrivningen till Agnes Låt "release me".



2013 färdigställdes kompetensbeskrivning efter flera års arbete tillsammans med SSF. Kompetensbeskrivningen kan läsas på föreningens hemsida



www.swenurse.se/dvss. En viktig arbetsuppgift för DVSS är att besvara/bistå SSF vid olika remissärenden från bl.a. Socialstyrelsen.

Soile Kangasniemi
DVSS ordförande

DVUS

DVUS (Dermato-Venerologi Undersköterskor i Sverige) startades av två undersköterskor från Västerås för 15 år sedan.

Föreningen består av undersköterskor från hela Sverige som arbetar med patienter med hudsjukdomar eller venerologiska besvär.

Vi har årsmöte en gång per år, då vi har föreläsningar i dermatologi och venerologi. Läkemedelsrepresentanter finns med och visar sina produkter. Årsmötet är mycket uppskattat då vi som yrkesgrupp inte har så många tillfällen att träffas och diskutera frågor som rör oss. Här har vi möjlighet att utbyta erfarenheter med varandra.

Styrelsen består av sju ledamöter.

Ordförande: Elisabeth Klingsell,

SesamCity Hud Karolinska Sjukhuset

Vice Ordförande: Ann-Marie Andersson

Hudmottagningen Karlskoga

Kassör: Yvonne Nordlöf

LAH Norrköping

Sekreterare: Carina Tell

Hudmottagningen Västerås

Ledamot: Karina Broskog

Hudmottagningen Utsikten Stockholm

Ledamot: Ann-Sofie Vaara

Hudmottagningen Karolinska Sjukhuset

Ledamot: Mona Enander

SesamCity Hud Karolinska Sjukhuset

Elisabeth Klingsell, Ordförande DVUS

SISTA CHANSEN ATT NOMINERA TILL...

SSDV:s pedagogiska pris 2016

Nyhet – ssdv.se

Vid SSDV:s årsmöte i Skövde 2015 röstade medlemmarna för att instifta ett pedagogiskt pris på 15 000:- för att uppmärksamma goda pedagogiska insatser som har haft stor betydelse för utbildning och fortbildning inom dermatovenerologisk specialitet. Framgent kan medlemmarna till SSDV:s styrelse nominera kandidater till stipendiet fram till och med **2015-12-11**. Kortfattad motivering skall medfölja nomineringen som skickas via mail till info@ssdv.se. En nomineringsgrupp kommer att utses inom styrelsen. Priset kommer att överlämnas i samband med årsmötet i Uppsala 2016.

Bidrag till Specialist-examen

Nyhet – ssdv.se

Ett fåtal kollegor i Sverige har skrivit EU tentamen. Denna organiseras av UEMS-EBDV Board of examination (<http://www.uems-ebdv.org/web/>) i Frankfurt under två dagar i augusti varje år. Avgiften är €400. SSDV:s styrelse vill härmed uppmuntra till ett ökat deltagande från Sverige och kommer till nästa år att bereda möjligheten för två SSDV-medlemmar att söka bidrag till anmälningsavgiften för 2016. Ansökan skall skickas till SSDV styrelse, att: Agneta Andersson (info@ssdv.se, S:t Johannesgatan 22A, 753 12 Uppsala). Dom två först inkomna ansökningarna kommer att erhålla ersättning från SSDV. Vi vill ha era ansökningar senast den 1/5 2016. Förutom era kontaktuppgifter och arbetsplats skall ifyllt Application form för anmälan till själva specialistansökan bifogas. Övriga omkostnader, resa och logi ersätts inte av föreningen.

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

Annons

Join the Nordic Skin Club!

We wish you welcome to the 33rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology in Trondheim on April 27-29, 2016. Our aim 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 this exiting field of medicine.

The Nordic countries share common history, culture and way of thinking. That is why we strongly believe that the Nordic Dermatology Association and its Nordic congresses still have important roles for dermatology and venereology in each of the Nordic countries, supplementing other organizations and meetings.

