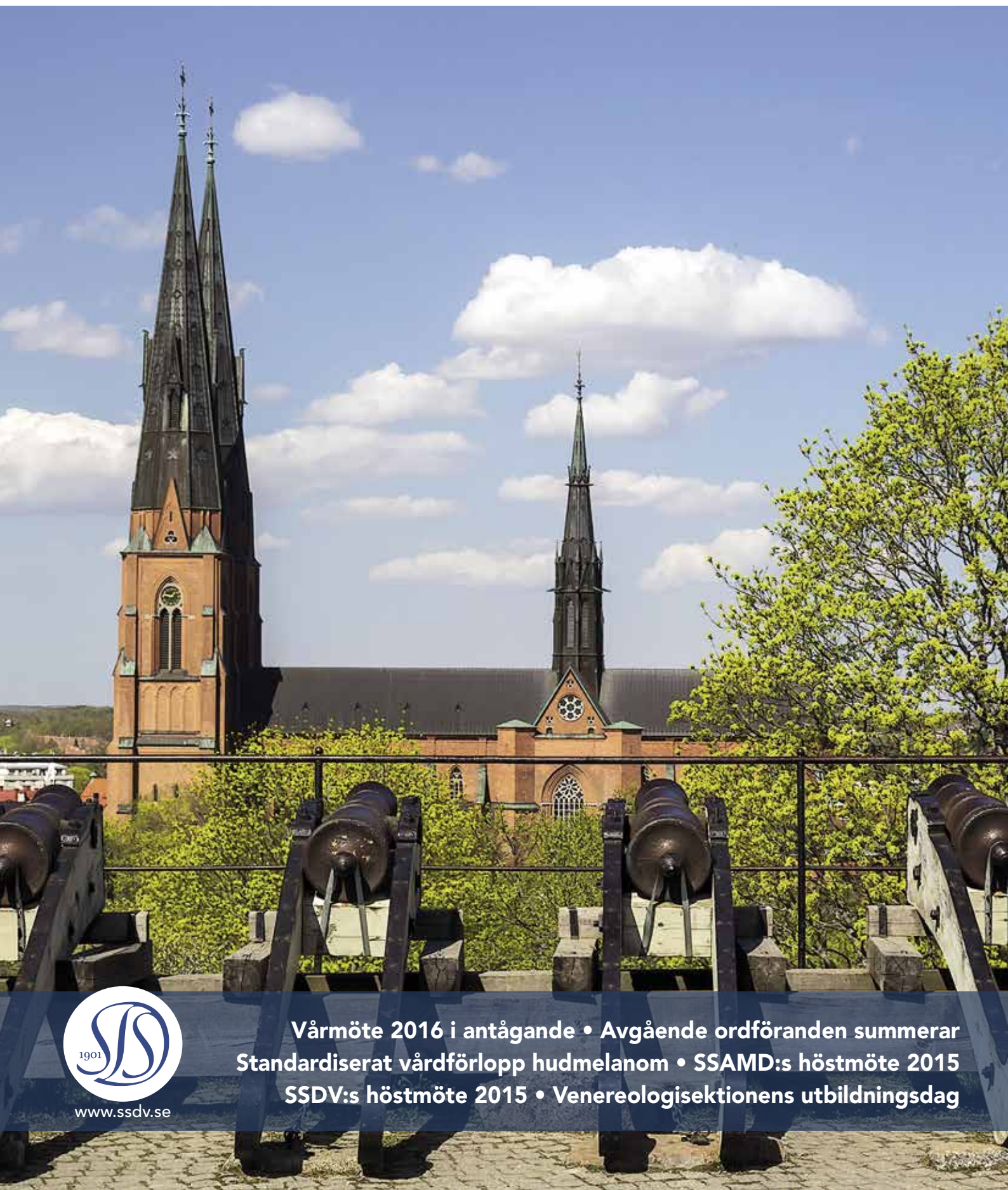


DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 6 • 2016



www.ssdv.se

Vårmöte 2016 i antågande • Avgående ordföranden summerar
Standardiserat vårdförlopp hudmelanom • SSAMD:s höstmöte 2015
SSDV:s höstmöte 2015 • Venereologisektionens utbildningsdag



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

Chefredaktör:

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

Redaktör:

John Paoli, john.paoli@vgregion.se

Ansvarig utgivare:

John Paoli, ordförande SSDV

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:

Åkessons - GPC Tryck
Emmaboda - Växjö



Omslagsbild:

Vi ses i Uppsala 25-27 maj

Foto: Fotolia.com

Distribueras som post- och webbtidning:

ISSN 2022-0767 (Print)
ISSN 2002-0775 (Online)

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	2
DVSS på studieresa.....	5
Notis: Pris för god pedagogik.....	5
Aktuell hudforskning.....	6
Standardiserat värdförlopp Hudmelanom.....	8
Studentuppsats.....	15
Sek. för Venereologi: Utbildningsdag.....	16
Notis: Vinnare av SSDV:s ST-pris 2016.....	17
Inför SSDV:s vårmöte i Uppsala 2016.....	19
DVSS Badbehandling.....	25
SSDV - Novartisstipendium 2014.....	26
Notis: Årets handledare 2015.....	27
SSAMD:s höstmöte 2015.....	28
Kollegor utomlands.....	30
Utbildningsstipendiater.....	31
ST-träffen 2015.....	32
Quiz 1.....	35
Notis: SDKO:s utbildningsstipendiat 2015.....	35
Quiz 2.....	36
Dermatioskopi Quiz 1 - Lösning.....	37
Notis: SDKO:s utbildningsstipendier 2016.....	37
Dermatioskopi Quiz 2 - Lösning.....	38
SSDV:s styrelse.....	39
Kalender 2016-2017.....	40

Utgivningsplan 2016:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 5	25 januari	2 mars
Nr. 6	30 mars	10 maj
Nr. 7	29 augusti	5 oktober
Nr. 8	14 november	21 december

Nya rutiner på gott och ont

"Grattis på födelsedagen! Du har fått en PT!" Jag läste på kortet igen. "Vadå PT? Läser jag fel? Kanske är det ett otydligt GT och jag ska få lära mig blanda drinkar?" Nej, det var en Personlig Tränare.

Första mötet med PT Harris (vi kan kalla honom så) innebar en grundlig genomgång av tidigare och nuvarande träningsrutiner och eventuella problem från rörelseapparaten. Frågor som "Hur ser du på din hälsa?", "Vad ser du för fördelar med regelbunden träning?" och "Vad skulle kunna motivera dig till regelbunden träning?" avlöste varandra. Jag var helt oförberedd, hade aldrig ens reflekterat över flera av frågorna, och improviserade friskt.



På andra träffen drog det igång. Jag fick ett program att göra i lokalen med PT Harris och ett annat att göra själv hemma. Träningen på plats gick bra. Respektive övning är en utmaning i sig men PT Harris är mycket skicklig och professionell. När jag skulle träna på egen hand uppstod genast svårigheter. Plötsligt insåg jag att jag nog haft fokus även på andra saker än just träningen vid besöken. Jag läste på lappen; "Goddess pose" och mina streckgubbar. Jag mindes inte alls hur övningen gick till, men visste i alla fall att jag inte tyckt det funnits något gudinnelikt över den och att jag funderat över vem som sitter och hittar på alla namn och träningsmoment. Det blev inte enklare med "Halv hund till kobra". Jag kunde se den halva huden och ormen men fick inga associationer som hjälpte träningen framåt.

Vid nästa träff med Harris kände jag mig som eleven som inte gjort sin läxa. Det blev re-

petition och nya streckgubbar i mina instruktioner. Och hårdare träning denna gång. Plötsligt såg jag likheten med patienter som inte följer sina ordinationer. Det kanske inte beror på vare sig lathet eller ovilja. Kanske bara lite sunt ointresse för något som är ganska jobbigt och inte självvalt. Jag ska vara mindre hård mot slarviga patienter härnäst. Och hoppas på samma nådighet från PT Harris även framöver.

Ur detta fullspäckade nummer

SSDV:s avgående ordförande bidrar med sin sista ordförandekrönika och sammanfattar sina år inom SSDV och de stora förändringar SSDV genomgått. Inte alltid enkelt men på sikt till det bättre och nödvändiga. Jag kan inte annat än hålla med om att det varit en fantastisk resa! Jag ser vidare fram emot att få John som medredaktör på medlemstidningen framöver! DVSS bidrar med resereportage och ger oss en uppdatering av de olika bad vi ordinerar våra patienter. Ett stort arbete för landets hudkliniker är införandet av Standardiserat Värdförlopp för hudmelanom. Processen presenteras i en längre artikel. Aktuell hudforskning belyses i ett par pressreleaser. Venereologisektionens utbildningsdag hade i vanlig ordning de nedre regionerna i fokus och en hänförd moderator rapporterar nytt och intressant om spännande och många gånger svåra diagnoser. Vi får ett flertal rapporter från stipendiater, möten och utmärkelser och en intressant jämförelse mellan ST i Sverige och Norge. Och nya Quiz! Slutligen, Uppsala presenterar och hälsar oss välkomna till SSDV:s vårmöte 2016. Jag hoppas vi ses där! God läsning!



Christian Steczko Nilsson

Chefredaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

iViva SSDV!

Än en gång är det dags för mig att säga "hasta la vista" till SSDV:s styrelse (det är förhoppningsvis inget adjö). Åtta av mina 13 år inom svensk dermatologi har jag haft äran att ha SSDV som min "andra arbetsplats". Även om det är alldeles för tidigt, känner jag redan nu hur nostalgin växer inom mig.

Jag började som "Redaktör" på den tiden denne ansvarade för att organisera programmet på Riksstämman ihop med årets "President". Det var oerhört lärorikt att få samarbeta med fyra meriterade och duktiga Presidenter: Klas Nordlind, Stockholm, år 2005; Marlène Isaksson, Malmö, år 2006; Peter Lidbrink, Stockholm, år 2007 och Jan Faergemann, Göteborg, år 2008. Under denna etapp inom SSDV:s styrelse var Åsa Boström (Stockholm) och senare Magnus Bruze (Malmö) ordföranden. De hade olika ledarstilar men lyckades båda få till samma resultat: en skön stämning bland sty-

relseledamöterna och en vilja hos oss alla att arbeta tillsammans för att skapa förbättringar för Sveriges dermatologer.

Under tiden som Redaktör inom SSDV fick jag lära känna svenska dermatologins mest inflytelserika och eminenta forskare. Jag kom också i kontakt med kända utländska föreläsare som bjöds in till Riksstämmor och vårmöten. Nätverket och erfarenheten jag fick under dessa fyra första år i styrelsen skapade en oersättlig plattform för mig att utvecklas som föreläsare samt organisatör av kurser och kongresser.

Under första månaderna av 2012 kom samtalet från valberedningen. De undrade om jag ville bli SSDV:s näste vice ordförande i maj det året under Tore Särnhults (Göteborg) ledning. Jag hade då precis fått mitt första barn och flyttat ner till Madrid med familjen. Men svaret var självklart. Absolut! Under denna andra etapp inom styrelsen har jag haft ett fan-

tastiskt team runt omkring mig. Virginia Zazo (Umeå) har varit en sann kämpe och har skött sekreteraruppdraget oklanderligt under hela perioden. Jag har också haft duktiga kassörer vid min sida, först Kari Nielsen (Helsingborg) och sedan Johan Dahlén Gyllencreutz (Skövde), som har sett till att ekonomin inte bara var i balans utan förbättrades varje år. Christian Steczko Nilsson (Örebro) bör hedras för sin "team spirit". Hans uppdrag som "Redaktör" har under dessa fyra år förvandlats från att ansvara för programmet vid Riksstämman, till att vara ansvarig för nya hemsidan, för att nu vara chefsredaktör för medlemstidningen. Han har anpassat sig till alla dessa rollbyten med ett ständigt leende på läpparna och full av energi. Vidare är jag och alla som är eller har varit ST-läkare, handledare eller studierektor i landet under dessa fyra år evigt tacksamma till Katarina Lundqvist (Lund) och Oliver Seifert (Jönköping) för sina insatser som utbildningsansvariga. Självklart bör deras suppleant Lill-Marie Persson (Skövde) och hela utbildningsgruppen som har stöttat dem få mycket "cred" också!

Vid min sida har jag också haft fantastiska representanter för ST-läkarna (Eva Eken, Anita Dhiran, Oscar Zaar, Reza Sohrabi, William Troensegaard och Gustav Wikberg), för Privata Dermatologernas Förening (Peter Gisslén, Gunnar Nyman, Hélène Wolff och Lena Holm) och för Sektionen för Venereologi (Per Anders Mjörnberg och My Falk). Varje år har styrelsen kunnat beviljas ansvarsfrihet i våra ekonomiska redovisningar tack vare våra revisorer (Carl-Fredrik Wahlgren, Mats Berg, Louise Hjortensjö, Kristoffer Thorslund, Margaretha Frohm Nilsson och Emma Belfrage). Och styrelsen har kunnat fyllas med dessa fantastiska människor tack vare skickliga medlemmar i våra valberedningar (Birgitta Stymne, Normann Iversen, Maria Bradley, Amy Ahlgren, Karin Berggård, Lars Arenlind och Oscar Zaar). Jag skulle slutligen särskilt vilja tacka vår medlemsadministratör Agneta Andersson i Uppsala för hennes stora insatser med att bygga upp och förvalta SSDV:s kansli. Det är verkligen svårt att förstå hur vi klarade oss före kansliets uppkomst och utan Agnetas hjälp.

Och med denna korta lista har jag nog bara börjat tacka alla som förtjänar omnämnande här. Jag vill inte sluta förrän jag har tackat alla som har arbetat inom våra sektioner och intressegrupper; alla läkemedelsföretag som sponsrar



SSDV:s styrelse 2006 på möte i Svenska Läkaresällskapets lokaler i Stockholm. Från vänster till höger bakre raden: Magnus Bruze, Marlène Isaksson, Mats Berg och Mats Bjellerup. Från vänster till höger främre raden: Per Anders Mjörnberg, Eva Johansson Backman, Margaretha Modén, Åsa Boström och John Paoli.



SSDV:s styrelse under årsmötesförhandlingarna i Karlstad 2013. Från vänster till höger: Anita Dhirad, Kari Nielsen, Christian Steczko Nilsson, John Paoli, Tore Särnhult, Virginia Zazo, Katarina Lundqvist, Peter Gisslén och Per Anders Mjörnberg.

våra stipendier, vårmöten, ST-träffar och lokala sektionsmöten; alla SPUR-inspektörer som garanterar kvalitén på de kliniker som erbjuder ST-utbildning; Ada Girnita (Stockholm) som koordinerar Euromelanoma Week varje år samt alla "Presidenter" för SSDV:s vårmöten under de fyra senaste åren (Gunnel Särhammar, Karlstad 2013; Jan Faergemann, Göteborg 2014; Lill-Marie Persson, Skövde 2015 och Marie Virtanen, Uppsala 2016). Sist men inte minst vill jag tacka dig. Varje medlem bidrar otroligt mycket till sällskapet och er delaktighet har gjort mitt uppdrag till ett rent nöje!

Jag kan inget annat än att känna mig extremt stolt över allt vi har åstadkommit tillsammans. Sedan maj 2012 har vi skapat en ny hemsida och digitaliserat vårt sällskap. Vi har infört ett nytt välfungerande kansli med förbättrad monitorering av medlemsregistret, mer effektiv kommunikation med våra medlemmar och fin skötsel av hemsidan. Nya riktlinjer och en ny målbeskrivning för ST-läkarna har skrivits och publicerats. Vi har dessutom ökat antalet medlemmar i SSDV från 440 år 2012 till över 600 i år. Tack vare de större intäkterna via medlemsavgifterna, stöd från industrin och medlemmar har vi utökat utbudet av stipendier från bara

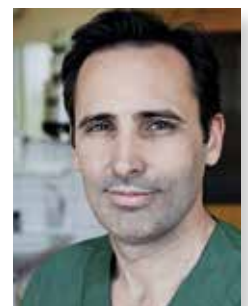
ett till hela sju stipendier under dessa år. Vidare har vi utökat vårt samarbete med övriga nationella dermatologisällskap i nordnord och Nordic Dermatology Association (NDA). Tack var detta har vi kunnat organisera de första nordiska kurserna inom kirurgi och dermatoskopi. Och självklart har vi skapat denna uppskattade medlemstidning som så många av er engagerar er i!

Nu är det dags för en ny styrelse att ta över men jag är helt övertygad om att vi kommer att se en fin fortsättning på de fina resultat vi har byggt upp gemensamt. Jag önskar Katarina Lundqvist, som får ära ordförandeklubban, och hennes nya team all lycka och fortsatt framgång.

För egen del blir det som sagt endast ett "på återseende". Jag kommer att jobba vidare med medlemstidningen som redaktör under Christians ledning. Jag kommer även att arbeta vidare inom NDA:s styrelse med målet att bevara och vidareutveckla det goda samarbete vi har etablerat mellan SSDV och övriga nordiska dermatologisällskap. I framtiden hoppas jag förstås kunna återvända till SSDV:s styrelse för att stötta på ett eller annat sätt när det behövs. För er som funderar på att vara mer aktiva

inom SSDV framgent så kan jag definitivt rekommendera detta. Att valberedningen ibland får kämpa för att hitta nya styrelseledamöter är för mig en fullständig gåta. Ni kommer inte att ångra er.

Jag lämnar er nu med resten av Dermatologi & Venereologi nummer 6 och avslutar med ett "hasta pronto". Jag ser verkligen fram emot att se er alla i Uppsala i maj!



John Paoli
Ordförande SSDV
john.paoli@vgregion.se

Annons

Studiebesök på hudmottagningarna i Skövde och Karlstad

En tidig morgon den 3 december 2015 påbörjade fyra sjuksköterskor från hudmottagningen på Helsingborgs lasarett sin resa, först mot Skövde och därefter Karlstad, för att träffa kollegor på respektive hudmottagning. Syftet med resan var att få ta del av deras arbetssätt, både rent allmänt, men också hur de arbetar med bensårspatienter samt att se hur Skövdes mottagning för patienter med familjärt melanom är uppbyggd.

Efter en trevlig resa med både bubbel (chauffören alkoholfritt förstås) och snittar blev Skövde första stoppet. Här möttes vi av ett trevligt och engagerat gäng som med stor inlevelse berättade om sin bensårsverksamhet samt sin mottagningen för patienter med familjärt melanom. Besöket var inspirerande och gav oss flera nya idéer om hur vi skulle kunna utveckla vår egen verksamhet. Som exempel kan nämnas deras multidisciplinära bensårsmottagning som verkar mycket väl genomtänkt. En annan sak vi tyckte var intressant var att höra att de två gångerna om året har utbildningstillfällen riktade mot distriktsjuksköterskor och hemvårdspersonal gällande behandling av bensår. Dessa utbildningar är populära och har ca 150 deltagare per år. Kanske något för oss att ta efter?

Då vi i Helsingborg står i begrepp att införskaffa ett system för digital dermatoskopi var det också givande att få ta del av hur de har byggt upp sin mottagning för patienter med familjärt melanom.

Efter lunch var det dags för några mil i bilen igen. Kvällen i Karlstad tillbringades i Löfbergs



Anders Åkesson, Catharina, Malin och Peter.

arena där Färjestads BK tog sig an Malmö Redhawks. Som vi vill minnas var det Malmö som tog hem segern, men vi är inte helt säkra...

På fredagen besökte vi hudmottagningen på Centralsjukhuset i Karlstad. Även här blev vi mycket väl mottagna av hudsjuksköterskan Anita och hennes kollegor som ägnade förmiddagen åt att visa oss runt och berätta om sin mottagning.

Både Skövde och Karlstad har ett fantastiskt bra informationssystem för personalen. Målen är tydliga och man kan enkelt se produktionen

per dag. Detta är något som vi tar med oss hem till vår verksamhet.

Vi vill tacka personalen, både i Skövde och Karlstad, för intressanta studiebesök där mottagandet var både varmt och välkomnande. Vi vill därför hälsa er hjärtligt välkomna till vår mottagning i Helsingborg om ni skulle bli sugna på en utflykt söderöver!

Bästa hälsningar,

Anders Åkesson



Pris till William för god pedagogik

William Troensegaard, läkare på hudkliniken vid Skånes Universitetssjukhus i Lund, har som pedagogisk utmärkelse tilldelats läkarstudenternas pedagogiska pris. William får priset för särskilt värdefulla insatser inom läkarutbildningen på termin 7 i Lund höstterminen 2015.

/Läkartidningen

Studie om sårhäkning visar hur hudens celler kommunicerar

Källa: Universitetssjukhuset Örebro

– Min avhandling ger mer kunskap om sårhäkning och ärrbildande processer som förhoppningsvis kan leda till bättre behandling för patienter. Därmed kan de som drabbats av omfattande sårskador och ärrbildning hjälpas effektivare, säger Anita Koskela von Sydow, doktorand i biomedicin vid Örebro universitet.

Bindvävscellerna kommunicerar

I doktorsavhandlingen studeras hur bindvävscellerna som bygger upp människans hud kommunicerar med varandra. Fibroblaster är den vanligaste cellen i läderhuden, det mellersta lagret av hudens tre lager. Den bygger upp bindväven genom att producera proteiner som exempelvis kollagen. Fibroblasterna kommunicerar med andra celler, bland annat med keratinocyter. Det är cellerna i det yttersta hudskiktet, överhuden. Samspillet mellan fibroblaster och keratinocyter är viktigt vid uppbyggnad och reparation av vävnaden som vid sårhäkning.

– För att studera kommunikationen har jag odlat cellerna i laboratorium. Målet är att använda ett system som liknar huden så mycket som möjligt. Det är viktigt att förstå cellernas kommunikation. Framförallt när ena lagret inte finns som vid en brännskada, men också hur cellerna påverkas i andra fibrotiska tillstånd. Huden är kroppens största organ och den måste fungera optimalt.

Omfattande brännskador

Då kroppen utsätts för en brännskada förstörs hudens yttre skikt och desto djupare beroende på grad av brännskadan. Fibroblaster i den omkringliggande vävnaden aktiveras och börjar producera bindväv för att läka skadan. För att minska ärrbildningen och hjälpa kroppen att åter skapa den skyddande barriären mot omvärlden flyttas hud från en annan del av kroppen.