Previous Nordic congresses in Norway have

been held in Oslo or Bergen. This time we will gather in the religious capital of Norway, Trondheim, which is also an important scientific and academic center. The Norwegian University of Science and Technology was founded here in 1910, with its Faculty of Medicine added in 1975. The university has a strong academic record with two recent Nobel prize laureates in medicine.

The Department of Dermatology at the St. Olav's University Hospital and the Norwegian Society of Dermatology and Venereology wish you welcome to three inspiring days of scientific interaction and social gathering! Join the Nordic skin club!

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,
Congress
Secretary
Genera

Petter Gjersvik
MD PhD,
Chair,
Program
Committee

Announcement of NDA Travel Grants

The 33rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology, April 27-29th, 2016 in Trondheim, Norway.

Nordic Dermatology Association releases 35 travel grants, sek 7500 each, for residents and young specialists in dermatology and venereology who submit an abstract for poster presentation for the 33rd Nordic Congress of Dermatology and Venereology, April 27-29th

2016 in Trondheim. Some of the abstracts will be selected as free communications.

Please send your abstract according to the instructions at www.nordicderm2016.org. Application for the travel grant should be sent to NDA at joanna.wallengren@med.lu.se. The deadline for abstract submissions and grant applications is January 10th, 2016.

The number of grants for each Nordic country, based on the number of national members,

will be as follows: Denmark 7, Iceland 1, Sweden 12, Finland 9, Norway 6

The grants will be awarded according to decision by NDA board.

Joanna Wallengren

NDA secretary general and treasurer





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

Varför använda svenska basserien för lapptestning?

Var femte vuxen i Sverige har kontaktallergi mot vanligt förekommande allergen. Siffran uppskattas ännu högre hos patienter med kroniskt eksem. Genom att använda den svenska basserien för lapptestning kan 70 procent av kontaktallergierna identifieras.

Trots en effektiv metod används den inte av alla hudläkare.

Mihály Matura är specialist i dermatologi och arbetar vid Centrum för arbets- och miljömedicin i Stockholms läns landsting.

I maj föreläste han på SSDV:s vårmöte i Skövde.

– Vi vill slå ett slag för att använda den alltid uppdaterade och aktuella svenska basserien för lapptestning. Den fångar upp de viktigaste och mest relevanta allergier som orsakar besvär. Vissa förlitar sig dock på äldre metoder med ämnen som inte alltid motsvarar de allergen vi vill testa för och det innebär att det görs kontaktallergikutredningar som blir missvisande, säger Mihály Matura.

Ungefär 4 400 ämnen har hittills visats kunna orsaka kontaktallergi. Det är organiska eller oorganiska ämnen som kan bindas till proteiner i huden och ge upphov till en immunologisk reaktion.

De ämnen som oftast orsakar kontaktallergi och allergiskt kontakteksem är metaller, konserveringsmedel, parfymämnen, plast- och gummi-kemikalier.



www.fotolia.se



Mihály Matura

70 procent upptäcks

I mer än 100 år har det funnits en serie (tidigare kallades den för standardserie) för att upptäcka kontaktallergi mot de vanligaste allergenerna. För cirka fyra år sedan ändrades namnet standardserie till basserie efter en europeisk rekommendation. Namnändringen gjordes för att förtydliga att en testning med standardserie inte är detsamma som en standardprocess.

– Det handlar om en basutredning och därför byttes namnet till basserie.

Basserien innehåller 30 testmaterial och omkring 50 viktiga och vanligt förekommande allergener vars källor finns i vår dagliga arbets- och omgivningsmiljö. Ämnena är testade i svenskt patientmaterial och finns tillgängliga i Sverige via Chemotechnique.

Undersökningar uppskattar att 1,6 miljoner svenskar har kontaktallergi. Trots att basseriens allergen är de vanligaste, uppskattas stora grupper förvärva kontaktallergi mot andra allergen.