– Vid stora brännskador transplanteras hud för att såret ska läka bättre. En stor brännskada överstiger 20 procent av kroppsytan. Patienter med 80 procent brännskador över kroppen kan läkarkåren i vissa fall numera rädda. Genom att täcka och åter skapa hudbarriären som är kroppens yttre skydd.

Inflammatoriska faktorer

I samband med skada sätts en inflammation igång i vävnaden, som hjälper kroppen att ta bort smuts och skadad vävnad. Inflammation bidrar till att aktivera fibroblasterna till att producera bindväv. Långvarig in-



Anita Koskela von Sydow visar nya ledtrådar om samspillet mellan celler i huden. Hon beskriver även i sin avhandling hur olika inflammatoriska faktorer påverkar bindvävsceller. Det har betydelse för kunskapen om normala och dysfunktionella läkningsprocesser, exempelvis vid sjukdomar där fibros orsakar stora problem och kroniska sår. Foto: Elin Abelson

flammation kan få allvarliga konsekvenser för huden, fibros kan även drabba andra organ i kroppen med allvarliga konsekvenser.

– Vid en skada på kroppen uppstår en inflammation som hjälper kroppen att läka. Inflammationen aktiverar även fibroblasterna och får man en stark inflammation som pågår under en längre tid kommer fibroblasterna att fortsätta producera bindväv. Det är inte bara huden som påverkas av ärrutveckling utan även njurar, lever och lungor.

Anita Koskela von Sydow visar nya ledtrådar om samspillet mellan celler i huden. Hon beskriver även i sin avhandling hur olika inflammatoriska faktorer påverkar bindvävsceller. Det har betydelse för kunskapen om normala och dysfunktionella läkningsprocesser, exempelvis vid sjukdomar där fibros orsakar stora problem och kroniska sår.

Mer information kontakta:

Anita Koskela von Sydow, verksam vid

Kliniskt forskningslaboratorium på Universitetssjukhuset Örebro

E-post: anita.koskela-von-sydow@regionorebrolan.se

http://www.mynewsdesk.com/se/uso/pressreleases/studie-om-saarlaekning-visar-hur-hudens-celler-kommunicerar-1344160?utm_campaign=send_list&utm_medium=email&utm_source=sendgrid

Annons

Nu införs standardiserat vårdförlopp för melanom i huden

Sammanfattning

Ett nationellt system med standardiserade vårdförlopp i cancervården är en satsning som i första hand ska korta tiden från en välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Förutom en mer jämlik och tillgänglig vård ska satsningen även leda till ökad nöjdhet hos patienterna.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa och utvärdera satsningen och årligen lämna en lägesrapport. Under första året har grunden lagts för uppföljningen.

För att landstingen och regionerna ska kunna följa ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen har Socialstyrelsen tagit fram koder för vårdåtgärder. Tidigare i år har Socialstyrelsen också genomfört en baslinjestudie utifrån målen med satsningen. Myndigheten skulle även ge en nulägesbild av förutsättningarna i landstingen och regionerna och beskriva de insatser som ska stödja dem i införandet, vilket görs i denna lägesrapport.

De första patienterna har under satsningens första år remitterats in i standardiserade vårdförlopp efter välgrundad misstanke om cancer. Socialstyrelsen har sett att satsningen med standardiserade vårdförlopp har gett patienten

ökade möjligheter att uppleva en välorganiserad vård.

Landsting och regioner har sedan tidigare arbetat med processororientering och processutveckling för att korta och förbättra vårdprocessen, men olika förutsättningar råder utifrån de utmaningar som de har att hantera vid införandet av standardiserade vårdförlopp. Landstingen och regionerna anger utmaningar som tillgång till operationer och nödvändig kompetens samt befarar att förbokade tider tränger undan annan vård. Det ingår i Socialstyrelsens uppdrag att redogöra för eventuella undanträngningseffekter.

Det stöd som landstingen och regionerna har haft tillgång till under 2015 är både samordnat och riktat till olika målgrupper: hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård och specialistsjukvård samt patienter och den breda allmänheten. Det är betydelsefullt att stöd och lärande fortsätter med oförminskad styrka angående de utmaningar som landstingen och regionerna nu står inför samt de uppföljningar som ingår i införandet av standardiserade vårdförlopp i cancervården.

*Hämtat från Socialstyrelsens hemsida:
www.socialstyrelsen.se*



Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2016-03-08.

Standardiserat vårdförlopp för hudmelanom

ISBN: 978-91-87587-36-8

1. INTRODUKTION

1.1 Beskrivningens syfte och målgrupp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödigt väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

1.2 Om malignt melanom i huden

Det standardiserade vårdförloppet omfattar diagnoserna ICD-10: D03.0-9, C43.0-9, alltså såväl invasiva melanom som melanom in situ och lentigo maligna. Melanom i öga, genitalia eller slemhinna omfattas dock inte av detta standardiserade vårdförlopp.

Invasivt malignt hudmelanom utgjorde 2014 mer än 5 procent av alla registrerade tumörer i Sverige och var den 5:e vanligaste tumörformen hos kvinnor och 6:e vanligaste hos män. Samma år fick 1 855 män och 1 813 kvinnor invasivt melanom varav vissa hade flera melanom. Totalt diagnostiserades 3 752 invasiva hudmelanom och 3 212 in situ-melanom år 2014. År 2014 avled över

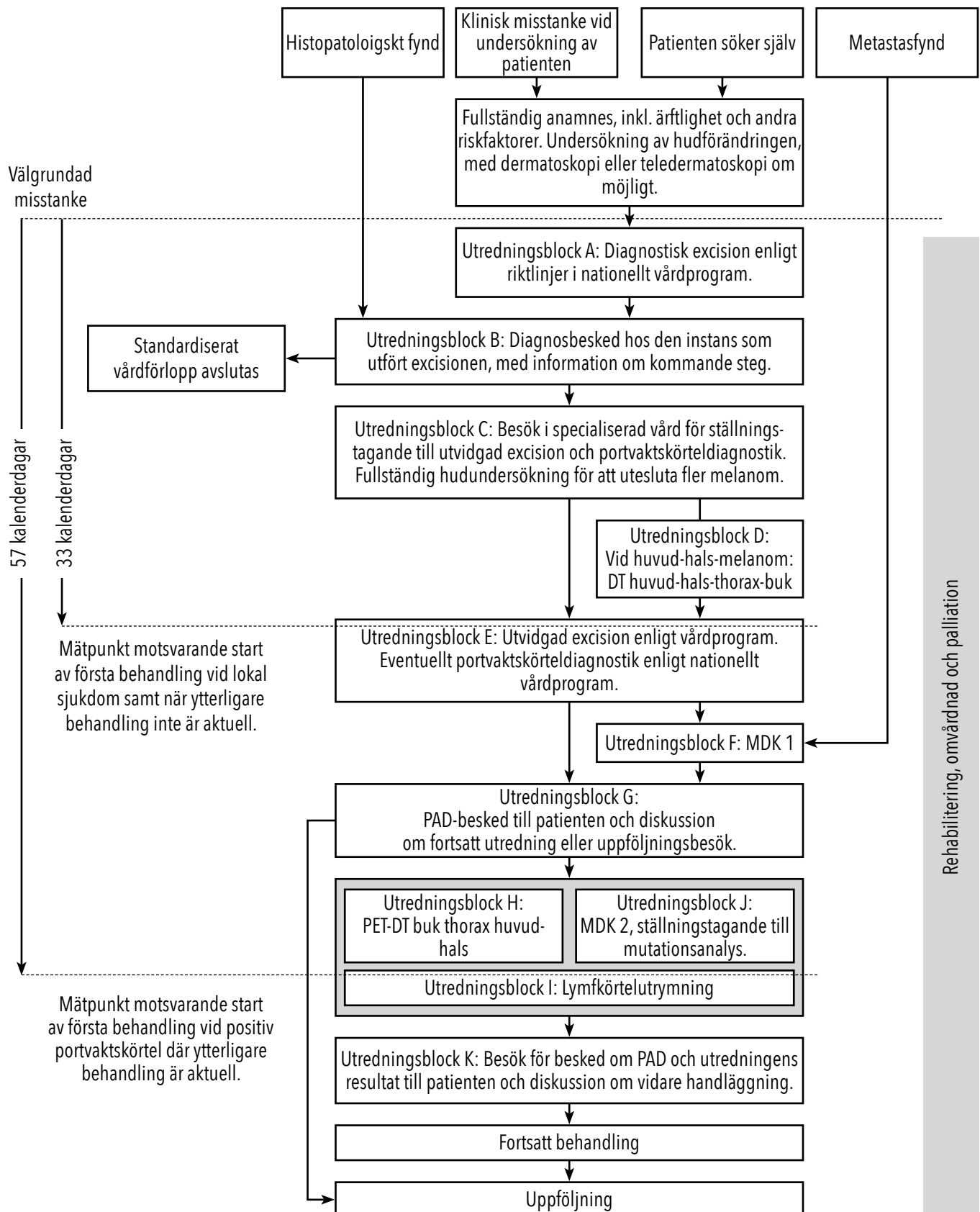
500 individer av melanom i Sverige.

Incidensen varierar med latitud och är nästan dubbelt så hög i västra och södra regionen jämfört med den norra regionen.

Melanomincidensen varierar även med ålder. Melanom är ovanligt bland barn och yngre vuxna men förekomsten ökar med stigande ålder. Medianåldern vid diagnos är 63 år hos kvinnor och 68 år hos män.

Majoriteten av alla melanom uppmärksammas av patienten själv eller en anhörig till patienten.

1.3 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Misstanke

Följande fynd ska föranleda misstanke:

- patienten söker för en hudförändring som kan vara hudmelanom
- anamnestisk information om förändring eller symtom från lesion
- klinisk misstanke om hudmelanom vid undersökning av patienten.

Vid misstanke ska

- fullständig anamnes tas, inklusive ärftlighet och andra riskfaktorer
- hudförändringen undersökas, med dermatoskopi eller teledermatoskopi om det är möjligt.

Innan misstanken avskrivs ska patienten erbjudas en fullständig hudundersökning för att inte melanom på andra hudområden än det patienten söker för ska missas. Studier har visat att 30% av de melanom som diagnostiseras påträffats på en annan del av huden än den lesion patienten söker för, se nationellt vårdprogram.

2.2 Välgrundad misstanke

– kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- klinisk undersökning och/eller anamnes inget stark misstanke om hudmelanom*

- dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning som stärker misstanke om hudmelanom
- histopatologiskt fynd av primärt malignt melanom, in situ-melanom eller lentigo maligna
- undersökningsfynd talande för melanom-metastas.

**Bedömning av vad som är stark misstanke grundas på läkarens kliniska erfarenhet. Se det nationella vårdprogrammet för vägledning.*

Om misstanken inte bedöms som stark kan man remittera till hudläkare för bedömning eller excidera förändringen och skicka till patologi för bedömning, men inte inom ramen för det standardiserade vårdförloppet.