– Så det går inte att utesluta kontaktallergi genom att enbart använda basserien, vid behov måste man komplettera med en utvidgad testning.

SSAMD rekommenderar alla svenska hudläkare och hudkliniker att använda den svenska basserien för lapptestning eftersom det är den mest effektiva och säkra metoden för att hitta patienter med eventuell kontaktallergi. Trots det används inte basserien av alla, vilket Mihály Matura beklagar.

– Föreställ dig att en läkare träffar en patient med en pigmenterad hudtumör och missar att använda dermatoskop för att hen fortfarande förlitar sig på sitt förstoringsglas. Det skulle vara ett uppenbart tjänstefel. Men när det gäller kontaktallergikutredningar så förekommer det att läkare använder äldre och sämre metoder som gör att patienter riskerar att gå miste eller få en felaktig diagnos.

Ämnen testas utan relevans

Mihály Matura jämför den svenska basserien med sina 30 testämnen med TRUE/Mekos-test med två paneler (24 ämnen). Testet som är godkänt av Läkemedelsverket, skiljer sig stort från den svenska basserien.

– Det är ett test som går snabbt att göra, men det finns en betydande skillnad i effektivitet och träffsäkerhet. Endast 17 ämnen är gemensamma med de ämnen som finns i basserien, tre är liknande ämnen och fyra ämnen är inte relevanta och finns inte med i basserien. I dag använder tyvärr många privatpraktiserande hudläkare denna metod som ligger långt ifrån basserien.

Om man till exempel jämför Kain mix II som testar tre olika bedövningsmedel och som ingår i den svenska basserien med Kain mix Mekostest, finns exempelvis lidokain inte med. Däremot tas benzokain upp som knappast förekommer i Sverige.

– Det är ett typiskt amerikanskt allergen och helt irrelevant att testa. Man pratar om Kain mix som om det vore samma sak, men det är det inte.

Ett annat exempel är Fragrance mix i den svenska basserien. Vissa hudläkare tror felaktigt att det är samma sak som Parfym-mix (i TRUE-test). Bägge testerna innehåller samma åtta allergener, men har helt olika sammansättningar.

– Medan Fragrance mix fångar nio procent av alla kontaktallergier, upptäcks knappt fem procent med Parfym-mix. Orsaken till detta ligger mest sannolikt i den aktuella exponeringen till parfymallergen och kan ändras med tiden.

Allergier missas

När det gäller konserveringsmedel är i stort sett samtliga allergiframkallande vid hudkontakt. Vissa är starka eller extremt starka kontaktal-

Svensk basserie 2015	MEKOS test 2 paneler	Mekos test 3, 3+paneler
Fragrance mix	Parfym mix	Parfym mix
Sesquiterpenlactonmix		
Formaldehyd	Formaldehyd	Formaldehyd
Fragrance mix II		
Fenolformaldehyd harts		
Diazolidinyl urea		Diazolidinyl urea
MCI/MI	MCI/MI	MCI/MI
Amerchol L 101	Ullfettalkoholer	Ullfettalkoholer
Kain mix II	Kain mix	Kain mix
Lavsyramix		
Tixocortol pivalat		Tixocortol pivalat
Textilfärg mix		
Budesonid		Budesonid
MDBGN		
MI		
	Ethylendiamin diHCL	Ethylendiamin diHCL
	Carba mix	Carba mix
	MBT	MBT
	Thiomersal	Thiomersal
		Imidazolidinyl urea
		HC-17-butyrat

Svensk basserie 2015	MEKOS test 2 paneler	Mekos test 3, 3+paneler
Krom	Krom	Krom
PPD	PPD	PPD
Tiuram mix	Tiuram mix	Tiuram mix
Neomycin	Neomycin	Neomycin
Kobolt	Kobolt	Kobolt
Quaternium-15	Quaternium-15	Quaternium-15
Nickel	Nickel	Nickel
Kinolin mix	Kinolin mix	Kinolin mix
Kolofonium	Kolofonium	Kolofonium
Paraben mix	Paraben mix	Paraben mix
Black rubber mix	Black rubber mix	Black rubber mix
Sesquiterpenlactonmix		
Merkapto mix	Merkapto mix	Merkapto mix
Epoxy harts	Epoxy harts	Epoxy harts
Perubalsam	Perubalsam	Perubalsam
p-t-BPFR	p-t-BPFR	p-t-BPFR
Fragrance mix	Fragrance mix	Fragrance mix
Formaldehyd	Formaldehyd	Formaldehyd
Fragrance mix II		
Fenolformaldehyd harts		
Diazolidinyl urea		Diazolidinyl urea
MCI/MI	MCI/MI	MCI/MI
Amerchol L 101	Ullfettalkoholer	Ullfettalkoholer
Kain mix II	Kain mix	Kain mix
Lavsyramix		
Tixocortol pivalat		Tixocortol pivalat
Textilfärg mix		
Budesonid		Budesonid
MDBGN		
MI		
	Ethylendiamin diHCL	Ethylendiamin diHCL
	Carba mix	Carba mix
	MBT	MBT

lergen, exempelvis metylklorisotiazolon/metylisotiazolon (MCI/MI). Medan man i den svenska basserien testar högre halter (200 ppm) är halterna i Mekos-test bara jämförbara med den lägre diagnostiska träffsäkerheten med 100 ppm.

– Vi har en mycket bättre metod i dag. Om man exempelvis tar konserveringsmedlet formaldehyd har vi höjt halten från en till två procent och därmed kan vi fånga nästan dubbelt så många kontaktallergier jämfört med tidigare. Används Mekos-test med lägre halter är risken stor att man inte fångar in patienter med kontaktallergi mot formaldehyd.

En undersökning gjord där Mihály Matura är verksam, visar att tolv procent av patienterna har en kontaktallergi mot MI. Cirka sex procent visade sig vara allergiska mot Fragrance Mix II.

– Dessa patienter skulle man inte upptäcka med Mekos-test.

En viktig aspekt, menar Mihály Matura, är att man följer rekommendationen för avläsningar. Testlapparna som sitter på ryggen under cirka två dygn ska avläsas efter tre dygn samt efter cirka en vecka.

– Vissa hudläkare slarvar med detta och gör tyvärr inte alltid två avläsningar, vilket innebär att testresultatet kan bli missvisande.

Omfattande litteraturrenövringar visar att man riskerar att missa omkring tio procent av samtliga reaktioner i basserien, om man inte gör en andra avläsning.

– För vissa viktiga allergen är siffran mycket högre. Om man exempelvis missar en andra avläsning vid testning för budesonid, riskerar man att missa 60 procent av kontaktallergier.

Vinsterna stora

SSAMD arbetar med riktlinjer och standardisering av lapptestning och bidrar till att utveckla bättre metoder som tar hänsyn till förvaringsaspekter, sammansättning och doser.

– Vi utarbetar och uppdaterar rådlappar som går att ladda ned på vår hemsida. Vi arbetar också mycket med frågor som rör renhet av testmaterialet, aktualitet av testserier, avläsningstider och bedömning av morfologi samt relevansbedömningar. Varje år gör vi årliga revisioner då vi inkluderar och exkluderar ämnen, säger Mihály Matura.

Ett av skälen till att vissa hudläkare väljer bort den svenska basserien är att den upplevs som tidskrävande, menar Mihály Matura.

– Även om det kan upplevas som tidskrävande finns det flera viktiga skäl till varför man bör se till vinsterna med att använda den svenska basserien. Förutom att det är en läkares ansvar att se till att patienter får den bästa möjliga behandlingen, finns det också juridiska aspekter. Använder man en testserie med ämnen som vi

inte rekommenderar och en patient senare ifrågasätter det, bör man som läkare stå för förklaringen själv. Istället föreslår vi att använda den svenska basserien som är utvecklad av svenska experter.