2.3 Remiss

Remissen ska innehålla:

- symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
- lokalisation och storlek
- ev. foto
- anamnes, ange särskilt när patienten sökte för symtomen eller fynden första gången allmäntillstånd och samsjuklighet tidigare hudcancer ärftlighet för hudmelanom eller melanom i familjen läkemedel (särskilt

trombocythämmare eller antikoagulantia) social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar

- PAD-svar om sådant finns, inkl. datum för excisionsbiopsin
- om relevant: hur patienten fick sitt PAD-besked
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

2.4 Kommunikation och delaktighet

Vid välgrundad misstanke ska patienten få information om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

3.1 Utredningsförlopp

Utredningsblock A och B kan ske i primärvården om inte aktuellt landsting/region beslutat att de ska ske i specialiserad vård. Patienter med histopatologiskt fynd av melanom ska bokas för block B och patienter med misstänkt melanommetastas för block F.

Nedan anges: R = Resultat Å = Åtgärd

Block A: Diagnostisk excision enligt riktlinjer i nationellt vårdprogram. Skickas till patologi märkt med SVE.

R: Ej hudmelanom

Å: Block B utförs. Därefter avslutas det standardiserade vårdförloppet.

R: Bekräftat hudmelanom

Å: Block B och C utförs.

Block B: Diagnosbesked hos den instans som utfört excisionen, med information om kommande steg.

Block C: Besök i specialiserad vård för ställningstagande till utvidgad excision och portvaktskörtel-diagnostik.

Fullständig hudundersökning för att utesluta fler melanom.

R: Hudmelanom huvud-hals, portvaktskörtel-diagnostik planeras

Å: Block D utförs, därefter E och G. Vid stadium III även block F (MDK)

R: Hudmelanom, övriga

Å: Block E och G utförs. Vid stadium III även block F (MDK)

Block D: Vid huvud-hals-melanom: DT huvud-hals-thorax-buk.

Block E: Utvidgad excision enligt vårdprogram. Eventuellt portvaktskörteldiagnostik enligt nationellt vårdprogram.

Block F: MDK 1

Block G: PAD-besked till patienten och diskussion om fortsatt utredning eller uppföljningsbesök

R: Fortsatt behandling är inte aktuell

Å: Det standardiserade vårdförloppet avslutas

R: Fortsatt behandling är aktuell

Å: Block H, ev. I, samt J och K utförs

Block H: PET-DT buk thorax huvud-hals

Block I: Lymfkörtelutrymning

Block J: MDK 2 med ställningstagande till mutationsanalys

Block K: Besök för besked om PAD och utredningens resultat till patienten och diskussion om vidare handläggning

3.2 Remiss till patolog vid diagnostisk excision

Remissen till patologen i samband med den diagnostiska excisionen ska innehålla:

- frågeställning: melanom? samt märkt med SVF enligt lokala rutiner
- typ av preparat
- hudförändringens lokalisering
- hudförändringens storlek, utseende (t.ex. färg, ulceration, krusta, avgränsning)
- klinisk resektionsmargin
- anamnes, ange särskilt hudförändringens utveckling över tid äftlighet och riskfaktorer annan hudsjukdom i området tidigare ingrepp i området tidigare hudcancer eller annan malignitet
- ev. foto
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

3.3 Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- kirurg/plastikkirurg/ÖNH-läkare
- onkolog
- patolog
- dermatolog (MDK 1)
- radiolog/klinisk fysiolog (MDK 2)
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion

3.4 Klassifikation och beslut om behandling

För patienter med stadium III ska beslut om fortsatt utredning och behandlingsrekommendation fattas vid MDK.

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med närstående om patienten önskar det. Tumören ska klassificeras enligt senaste TNM-klassifikation.

3.5 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Alla patienter ska få tydliga kontaktuppgifter för eventuella frågor. Patienter med invasiva melanom ska erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska senast i samband med block C (första besök i specialiserad vård). Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning vilket bl.a. innebär att ansvara för att "Min vårdplan" upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar.

Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med:

- fysioterapeut
- lymfaterapeut
- psykosocialt stöd.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion

före behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen.

3.6 Kommunikation och delaktighet

Patienten ska få information vid den diagnostiska excisionen om att denna innebär att det eventuella melanomet är borttaget och därmed primärbehandlat.

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patienter ska vid behov erbjudas professionell tolk.

PAD-besked efter portvaktsskörteldiagnostik ska ges vid ett besök om inte annat överenskommit med patienten. Efter endast utvidgad excision kan beskedet ges på telefon eller brev. Patienter ska informeras i enlighet med patientlagen, vilket bl.a. innebär att ge information om vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella och vilken strategi man rekommenderar, inklusive behandlingens syfte och biverkningar.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

4. BEHANDLING

Se nationellt program.

5. UPPFÖLJNING

Efter avslutad behandling ska alla melanompatienter erbjudas ett uppföljningsbesök hos dermatolog för ytterligare hudundersökning,

dermatoskopi och riskbedömning samt information om prevention t.ex. självundersökning, solvanor och att avstå från rökning. Möjlighet

ska finnas att ta foto för uppföljning. Se också nationellt vårdprogram.

6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Patientgrupp	Från	Till	Tid
Patienter med lokal sjukdom Patienter där ytterligare behandling inte är aktuell	Beslut välgrundad misstanke	Utvidgad excision och ev. portvaktsskörtel-excision (Block E)	33 kalenderdagar
Patienter med positiv portvaktsskörtel, där ytterligare behandling är aktuell	Beslut välgrundad misstanke	Lymfkörtelutrymning (Block I)	57 kalenderdagar

Ovanstående ledtider gäller såväl kurativ som palliativ tumörspecifik behandling.

6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ledtider:

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Block A (diagnostisk excision)	7 kalenderdagar
Block A (diagnostisk excision)	Block B (diagnosbesked)	14 kalenderdagar
Block B (diagnosbesked)	Block C (besök för ställningstagande till utvidgad excision och portvaktstörtdiagnostik.)	5 kalenderdagar
Block C (besök för ställningstagande till utvidgad excision och portvaktstörtdiagnostik.)	Block E (utvidgad excision, ev. med portvaktstörtdiagnostik)	7 kalenderdagar
Block E (utvidgad excision, ev. med portvaktstörtdiagnostik) inkl. ev. MDK 1	Block G (PAD-svar till patienten)	10 kalenderdagar
Block G (PAD-svar till patienten)	Block I (lymfkörtelutrymning)	14 kalenderdagar
Beslut om behandling vid stadium IV-sjukdom	Start av onkologisk behandling	14 kalenderdagar

6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

Indikator

- Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med "standardiserat vårdförlopp för hudmelanom"
- Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen

hudmelanom (med diagnoskoder enligt 1.2)

- Andel patienter av de som fått diagnosen hudmelanom (med diagnoskoder enligt 1.2) som anmälts till standardiserat vårdförlopp

6.4 Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kommer att följas och utvärderas genom PREM-enkäter. Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten enligt det nationella vårdprogrammet:

Indikator	Målvärde
Relativ/melanom-specifik 5-årsöverlevnad	≥ 90 %
Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på ≤ 1,00 mm	≥ 70 %
Andel patienter som genomgår portvaktstörtdbiopsi, av de patienter med malignt hudmelanom som blivit rekommenderade detta	≥ 80 %

7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

7.1 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

Se även de nationella vårdprogrammen för rehabilitering respektive palliativ vård, för underlag till rekommendationer på dessa områden.

7.2 Inklusion i standardiserat vårdförlopp

"Välgrundad misstanke" ska i detta sammanhang tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en ut-

redning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje landsting ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, t.ex. om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten har betydande samsjuklighet som gör att hen inte klarar av utredning.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan en diagnos misstänkas. Patienterna ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av "välgrundad misstanke" kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning för annan sjukdom ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

7.3 Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

7.4 Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som

en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

7.5 Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider.

När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

7.6 Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutar och utvecklar man lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

7.7 Samarbete över landstingsgränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan landsting. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra landsting. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag till nivåstrukturer.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfritt landsting.

8. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Hanna Eriksson, ordförande, med.dr., onkolog, dermatolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Marie Andersson, patientrepresentant, Melanomföreningen

Yvonne Brandberg, professor, psykolog, Karolinska institutet, Stockholm

Anna Beck, allmänläkare, Örnässets hälsocentral, Luleå

Eva Månsson Brahme, med.dr, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Ana Carneiro, med.dr, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Anna Coter, patolog, dermatolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala Örebro

Septimiu Enache, allmänläkare, Bergshamra-Ulriksdal vårdcentral

Mattias Gustavsson, patientrepresentant, Melanomföreningen

Anna Hafström, med.dr, öron-näsa-halsspecialist, Skånes universitetssjukhus, Lund

Karin Hallén, onkolog, Centralsjukhuset, Karlstad, RCC Uppsala Örebro

Johan Hansson, professor, Onkologiska kliniken Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Christian Ingvar, professor, kirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund

Karolin Isaksson, med.dr., kirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Frida Jakobsson, onkolog, Universitetssjukhuset, Örebro, RCC Uppsala Örebro

Kamelia Kostova, radiolog, Värnamo sjukhus, Värnamo

Jan Lapins, med.dr., dermatolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, RCC Stockholm Gotland

Ingrid Ljuslinder, med.dr., onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Margareta Lundberg, specialist i allmänmedicin, Vrinnevisjukhuset, Norrköping, RCC sydöst

Katarzyna Lundmark, med.dr., patolog, Universitetssjukhuset i Linköping

Marianne Maroti, dermatolog, Länsjukhuset Ryhov, RCC Sydöst

Francisc Masec, allmänläkare, Pajala hälsocentral

Kari Nielsen, med.dr., dermatolog, Helsingborgs lasarett, RCC Syd

Bertil Persson, dermatolog, Skånes universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Carina Persson, kontaktsjuksköterska, onkologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Carin Sandberg, med.dr., dermatolog, neurolog, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Ulrika Stierner, med.dr, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Karin Terstappen, med.dr., dermatolog, Skaraborgs sjukhus, Skövde

Gustav Ullenhag, med.dr, onkolog, Akademiska universitetssjukhuset, Uppsala

Henning Wallerstedt, allmänläkare, Stensö hälsocentral, Kalmar

Ismi Vassilaki, patolog/dermatopatolog, Dermipath AB, RCC Stockholm Gotland

Carin Wängblad, kirurg, NU-sjukvården, Uddevalla

Virginia Zazo, dermatolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, RCC Norr

Annons

Ny forskning visar att kontaktallergi mot ett vanligt konserveringsmedel har ökat lavinartat under de senaste 5 åren i Sverige

Kontaktallergi är ett vanligt tillstånd som ger kliande och besvärliga eksem. För många är dessa symtom så besvärande att det påverkar den dagliga livsföringen. Det vanligaste ämnet som orsakar kontaktallergi är nickel men under senare år har fokus riktats mot andra ämnen.

Flera internationella studier har visat att kontaktallergi mot konserveringsmedlet metylisothiazolione, som tillsätts i bland annat kosmetika, målarfärg, schampo och handsprit, ökat lavinartat sedan mitten på 2000-talet. Nu har även en stor svensk studie genomförd vid Örebro universitet i samarbete med svenska kontaktdermatitgruppen (SKDG) och 20 hudkliniker utspridda över landet, visat att konserveringsmedlet som orsakar allergiska reaktioner i huden förekommer hos en stor del av de som allergitestas vid eksem.

Huvudorsaken till det växande problemet beror på att metylisothiazolione år 2005 god-

kändes som konserveringsmedel i Europa. Vad man inte räknat med var att så många skulle få allergiska hudreaktioner mot ämnet. Författarna bakom studien föreslår, i enlighet med tidigare publicerade studier, att en striktare reglering kring den högsta tillåtna koncentrationen av konserveringsmedlet i produkter bör övervägas. Detta för att komma till bukt med de nuvarande problemen.

Ytterligare ett problem som försvårar för konsumenter är att många produkter som innehåller konserveringsmedel har brister i sina innehållsförteckningar. I flera uppmärksammade fall har tillverkaren inte redovisat att den aktuella produkten innehållit ett konserveringsmedel. Högre ställda krav på riskbedömning av produkter samt en noggrannare kontroll av innehållsdeklarationer är ett viktigt steg mot att underlätta för konsumenter att välja produkter som inte orsakar kontaktallergi.

David Byström

Läkarstudent, T11,
Läkarprogrammet
Örebro Universitet



Magnus Lindberg

Överläkare,
Professor, Örebro
Universitet



Studien baseras på EpiReg, det nationella registret för epikutantestning. Kliniker som bidragit med material till studien:

Norrlands universitetssjukhus i Umeå, Lasarettet i Östersund, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karoliska Universitetssjukhuset i Solna, Arbets- och miljödermatologen i Stockholm, Södersjukhuset i Stockholm, Mälarsjukhuset i Eskilstuna, Lasarettet i Västervik, Lasarettet i Falun, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset i Örebro, HudDoktorn i Örebro, Lasarettet i Lindesberg, Centralsjukhuset i Karlstad, Ryhovs sjukhus i Jönköping, Lasarettet i Uddevalla, Telegrafan i Borås, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Skånes universitetssjukhus i Lund och Malmö.

Arbetet med EpiReg har haft finansiellt stöd från Region Örebro Län och Wilanderstiftelsen.

PDF:s årsmöte 2016 – Marstrands Havshotell 18-20 augusti
Anmälan och program via www.pdf.nu

Från underlivskval till medvetna val

”Bäckenbottenlidande i vardagen” – är det ett ämne som kan locka till en dags stillasittande i Läkaresällskapets anrika men något knarriga bänkar, i centrala Stockholm, en januarifredag? Absolut! 195 tillresta, förväntansfulla, åhörare från landets STI- och ungdomsmottagningar, kvinnokliniker och primärvård tvekade inte när Sektionen för venerologi anordnade sitt årliga utbildningsmöte den 29/1 och de gick knappast besvikna därifrån.

Kronisk prostatit? Glöm det!

Urologen, professor emeritus, Hans Hedelin, inledde med att bringa klarhet i prostatitbegreppet.

Akut e.coli-orsakad prostatit är mycket sällsynt, högfebril och sjukhusvårdkrävande. Recidiverande kronisk bakteriell prostatit, orsakad av samma agens, med mer lågradig feber är inte heller den särskilt vanlig och svarar bra på mecillinam (Selexid) i kortare kur (ciprofloxacin bör undvikas då den driver antibiotikaresistens).

Den stora mängden fall benämnes lämpligen **kroniskt bäckenbottensmärtssyndrom** och kan enklast förklaras med ökad muskulär tension i bäckenbotten, långt ifrån alltid med samtidigt prostataengagemang.

De skovvisa symtomen med tydlig årstidsvariation och försämring årets kalla månader, ska överstiga 3 månader och innefatta följande triad:

- 1) Smärtor/dov värk lokaliserad till scrotum, distala penis, suprapubiskt, ländrygg och/eller lårns insidor.
- 2) Miktionsproblem med sveda och obehag och tvingande trängningar till urinering samt
- 3) Smärtsamma ejakulationer och eventuell erektil dysfunktion.

Humörpåverkan med ständig oro för recidiv och tumörtankar är legio trots ett ofta yngre klientel, 18–65 år, med normala PSA-värden.

Behandlingen omfattar upprepade lugnande information, eventuell NSAID peroralt eller rektalt samt försök med tricykliska antidepressiva (Saroten). Pregabalin (Lyrica) i långsamt upptitrerade doser har god effekt, men kan vara beroendeframkallande. Den noterade positiva effekten av tetracykliner kan sannolikt tillskrivas den inflammationshämmande effekten, men är inte reproducerbar i större studier. Ökad ejakulationsfrekvens saknar bevisad nytta.

Empati, stöd och tillförsikt är honnörsorden vid denna åkomma, beskriven som ”a headache in the pelvis”.

Ur stånd? BTYG-sätt!

Urologen Peter Ströberg, Huskvarna, guidade oss i en värld av erektil dysfunktion (ED), definierad som ”oförmåga att få och/eller bibehålla en erektion tillräcklig för sexuell aktivitet”. Det är patienten själv som sätter diagnos och bedömer vad han vill ha ut av sin erektion. Bakomliggande orsaker är av varierande karaktär med såväl organiska som psykogena komponenter. Tillståndet är betydligt vanligare än man tidigare trott och endast 1/3 söker vård för sina problem. Det finns en tydlig koppling till perifer kärlsjukdom och nydebuterad ED ska betraktas som en tidig riskfaktor för kardio-

vaskulär sjukdom (CVD) och framtida kärllkatastrofer – ”penisens effortangina”.

Generellt rekommenderas återhållsamhet med att värdera människors intima företräden, men när det gäller ED krävs ”BTYG”-sättning av patienten – blodtryck och inspektion av yttre genitalia!

Därutöver är svår sömnapné, metabola syndromet, övervikt och alkoholöverkonsumtion ofta kopplat till minskad lust på grund av låga testosteronnivåer – ”tändstiftet i limbiska systemet”.

Förutom utredning, ska vi också vara frukostiga med behandling. Till buds stående PD5-hämmare – sildenafil/Viagra, vardenafil/Levitra och tadalafil/Cialis – är alla effektiva med få risker. Låt patienten prova flera preparat och eventuella kombinationer samt följ upp



www.fotolia.se

effekten! Börja med högsta dosen och titrera ner till lägsta effektiva dito och bli inte förvånad om han klarar sig utan med tiden.

Upphetsning utan mål eller värde

ED:s raka motsats är ofrivillig spontan genital upphetsning hos kvinna (Persistent Genital Arousal Disorder – PGAD), vilket var föremål för gynekologen Elsa Lena Rydings föredrag.

Detta tillstånd saknar koppling till lust, kan endast kortvarigt dämpas av orgasm och glädjefull onani och leder ofta till skamkänslor, ångest och nedstämdhet. Gränsdragningen mot sexuellt tvångssyndrom är svår. Den drabbade är rädd att vara "missbildad", varför omsorgsfull gynekologisk undersökning inkluderande ultraljud och normalitetsförsäkras är viktig!

Tillståndet, vars prevalens är okänd, uppträder av-och-till och mer-eller-mindre under lång tid. En hypotes är att det föreligger en obalans i det dopaminerga systemet ("restless genitals") i analogi med "restless legs". SSRI, tricyklika, levodopa, mindfulness, KBT och psykosexuell rådgivning har prövats med blandade resultat.

Vulvodynier – förhållningssätt och gängse teorier

Betydligt vanligare men väl så plågsamt är vulvasmärta. Ulrika Johannesson, gynekolog vid Danderyds sjukhus, tog oss med på en inspirerande, interaktiv och innehållsrik resa i ämnet.

Generaliserad oprovocerad vulvodyni (GOV), ibland benämnd "burning vulva" drabbar framför allt kvinnor 45–60 års ålder och betingas eventuellt av neuropatisk smärta av typen referred pain, från höft och bäcken.

Lokaliserad provocerad vulvodyni ("vestibulit") drabbar företrädesvis yngre kvinnor från 15 års ålder, är möjlig en lokal neurogen inflammation med utvecklande av mer omfattande, situationsbetingad, smärtproblematik

och en ofta högradigt förstärkt bäckenbotten-tonus med vaginism. Denna kan vara primär eller sekundär (utlöst av lokalt trauma eller infektion, vanligen candida) och påfallande många har även annan smärtproblematik som IBS, spänningshuvudvärk, temporo-mandibulär-dysfunktion (TMD / bruxism), migrän, fibromyalgi med flera. P-pilleranvändning sänker eventuellt smärttrösklar hos i övrigt friska.

Noggrann anamnes och försiktig undersökning, hygienråd och multidisciplinärt omhändertagande i team med läkare, barnmorskor, kurator/psykolog och eventuellt sjukgymnast syftar till att bryta smärtcykeln vid samlag.

Bäckenbottenträning, lokal desensitisering med Xylocaingel och omsorgsfull behandling av eventuell samtidig candidainfektion utgör förstahandsterapi, med tricyklika och gabapentin (Neurontin) som tänkbara komplement vid uttalat lidande.

Tillfrisknande tar tid, men prognosen är överlag god!

Hopplös och skör – eller tuta och kör?

Psykologen Ida Flink, Örebro Universitet, och inte minst Åsa Kadowaki, psykiater och beteendeterapeut från Linköping, avhandlade rädsla-undvikandestrategier och den avgörande betydelsen av ett adaptivt förhållningssätt, d.v.s. att hitta alternativa former för sexuell njutning eller utnyttjande av friskhetsfaktorer som motvikt till "uthärdande".

Åsa som länge arbetat med smärta vid långvarig sjukskrivning, levandegjorde på ett efterhärmligt sätt våra psykologiska undvikandemekanismer. Förmågan att tänka ökar lidandet med inre bilder av "att gå sönder", "begränsningar" och "oförmågor", vilket leder till så kallad **aversiv kontroll** präglad av undvikande och hjälplöshet. Denna dysfunktionella mekanism triggar till "flykt" och smärtförstärkning, vilken

alltmer kommer att styra vederbörandes liv.

"Det känns för att man lever" och "Vad vill vi använda våra liv till?" är två centrala begrepp i sammanhanget. Att vi vill må bra handlar ofta om att vi vill slippa må dåligt. Det går heller inte att tillfriskna från en livssituation och det riktigt farliga är att fastna i passivitet och undvikande!

Medveten närvaro, beteendeaktivering i värderad riktning ("vad jag vill kunna göra med / trots mina hinder") och acceptans är hörnstenarna i behandlingen. Reflexmässig medicinsk symtomlindring i alla lägen kan faktiskt vara omedvetet beroendeframkallande i sig!

Istället ska vi utnyttja viktiga livsteman – relationer (kärlek), arbete och även lek (om än bara för skojs skull!). Ledord är – "vad vill jag/du uppnå?" men också att "förändring är ett risktagande som saknar garantier". Man måste våga för att komma vidare!

Ute och cyklar?

Åsa avslutade med några kloka ord av Albert Einstein: "Livet är som att cykla – man måste vara i rörelse för att hålla balansen".

Sjelva lämnade vi utbildningsmötet på lätta vingar.