Eva Nordin
Journalist

Fotnot: på www.ssdv.se finns rådlappar på svenska tillgängliga att ladda ned.

Information om Nysam samt rekommendation till klinikerna

Nyhet – ssdv.se

Under det senaste nationella hudchefs-mötet den 20:e oktober presenterades Nysam. Nysam är en arena för chefer som möjliggör utbyte av erfarenheter och jämförelser av nyckeltal som stöd till verksamhetsutveckling för en effektivare sjukvård. Nysam driver idag ett trettiotal olika utvecklingsgrupper varav ett antal har nationell täckning. Ofta bedriver utvecklingsgrupperna ett nära samarbete med specialitetsläkarföreningar. Exempelvis har Nysams utvecklingsgrupp för Infektionsmedicin idag nationell täckning genom ett gott samarbete med Infektionsläkarföreningen.

Under 2016 erbjuds samtliga Hudkliniker i Sverige att delta i en kostnadsfri benchmark med analys av 2015 års data. SSDV rekommenderar samtliga kliniker, även privat drivna, att delta i denna benchmark. Syfte och förväntad nytta är:

- Jämlig vård: "Få kunskap om vi erbjuder en jämlig vård över landet - finns inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen, vi vill leva upp till detta genom Nysam."
- Undvika resursslöseri: "Vi vill ha nationella/enhetliga riktlinjer där vi ser att vi är väldigt olika, bra att göra detta samordnat."
- Synliggöra samhällsnyttan: "Att synliggöra Hud-sjukvårdens betydelse – bekräfta och

utveckla den samhällsnytta vi gör." "Är befolkningens behov och resurser matchade?"

- Vara pådrivande i specialitetens utveckling: "Samla underlag för en förändrad framtid." "Tydliggöra uppdrag för landstingsledning och medborgare."

Resultat från benchmarken presenteras på ett gemensamt möte den 11:e april, samtliga deltagare erbjuds att delta på mötet mot en självkostnad. Målgruppen är verksamhetschefer samt medicinska rådgivare eller motsvarande.

Viktiga datum:

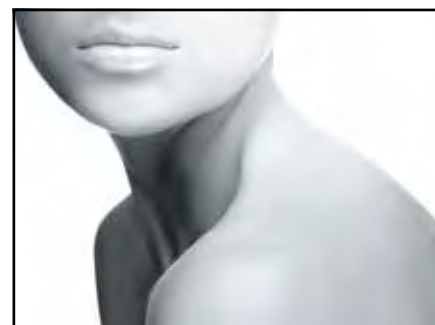
11/12	(v.50) blanketterna publiceras
22/1	datainsamling startar
19/2	datainsamling avslutas
11/4	Värmöte i Stockholm

Intresseanmälan deltagande kostnadsfri nationell benchmark:

För information och intresseanmälan:

Skicka kontaktuppgifter till

ida.nystrom@helseplan.se
Tel: 0701 46 66 00



SKIN®

HUDKLINIKEN

**söker hudläkarkollega
på hel- eller deltid.**

SKIN är en väletablerad medicinsk verksamhet belägen i naturskön omgivning i centrala Göteborg.

Vi har en omfattande hudkirurgisk verksamhet, men även ett brett utbud av behandlingar och estetisk verksamhet.

För mer info www.skinhudkliniken.com

Ansök senast 31 december

Till: Hélène Wolff MD, PhD, klinikchef
Mail: info@skinhudkliniken.se

Annons

24 Dermatologi & Venereologi Nr 4 • 2015

Den förste laparoskopisten var svensk

Hans Christian Jacobaeus, Stockholm – 1879–1937



Jacobaeus utför en laparoskopi.



Hans Christian Jacobaeus

Det är 105 år sedan den första moderna laparoskopiserien på människa publicerades. Pionjären var blivande medicinprofessorn H.C. Jacobaeus på Serafimerlasarettet i Stockholm. Han kom från en skånsk-dansk familj och föddes 1879. Han gjorde hela sin karriär i Stockholm och det numera nedlagda Serafimerlasarettet. Sina resultat från de 17 första fallen presenterade han år 1910 i Münchener Medizinische Wochenschrift [1]. Några år tidigare hade tysken Georg Kelling gjort inledande försök på djur. Jacobaeus punkterade bukväggen med en troakar som hade specialbeställts från Stilles och han fyllde därefter bukhålan med filtrerad luft. Genom troakaren kunde han sedan föra in ett Nitze-cystoskop (som jag presenterat i ett tidigare nummer av Svensk Urologi). Hans laparoskopier var diagnostiska, han ville exempelvis utreda om ascites hos en patient berodde på levercirros eller syfilis. Så småningom tyck-

te han att laparoskopin blev ett sidospår och koncentrerade sig istället på att utveckla thorascopin. Han använde samma utrustning till detta och kunde dessutom föra in en brännelektrod och skära av adherenser mellan lungornas yta och thoraxväggen. Under tjuo- och trettioalet var en behandlingsmetod för lungtuberkulos att låta lungan kollabera och "vila" genom att man fyllde lungsäcken med gas eller paraffin. Det kunde man inte om det fanns adherenser. Men det problemet löste således Jacobaeus. Han dog redan 1937, 58 år gammal, i hjärtinfarkt efter ett stormigt lärarmöte på Karolinska Institutet. Hans vetenskapliga produktion skrevs huvudsakligen på tyska som var det dominerande vetenskapliga språket då. Jag har dock hittat en sammanfattande artikel från 1912 på svenska i Hygiea [2] och där presenterar han ett större material än i artikeln från 1910. Jag saxat följande små delar:

"Fallen äro följande:

1. Lefvercirrhoser	14 fall
2. Picks sjukdomsbild	7 fall
3. Lefversyfilis	3 fall
4. Staslefer	4 fall
5. Peritonitis tbc	6 fall
6. Maligna buktumörer	24 fall
7. Fall af mindre intresse	10 fall"

"Af de 3 fallen af lefversyfilis har endast ett fall diagnostiskt intresse. En patient, 34 år, hade för ett par år sedan akvirerat lues (syfilis), men därjämte under en längre följd af år högeligen

missbrukat alkohol. Pat. kom in på sjukhuset för delirium tremens. Vid undersökningen af inre organ hade pat. en förstörd och hård lever. Handlade det om en alkoholcirrhos eller berodde förändringarna mer eller mindre på lefverlues? Vid laparoskopien visade det sig, att en ej i ringa grad uttalad hepar lobatum förelåg. De enskilda loberna syntes däremot ej förändrade. Det förefaller mig, som om man genom denna undersökningsmetod kommit pat:s sjukdom ett steg närmare inpå lifvet. Någon uttalad cirrhos kan det sannolikt ej vara frågan om. I prognostiskt afseende måste man tillerkänna denna utvidgade kännedom om fallet praktisk betydelse."

Den som vill läsa mer om Jacobaeus och hans laparoskopiska pionjärbete kan göra det i artikel [3] som finns på nätet.

Bengt Uvelius

bengt.uvelius@skane.se

Referenser:

1. Jacobaeus HC: Über die Möglichkeit die Zystoskopie bei Untersuchungen Seröser Höhlungen anzuwenden. Münchener Medizinische Wochenschrift 57:2090-2092. 1910.
2. Jacobaeus HC: Om laparo- och thorascopi. Hygiea 74:1070-1091. 1912.
3. Hatzinger M et al.: Hans Christian Jacobaeus: Inventor of human laparoscopy and thoracoscopy. Journal of Endourology. 20:848-850. 2006.

Skriv i tidningen!