Per Anders Mjörberg,
Hänförd moderator



Vinnare av SSDV:s ST-pris 2016

SSDV:s styrelse tackar alla ST-läkare som lämnade in sina mycket intressanta arbeten till årets SSDV:s ST-pris! Bedömningskommittén korade följande 3 vinnare utifrån kriterier som metodik, nyhetsvärde, självständighet och originalitet:

Karim Saleh, Skånes Universitetssjukhus, **Sara Prosén**, Universitetssjukhuset Örebro och **Oscar Zaar**, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. **GRATTIS!**

På SSDV:s vårmöte i Uppsala presenteras dessa arbeten den 26/5 kl 8:00.

[/www.ssdv.se](http://www.ssdv.se)

Annons



Välkommen till SSDV:s vårmöte i Uppsala 25–27 maj 2016

Uppsala, som har förmånen att agera arrangör i år, önskar alla hjärtligt välkomna till SSDV:s vårmöte 2016. Ett speciellt välkommen till SSDV och deras medlemmar. Vår förhoppning är att få se många av er här i Uppsala och att vårt vetenskapliga och sociala program, som vi förberett, är både attraktivt och spännande.

Alla evenemang, förutom arbetsplatsbesöket, går av stapeln inom behagligt promenadavstånd i centrala Uppsala.

Varmt välkomna till Uppsala som vi hoppas kommer att visa sig från sin bästa sida i en strålande majsol!

**Marie Virtanen &
Anna Bergström
med kollegor**

Enheten Hud- och könssjukdomar,
Akademiska sjukhuset, Uppsala





Program

Tisdag 24 maj

10.00 Arbetsplatsbesök

*Sandvik Coromant i Gimo
Buss utgår från Uppsala kl 9.00*

19.00 Enkel buffé på Linnéträdgården

Onsdag 25 maj

08.30 Registrering, kaffe & smörgås, utställningsbesök

09.00 Invigning

Marie Virtanen, Uppsala

09.15 Svenska sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi, SDKO

Standardiserat vårdförlopp – Malignt melanom

Beskrivning av anpassad mottagningsverksamhet samt förslag till optimering av vårdprocessen för dessa patienter i praktiken
Hanna Eriksson, Stockholm och Bertil Persson, Lund

10.45 Kaffe & utställningsbesök

11.15 Sektionen för Venereologi

Bakteriella STI – i nutid och hur det kan bli Mycoplasma genitalium, resistensproblematik, testmöjligheter och annat en dermato-venereolog bör veta

Jørgen Skov Jensen, Köpenhamn och Lars Falk, Linköping



12.45 Lunch & utställningsbesök

13.45 Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket, SveDEN

Psoriasis och systembehandling vid psoriasis – Epidemiologiska studier med hjälp av svenska nationella hälsoregister

Systembehandling vid psoriasis

Hur påverkar kön, livskvalitet och PASI initiering av behandling med biologiska läkemedel (PsoReg)

David Hägg, Stockholm

The effect of psoriasis on adverse pregnancy and births outcomes

Ingegärd Anveden Berglund, Stockholm

Biosimilars – Var står vi idag

Maria Palmetun Ekbäck, Örebro och Intressegruppen för Psoriasis

15.15 Kaffé & utställningsbesök

15.45 Svenska Sällskapet för Arbets- och Miljödermatologi, SSAMD

Kontaktallergi i Sverige – trender under de senaste 5 åren

Magnus Lindberg, Örebro

16.15 Sjukt hus eller sjuk hud?

Bernt Stenberg, Umeå

19.00 Middag på UKK

Torsdag 26 maj

08.00 Autoreferat

Specifika biomarkörer (IL-22) för psoriasis hos barn

Stanley Cheuk, Stockholm

Sambandet mellan neuropeptider och AD

Louise Lönndal, Stockholm

Aspects of skin cancer diagnosis in clinical practice

Ingela Ahnlied, Lund

SSDV:s ST-pris

09.30 Kaffé & utställningsbesök

10.00 Dermatoser – erfarenheter från kliniken

Marie Virtanen, Uppsala

10.45 Årsmötesförhandlingar

13.00 Lunch & utställningsbesök

14.00 Systemic treatment of paediatric eczema and psoriasis

Ali Alsharqi, Royal Liverpool and Broadgreen university hospitals

15.00 Kaffé & utställningsbesök

15.30 Mastocytos

Hans Hägglund och Anna Bergström, Uppsala

19.00 Bankett på Norrlands nation

Fredag 27 maj

08.00 Telemedicin,

bed side app och direktöverföring av sårjournaldata till RiksSår för att underlätta vid sårbehandling

Hanna Wickström, Karlshamn och Rut F Öien, Karlskrona

09.00 Nyskapande sårbehandling med fiskhud

Baldur Baldursson, Reykjavik

09.30 Kaffé & utställningsbesök

10.00 Läckage av lymfa från scrotum – diagnostik och behandling

Pär Gerwins och Ansam Al-Bayatti, Uppsala

10.45 Immunterapi av cancer

Hannah Karlsson, Uppsala

11.30 Gott och blandat – Dermatologi

Ulf Mariott Hansson, Uppsala

12.00 Fallbeskrivningar

Läkare från Hudmottagningen, Akademiska

12.45 Avslutning och välkommen till SSD V:s vårmöte 2017

Nästa års president

13.00 Lunch





Programblad för vårmötet

Ordförande

I slutet av maj ser vi fram emot att besöka Dr Marie Virtanen och kollegorna på Hudkliniken, Akademiska sjukhuset som har förberett ett fantastiskt program för alla våra medlemmar. Vi träffas på Uppsala Konsert & Kongress i populära och renoverade stadsdelen Fålhagen som ligger ett stenkast från Domkyrkan, Uppsala Slott och Fyrisån.

Det vetenskapliga programmet ser otroligt lovande ut. Redan på tisdagen träffas flera sektioner på såväl styrelse- som årsmöten och SSAMD organiserar sitt årliga arbetsplatsbesök. Vårmetet invigs officiellt på onsdagen då fyra av våra sektioner anordnar intressanta minikurser för alla våra medlemmar. På torsdag och fredag kan vi se fram emot ett spännande potpurri av föredrag, referat från våra nydisputerade medlemmar, presentationer om förbättringsarbeten samt fallbeskrivningar från entusiastmerande nationella och internationella föreläsare. Ni är också varmt välkomna att vara delaktiga på torsdagens årsmötesförhandlingar där vi har glädjen att få berätta vad styrelsen, sektionerna och intressegrupperna har arbetat med under det gångna året samt diskutera alla angelägna frågor som berör vår specialitet. På kvällarna får vi dessutom njuta av ett spännande underhållningsprogram med mycket mingel, god mat och dryck.

SSDV:s vårmöte är en unik möjlighet för oss alla att förkovra oss inom våra favoritämnen, att ta del av nya forskningsrön, att inspireras av förbättringsprojekt från landets alla hörn samt gemensamt diskutera hur vi kan fortsätta att förbättra den svenska dermatologins framtid. Vi ser verkligen fram emot att träffa er alla under dessa fyra dagar i Uppsala och vill tacka våra värdar på förhand för denna möjlighet.

Väl mött önskar SSDV:s styrelse!



John Paoli
Ordförande SSDV

Konferensfakta

- PLATS:** Uppsala Konsert & Kongress, Vaksala torg 1, Uppsala
- DATUM:** (24) 25–27 maj 2016
- AVGIFT:** 5 200 kr för medlem
6 200 kr för icke medlem
2 600 kr för pensionär
I avgiften som är exklusive moms ingår samtliga måltider enligt programmet
- ANMÄLAN:** Anmäl dig på www.eventoolbokning.se/ssdv
Anmälan är bindande, men kan överlåtas på annan person.
- BEKRÄFTELSE:** Slutlig bekräftelse skickas ut via e-post under april månad.
- BETALNING:** Eventool AB fakturerar såväl deltagaravgift som logikostnad.
- LOGI:** Logi är förbokat på följande hotell som samtliga ligger centralt i Uppsala. Gå gärna in på respektive hemsida och titta innan du bestämmer dig.
- Du bokar logi på samma formulär som deltagandet.**
Priserna är angivna exklusive moms och inklusive frukost.
Logi kan inte garanteras.

Best Western Hotel Svava

www.hotelsvava.com

Enkelrum 1 226 kr

Dubbelrum 747 kr/person

Grand Hotell Hörnan

www.grandhotellhornan.com

Enkelrum 1 335 kr

Dubbelrum 802 kr/person

Scandic Uplandia

www.scandichotels.se/uplandia

Enkelrum 1 420 kr

Dubbelrum 755 kr/person

Radisson Blu Uppsala

www.radissonblu.se/hotell-uppsala

Enkelrum 1 777 kr

Dubbelrum 978 kr/person

INFO:

Frågor som rör anmälan, ekonomi och logi besvaras av Sofia Lassesson, Eventool AB, telefon 070-655 92 18 eller e-post sofia@eventool.se

Frågor avseende utställningen besvaras av Mia Forslöf, Eventool AB, telefon 070-822 96 40 eller e-post mia@eventool.se

Information om programinnehållet lämnas av Marie Virtanen, hudkliniken Akademiska sjukhuset, Uppsala, e-post marie.virtanen@akademiska.se



Annons

Badbehandling på ordination

Hudkliniken i Lund har nyligen öppnat badavdelningen efter ombyggnad och renovering. Här kan vi erbjuda olika badbehandlingar t.ex. Kaliumpermanganatbad, oljebad, Klorinbad och klibad. När de små barnen får Kaliumpermanganatbad brukar vi kalla det prinsess- eller prinsbad.

När vi har **Kaliumpermanganatbad** så brukar vi plasta in badkaren och fyller först plasten med 100 l. vatten och 1 dl Kaliumpermanganat 3 % och sen fortsätter vi med 100 l. vatten utanför plasten. Kaliumpermanganatbadet har både adstringerande och baktericid effekt och lindrar klådan. Ibland kombinerar vi Kaliumpermanganat med olja och lägger då till 30 ml badolja.

Oljebad är 60 ml badolja till ett fullt badkar (200 l).

Klorinbad "Bleach bath" 2-3 msk Klorin i ett fullt badkar. Används till de som drabbas av

upprepade hudinfektioner och illaluktande sår.

Klibad, två tubgaskorvar à vardera 3 dl veteekli i dubbel tubgas kokas i 10 min. och får sedan svalna. Allt hälls ner i badkaret. Används till de som har torr hud och svår klåda men inte så många synliga excoriationer och när inte Kaliumpermanganatbadet haft effekt.

Ibland kombineras baden med UVB-behandling. Efter baden får de flesta hjälp med smörjning, kortisonkräm och mjukgörande

kräm. Ibland använder vi oss av "Wet wrap" för att försöka bryta klådcirkeln.

Badet är för många en skön stunds avkoppling. Nu efter renoveringen finns det värme i taket och skjutdörrar till rummen för att få avskildhet. Vi har dessutom dimmerbelysning och en CD-spelare med relaxmusik. När klockan ringer efter 20 minuter är det många som undrar om de inte kan få bada lite längre.

Sofia Strandberg

Sjuksköterska

Dagsjukvården Hudkliniken SUS Lund



Den nyöppnade badavdelningen efter ombyggnaden och renoveringen.