Har du något intressant du vill dela med dig av, eller något du funderar över? Tveka inte - skriv och lämna ditt bidrag till tidningen. Text och eventuella högupplösta bilder skickar du i god tid till redaktören: christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se



Annons

Dermatologi Quiz

Fall:

Bakgrundsfakta:

19-årig tidigare frisk man remitteras akut till dermatologisk klinik på grund av 4 veckors anamnes på gradvis tilltagande, smärtsamma och vätskande sår i pubisregionen och på benen. Har behandlats med både flukloxacillin och klindamycin via inremitterande utan effekt. Vistades i Thailand på semester varefter besvärerna började en månad efter hemkomst. Hade i Thailand upprepade oskyddade vaginala samlag med flera kvinnliga prostituerade. Har inte använt läkemedel eller narkotika.

Baktodling inkl mykobakterier:

ingen växt.

HSV-1/HSV-2/VZV pcr:

negativ.

Quantiferon-test:

negativ.

Klamydia, gonorré och mykoplasma:

negativa från sår, svalg, uretra och rectum.

HIV, syfilis, hepatit B och C:

negativa.

Leishmaniasis mikroskopi och odling:

negativa.

Mannanbindande lektin:

5,61 mikrog/l (referensvärde 100-6000 mikrog/l)

PAD:

Djup inflammation med granulationsvävnad och ett purulent granulom.

Kan du ställa en diagnos?

Skicka ditt svar till:

william.troensegaard@skane.se

De som kommer in med rätt svar får sitt namn publicerat i nästa nummer av tidningen.

Maila in ditt svar senast
25 januari 2016



Dermatoskopi Quiz

Nedan presenteras ett nytt dermatoskopifall som ni kan fundera på. När ni har bestämt er för en diagnos får ni gärna maila mig ert förslag till: john.paoli@vgregion.se. Facit får ni i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som klarar denna quiz.

John Paoli

Överläkare, docent
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fall:

Denna 38-åriga kvinna med utbredd vitiligo sökte för kontroll av sina "prickar". Vid helkroppsundersökning noteras multipla små, lätt upphöjda, ljusbruna hudförändringar på insidan av höger överarm. Tidigare har dessa lesioner varit hudfärgade men nu har de blivit mörkare. Dermatoskopisk bild på två av dessa lesioner visas nedan. Vad kan det vara?

Skicka in ditt svar senast

25 januari 2016



Annons

Dermatoskopi Quiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 3-2015

I förra numret av Dermatologi & Venereologi presenterade jag nedanstående två fall. Stort tack till alla som skickade mig deras diagnosförslag. En stor applåd till **Iara Drakensjö** (Karolinska Universitetssjukhuset) och **Lykke Barck** (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) som hade korrekt svar på båda fallen. Jag vill även gratulera **Theodore Samourkasidis** (Danderyd) och **Petra Kjellman** (Diagnostiskt Centrum) som hade rätt

svar på fall 1 samt **Sorina Raducan** (Trelleborg) och **Markus Danielsson** (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) som hade korrekt svar på fall 2.