Stipendierapport SSDV:s forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar

Mikrobiell påverkan vid atopiskt eksem och inflammatorisk hudsjukdom

– från molekylära mekanismer till terapi

Ett stort tack till SSDV och bidragsgivaren Novartis för de stipendiemedel som tilldelats vår forskning.

Atopiskt eksem (AE) är en kronisk inflammatorisk hudsjukdom som drabbar ungefär vart femte barn i svårare eller mildare form. Hos de flesta barn läker eksemet ut när de blir äldre, men upp till tio procent har besvär av sjukdomen i vuxen ålder. Flera genförändringar som antingen reglerar det immunologiska försvaret eller hud-barriärfunktionen har rapporterats hos patienter med AE [1]. Dessutom är det känt att omgivningsfaktorer i form av infektioner, stress och allergener är associerade med försämring av eksemsjukdomen. Huden hos

patienter med atopiskt eksem är regelmässigt koloniserad med bakterien *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), och hos vuxna jästsvampen *Malassezia* [2]. Vid ett infekterat eksem, kan ämnen (proteaser, toxiner och allergener) från mikroorganismer (bakterier, virus och jästsvamp) försämra eksemsjukdomen och sensibilisering mot dessa ämnen kan utvecklas [3]. Delar av proteiner som kan döda bakterier, så kallade antimikrobiella peptider, utgör en viktig del av vårt medfödda immunförsvar och flera signalmolekyler har betydelse vid AE, exempelvis interleukiner (IL-4, IL-13, IL-5) och cytokin (thymic stromal lymphopoietin – TSLP). Personer med AE har en mindre mängd av vissa antimikrobiella peptider i hu-

den och samspelet mellan mikroorganismer på huden, hudens celler, barriärfunktion och immunförsvar är en viktig uppgift att utforska vid atopiskt eksem.

I det aktuella projektet har vi i patientnära studier undersökt växt av bakterier på huden, sensibilisering mot ämnen från mikroorganismer, hudens barriärfunktion och ämnen som signalerar inflammation i kroppen. För första gången i ett svenskt material har vi visat en klar skillnad i hud-barriärfunktion hos patienter med AE koloniserade med bakterien *S. aureus* i jämförelse med patienter som inte var koloniserade med *S. aureus* på huden. Dessutom visades att ju fler bakterier som fanns på huden, desto sämre hud-barriärfunktion [4].

Komplement och mannan bindande lektin (MBL) kan modulera hudens inflammatoriska miljö och påverka den mikrobiella hudfloran [5]. I samarbete med Dr. Ole Sörensens forskargrupp, avdelningen för infektionsmedicin, Lunds Universitet, har vi visat att receptorn för epidermal tillväxtfaktor (EGFR) är involverad i reglering av uttrycket av epidermala komplementkomponenter och aktivering av komplementfunktionen [6]. Vidare kan MBL-brist ha relevans för funktionen av immunförsvaret och våra data tyder på att brist på MBL är associerat till sensibilisering för jästsvamps-antigen i en kohort av patienter med AE [7].

Bakteriernas förmåga till att bilda en skyddande hinna kring bakteriekolonierna, så kallad bakteriell biofilm, har visat sig vara en bidragande faktor till den kroniska bakteriella kolonisationen och inflammationen vid AE [8]. Bakteriernas förmåga till biofilmsproduktion är en överlevnadsstrategi som skyddar mikroorganismerna från kroppens försvarsmekanismer och ger minskad känslighet för anti-



www.fotolia.se

biotika. När vi undersökt *S. aureus* isolat från eksemhud visar våra nya data att bakterieisolaten har olika förmåga att bilda biofilm. Våra *in vitro* data visar dessutom att antiseptiska ämnen såsom natrium hypoklorit, som länge använts kliniskt i så kallade klorbad, har en god effekt att förhindra biofilmsproduktion och att utplåna en redan etablerad biofilm när vi undersökte kliniska bakterieisolat [9].

Jag vill rikta ett stort tack till medarbetare och också tacka SSDV och bidragsgivaren Novartis för de stipendiemedel som tilldelats

vår forskning. Stipendiemedlen har använts till inköp av utrustning för att mäta hudbarriärfunktionen och även bekostat försök som utförts med konfokalmikroskopi. Vi hoppas kunna bidra till en ökad kunskap om samspelet mellan mikroorganismer på huden, hudens celler, barriärfunktion och immunförsvar vid AE som kan leda till utveckling av strategier för bättre behandling och prevention hos barn, ungdomar och vuxna med atopiskt eksem.



Andreas Sonesson

M.D. Ph.D., Överläkare, Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus.

Referenser:

1. Weidinger S and Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2015.
2. Biedermann T. Dissecting the role of infections in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 2006; 86: 99-109.
3. Sonesson A, Bartosik J, Christiansen J, et al. Sensitization to skin-associated microorganisms in adult patients with atopic dermatitis is of importance for disease severity. *Acta Derm Venereol*. 2013; 93: 340-5.
4. Jinnestal CL, Belfrage E, Back O, Schmidtchen A and Sonesson A. Skin barrier impairment correlates with cutaneous *Staphylococcus aureus* colonization and sensitization to skin-associated microbial antigens in adult patients with atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 2014; 53: 27-33.
5. Chehoud C, Rafail S, Tyldsley AS, Seykora JT, Lambris JD and Grice EA. Complement modulates the cutaneous microbiome and inflammatory milieu. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013; 110: 15061-6.
6. Abu-Humaidan AH, Ananthoju N, Mohanty T, et al. The epidermal growth factor receptor is a regulator of epidermal complement component expression and complement activation. *J Immunol*. 2014; 192: 3355-64.
7. Belfrage E, Schmidtchen A, Sonesson A. Low systemic mannose-binding lectin is associated with sensitization to *Candida albicans* in a cohort of patients with atopic dermatitis. 24TH European Academy of Dermatology and Venerology (EADV) Congress abstract. October 2015 - Copenhagen, Denmark.
8. Allen HB, Vaze ND, Choi C, et al. The presence and impact of biofilm-producing staphylococci in atopic dermatitis. *JAMA dermatology*. 2014; 150: 260-5.
9. Eriksson S, Sonesson A. Antimicrobial and anti-biofilm effects of sodium hypochlorite against *Staphylococcus aureus* isolates derived from patients with atopic dermatitis. 24TH European Academy of Dermatology and Venerology (EADV) Congress abstract. October 2015 - Copenhagen, Denmark.

Årets handledare 2015 på verksamhetsområde Hud- och könssjukvård, Sahlgrenska



Den 26 februari 2016 utdelades utmärkelsen "Årets handledare 2015" av ST-läkarna på VO Hud- och könssjukvård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Priset gick till överläkare **Amra Osmancevic**, med följande motivering:

"Amra är en förebild, både vad gäller medicinsk kunnighet och patientbemötande. Hon får en att känna sig styrkt i sin egen yrkesroll och i sina egna beslut och bedömningar. Amra är alltid positiv, engagerad och hjälpsam. Hon ger en alltid tid och visar inga tecken till stress trots att flera står på kö för att få hjälp."

**/ST Maja Modin och
Studierektor Magdalena Claeson**

Årets handledare, överläkare Amra Osmancevic, tar emot sin utmärkelse. Från vänster ses ST Karolina Wojewoda, ST Maja Modin, Amra Osmancevic och ST Anna von Feilitzen.

SSAMD:s höstmöte 2015 i Örebro

Arbets- och miljödermatologen vid hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro anordnade 21-22 oktober i samarbete med Arbets- och miljömedicin den 10:e workshopen om epikutantestning. Det var tredje gången som workshopen också anordnades som ett tvådagarsmöte tillsammans med den yrkesdermatologiska träffen. Runt 45 deltagare från hela landet deltog och de bjöds på ett omväxlande praktiskt och vetenskapligt program. På onsdagskvällen anordnades en guidad fotvandring på Örebro slott som har anor sedan före Gustav Vasa. Därefter avåts en välsmakande middag på stadens bästa kinares-aurang.

Gästföreläsare var infektionsläkaren/mikro-

biologen professor Bo Söderquist från Örebro universitet. Han bjöd på en uppskattad föreläsning om stafylokocker och deras betydelse, bland annat för yrkeslivet. Utöver detta bjöd workshopen på uppdateringar om tatueringar (ur både klinik- och myndighetsperspektivet) och hudproblem vid användning av skyddshandskar. Här diskuterades gummikemikalier och Nils Hamnerius presenterade hur man genomfört den stora handeksem och handskundersökningen i region Skåne. Undersökningens resultat presenterades senare under hösten vid ett seminarium i Malmö. Magnus Lindberg presenterade en rapport från EpiReg där en läkarstudent sammanställt resultaten från åren 2010-2014 som en 30-poängsuppsats.

Vid höstmötet infördes också ett nytt moment då deltagarna fick arbeta i grupper runt några aktuella frågor. Gruppdiskussionerna avrapporterades sedan i helgrupp och några fortsättningsarbeten på gruppdiskussionerna planerades.

Höstmötet avslutades med SSAMD:s möte och en diskussion om svenska basserien där basserien för 2016 bestämdes.

Nästa möte blir Yrkesträffen i samband med SSDV:s årsmöte i Uppsala i maj 2016 och nästa höstmöte hålls 2016 i Malmö.

Magnus Lindberg
Öl, Professor, Örebro



Mediahuset i Göteborg AB erbjuder våra medlemmar chansen att skriva ett eller flera korta reportage från SSDV:s vårmöte i Uppsala 25-27 maj som sedan skall publiceras i vår medlemstidning Dermatologi & Venereologi efter sommaren. Uppdraget arvoderas med 2.500 till 10.000 kr beroende på antal sidor man vill bidra med.

Uppsala
SWEDEN

Om du ändå har tänkt åka till Uppsala och är intresserad, var god kontakta vår chefsredaktör Christian Steczko Nilsson via mail så snart som möjligt (christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se).

**Vill du jobba
som reporter på
SSDV:s vårmöte
i Uppsala?**

Annons

ST-läkare i Sverige och Norge

Efter 3 år som ST-läkare på hudmottagningen i Nässjö och läns-sjukhuset i Ryhov valde jag i september 2015 att fortsätta min specialistutbildning i Norge, på Haukeland universitetssjukhus i Bergen. Jag gick från en trygg fast anställning som garanterade min specialistutbildning, till ett underläkarvikariat i regniga Bergen. Efter 10 år på rymmen, först genom medicinutbildningen i Danmark och därefter min tid som ST-läkare i Sverige, är jag alltså åter i Norge.

När man som jag har rest genom olika länder blir man tvungen att tänka en extra gång när det gäller att ordinera vissa behandlingar som tidigare var rutin. Det är så lätt att göra något bara för att «så görs det här». Och sedan tänker man kanske inte så mycket mer på det. Om det är något man lär sig genom att jobba på olika ställen, så är det att många vägar leder till Rom. Nyligen hade vi en patient med pytiriasis amiantacea på behandlingsenheten i Bergen. «Fjäll av med dermovat-ister» sade jag till kollegorna. «Dermovat-ister? Vad är det?» frågade de mig. »Ja, men det är... Dermovat-ister...» försökte jag svara. Jag kom på att jag aldrig hade reflekterat över vad det egentligen var. Kortfattat så använder kollegorna i Norge inte denna kräm som innehåller en blandning av klobetasol kombinerat med grisfett. Men det går bra ändå! För man kan få liknande effekt med andra metoder. Dessa behöver inte nödvändigtvis vara sämre eller bättre. De är bara annorlunda.