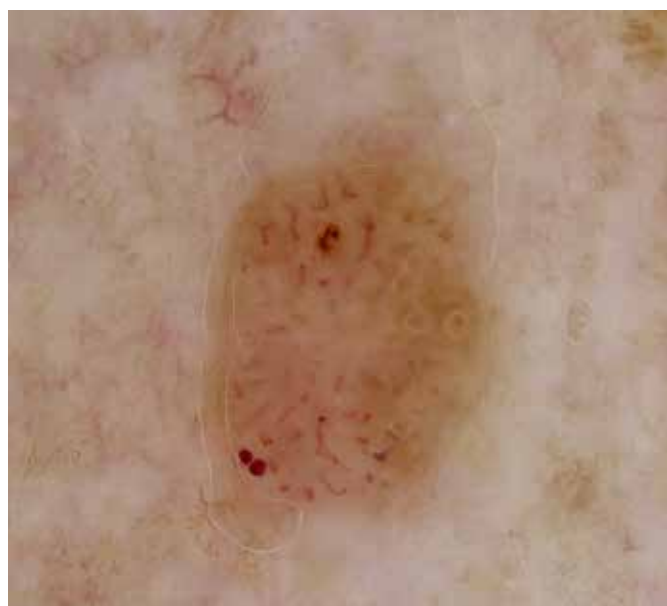
John Paoli

Överläkare, docent

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

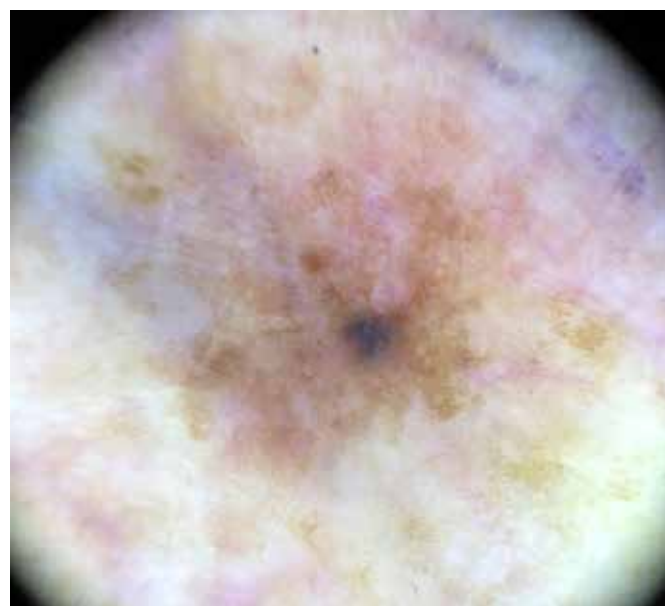
Lösning fall 1:

I fall nummer 1 ses en rosabrun, lätt upphöjd och mycket välvgränsad lesion med ett generellt strukturlöst mönster dermatoskopiskt. Till höger i lesionen och kl 12 ses ljusa komedolikhande öppningar. Till vänster i lesionen ses multipla s k "hairpin" kärl och kl 7 ses enstaka punktformiga blödningar. Korrekt svar för fall 1 blir därmed irriterad seborrhoisk keratos (PAD-verifierat).



Lösning fall 2:

I fall nummer 2 ses en diffus ljusbrun fläck utan nätverk med diskreta "Fingerprint-like structures". I detta område ses inga gråaktiga "dots" eller andra tecken på lentigo maligna. Inom fläcken ses en ensam homogen blå fläck. Korrekt svar för fall 2 blev blått nevus inom en lentigo solaris (PAD-verifierat).



Manusstopp till nr 1 är 25 januari!

Lämna in material i god tid till redaktören: christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se
Skicka gärna med en porträttbild av författaren.

Högupplösta bilder/illustrationer måste bifogas som separata filer.



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 2016

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

1st Nordic Dermoscopy Course

2016-04-07 - 2016-04-08

Göteborg, Sverige

Allergic contact dermatitis - a disease with many facets and often possible to cure

2016-04-22

Malmö, Sverige

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

The International Conference on Tropical Dermatology

2016-08-11 - 2016-08-14

Colombo, Sri Lanka

PDF:s årsmöte

2016-08-18 - 2016-08-20

Marstrand, Sverige

ST-kurs Psoriasis och Eksem

2016-09-12 - 2016-09-16

Linköping, Sverige

ST-kurs STI

2016-09-19 - 2016-09-23

Örebro, Sverige

ST-kurs Bensår

2016-10-05 - 2016-10-07

Lund, Sverige

ST-kurs Global Dermatologi, Stockholm

2016-10-06 - 2016-10-07

Stockholm, Sverige

ST-kurs Global Dermatologi - Addis Abeba

2016-10-10 - 2016-10-14

Addis Abeba, Etiopien

DASIL 5th Annual Congress

2016-10-19 - 2016-10-23

Dubai, Förenade Arabemiraten

ST-kurs i yrkes- och miljödermatologi

2016-11-07 - 2016-11-11

Malmö, Sverige

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