Här på Haukeland universitetssjukhus har man dock tillgång till alla de senaste moderna behandlingar som används på hudkliniker i Sverige. Men det finns något som används här som *jag* åtminstone inte har sett under mina år i Sverige. Goeckerman terapi, med andra ord tjärbehandling. I Norge. År 2016. Tydligt har detta fått en renässans i Europa, och här på Haukeland har man dagligen patienter som kommer för att få denna resurskrävande behandling. Lite av en stenåldersbehandling tänkte jag, men det är ju ett fantastiskt välbeprövat alternativ för multisjuka patienter som av en eller annan orsak inte kan få systembehandling. Och gissa vad. Det funkar även år 2016. En annan annorlunda teknik som jag fick se för första gången i Bergen var "sitteljus" (se bild). Det är en hemsnickrad toaletsits med TL-01 ljus under. Alldeles utmärkt för patienter med lichen sclerosus et atrophicus, invers psoriasis och perianal klåda till exempel.

I Norge, som i Danmark, har man få dermatologiska avdelningar på offentliga sjukhus (totalt 7 i Norge). Resten av dermatologerna arbetar privat, antingen med avtal med den offentliga sjukvården eller helprivat. Med tanke på vårdvalet som infördes under mina sista år i Sverige och diskussionerna som fördes kring detta, levde jag i tron att jag enbart skulle se de allra svåraste patienterna på sjukhuset. Men även om det absolut är så att de svåraste patienterna kommer hit, så får man även handlägga helt vanliga dermatologiska åkommor och jag får på det sättet en fullvärdig ST-utbildning. När man reflekterar vidare på detta så kanske det inte är så dumt att de svåraste patienterna samlas på ett fåtal ställen som då får möjligheten att tillägna sig större erfarenhet av att hantera dessa patienter?

Att ha olika arbetsplatser under ens tid som ST-läkare är inte bara positivt. Jag vet t.ex. ännu inte om alla mina år i Sverige kommer att bli godkända i Norge. Även om de berättar att det sannolikt går bra, tas beslutet först när jag tror att allt är klart och jag skickar in mina papper. Kanske blir jag tvungen att gå ett år extra innan jag blir klar? Utbudet av ST-kurser är det också lite mindre av i Norge. Man saknar exempelvis



en kurs om diagnostik och handläggning av hudtumörer likt den som arrangeras vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset för svenska ST-läkare.

I det stora hela är det inte så annorlunda att arbeta som dermatolog i Norge jämfört med Sverige. Man har samma tankesätt, liknande populationer och livsstilar. Detta ger också gyllene möjligheter till samarbete och gemensamma forskningsprojekt. När vi inte är fler än 750 dermatovenereologer tillsammans borde vi kanske samarbeta ännu mer än vad vi gör idag. Vi har redan en nordisk kurs i kirurgi (som är väldigt populär i Norge) och i år arrangeras för första gången en gemensam nordisk kurs i dermatoskopi i Göteborg. Kanske borde man även ha en gemensam ST-träff för att försöka få ett bättre nätverk och samarbete över de nordiska gränserna i framtiden?

Slutligen vill jag säga tack till mina tidigare kollegor i Nässjö och Jönköping, speciellt Dr. Iwona Wielondek som gav mig chansen till att starta min karriär i Sverige, som jag nu bygger vidare på i Norge. Tack Sverige, vi ses nog igen!

Reza Sohrabi

ST-läkare

Haukeland universitetssjukhus
Bergen, Norge



Diagnostiskt Centrum Hud utlyser för andra gången (2016) två stipendier à 25 000:- avsedda att stimulera till vidareutbildning. Stipendiet kan till exempel användas för en kurs, studieresa eller auskultation och ska leda till att en ST-läkare eller nybliven specialist (<1 år efter specialistexamen vid tidpunkten för ansökan) kan utvecklas vidare, antingen bredda eller fördjupa sin kompetens. Sökanden skall vara medlemmar i SSDV. Det kan vara inom så vitt skilda

kompetensområden som hudkirurgi, ledarskap, systemsjukdomar, dermatoskopi, etc. Med din ansökan får du motivera varför just du bör få stipendiet och på vilket sätt den tänkta vidareutbildningen kommer att leda till kompetensutveckling.

Sista ansökningsdag är 16 oktober 2016.

Ansökan skickas till anne.wetter@dchud.se.

Läs mer på <http://ssdv.se/stipendier/dch-stipendiet>

” Med hänseende på den alarmerande ökningen av antalet hudcancerfall och de till synes oändligt växande köerna inom hudsjukvården i Sverige idag ser jag det som ytterst angeläget att hitta nya metoder för att förbättra omhändertagandet av våra patienter - såväl inom hudcancersjukvården som för våra övriga hudpatienter. En mer effektiv diagnostik samt vårdkedja genom nya innovativa metoder, bland annat TDS (teledermatoskopi) och TD (teledermatologi), ser jag som nyckeln.

Med DCH:s stipendium avser jag vidareutbilda mig inom dermatoskopi genom klinisk tjänstgöring under 1 månads tid för sommaren 2016 hos professor Giuseppe Argenziano vid Dermatology Unit vid Second University of Naples i Italien.



Markus E.S. Danielsson

DCH-stipendiater 2015

Vi gratulerar Karolina Evenhamre, Örebro (nedan) och Markus Danielsson, Göteborg (till höger), som utsetts till DCH-stipendiater 2015! De kommer att publicera rapporter från sina respektive fortbildningsaktiviteter i kommande nummer av "Dermatologi & Venereologi".

DCH – stipendiet ges ut av Diagnostiskt Centrum Hud, Stockholm med syfte att sti-

mulera vidareutbildning. Stipendiet kan till exempel användas för en kurs, studieresa eller auskultation och ska leda till att en ST-läkare eller nybliven specialist (<1 år efter specialistexamen vid tidpunkten för ansökan) kan utvecklas vidare, antingen bredda eller fördjupa sin kompetens.

Välkomna att söka DCH-stipendiet 2016!

Se information via ssdv.se



” Jag kommer att använda mitt stipendium till att auskultera två veckor på The Vascular Birthmark Institute of New York. Med förhoppning om spännande och intressanta veckor, där jag kommer att få lära mig mer om vaskulära malformationer och hemangiomer samt utredning och behandling av dessa.

Karolina Evenhamre



Lejonalds Slott, utanför Stockholm

ST-träffen – "SSDV:s Höstmöte"

– för ST-läkare inom Dermatologi och Venereologi

ST-träffen – SSDV:s Höstmöte – är en fantastisk möjlighet till såväl kunskapsinhämtning som networking ST-läkare emellan. Vi bokat, utifrån ST-läkarnas önskemål, eftertraktade föreläsare inom områden som de obligatoriska SK-kurserna ej täcker men där ST-läkarnas intresse är stort. Utöver ett fullspäckat program med inspirerande föreläsningar är SSDV:s ordförande samt utbildningsansvarig på plats för presentation av SSDV. Möjlighet ges till att ställa frågor om ST-utbildningen och vi sammanställer och jämför även hur ST:n ser ut runt om i landet. Utanför föreläsningstid umgås vi vid och efter den gemensamma banketten som årligen anordnas på kvällen tillsammans med representanter från industrin som bistår vid eventet.

År 2014 hade vi uppskattade dagar med laserbehandling som tema. Förra året fokuserade vi på hud och psyke samt nagel- och hårsjukdomar. Vi föredrog även om TDS (teledermoscopy) och TD (teledermatology) – något som introduceras alltmer inom sjukvården. Inför årets ST-träff arbetar vi nu med att sammanställa två dagars fullspäckat program om *diagnostiska verktyg inom dermatologin* – allt inom

trikoskopi, inflamoskopi, mikroskopi och ev dermatoskopi. Om schemat tillåter ytterligare eskapader inom dermatologins värld fyller vi eventuellt ut schemat med föreläsningar inom ämnesområdet vaskuliter. Arbetet pågår för fullt med planeringen av årets ST-träff och med att engagera föreläsare – hittills har vi lyckats rekrytera den internationellt erkända auktoriteten Dr. Aimillios Lallas, känd för sina energiska och inspirerande föreläsningar!

ST-träffen har tidigare årligen ägt rum på uppskattade Lejonalds Slott utanför Stockholm. Antalet anmälningar inför år 2015 översteg dock förväntan och intresset var glädjande nog enormt. Av cirka 70 anmälda kunde vi på grund av platsbrist tyvärr bara ta emot 50 stycken ST-läkare. Som ett led inför planeringen av årets ST-träff har vi därför tänkt om och tänkt nytt!

ST-träffen äger i år rum den **6–7 december på Ystad Saltsjöbad** och vi har öppnat upp för 70 deltagande ST-läkare i år utöver industrin, representanter från SSDV samt föreläsare.

Å hela programkommitténs, SSDV:s och industrins vägnar hälsar jag er alla varmt välkomna till årets ST-träff! Vi hoppas att så många

som möjligt kan komma och ta del av det program vi sammanställer samt utbyta erfarenheter och inspirera varandra. Väl mött!

**Markus E.S. Danielsson**

Hudkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

För ytterligare information kring kursinnehåll och anmälan vänligen gå in på www.ssdv.se.

Annons

Annons

Quiz 1 – Dermatioskopi

Här kommer ännu ett klurigt dermatoskopifall. Jag ser fram emot att höra era diagnosförslag som kan skickas 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.

Maila in ditt svar till: john.paoli@vgregion.se
senast 29 augusti 2016

Fall:

Denna 50-åriga kvinna sökte för en vitaktig fläck på bröstkorgen som hon började notera för ca ett år sedan. Vad är er diagnos?

Kan du ställa en diagnos?

John Paoli

Överläkare, docent
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset



SDKO:s utbildningsstipendiat 2015

”SDKO:s utbildningsstipendium möjliggör ett gediget tillfälle till vidareutveckling av kompetens inom just dermatoskopi och diagnostik av hudtumörer genom deltagande i dermatoskopikursen ’Basic Dermoscopy Course’, en

1-årig online-utbildning som ges vid Medical University of Graz, Österrike. Genomförd och godkänd kurs berättigar till The International Dermoscopy Diploma.”

Markus E.S. Danielsson



Quiz 2 – Dermatologi

Fall:

Denna 75-åriga kvinna remitteras på grund av 7 månaders anamnes på lätt kliande exantem på bålen och proximala extremiteter. Besvären uppstod i samband med insättning av tolterodin för trängningsinkontinens och tockades då initialt som läkemedelsexantem. Tolterodin sattes ut efter 3 veckor, men utslaget har kvarstått sedan dess. Patienten har inte känt sig allmänt sjuk och är tidigare frisk.

Följande prover togs:

Hb, vita, diff, trc, ALAT, kreatinin: normala

ANA: Positiv med kornigt mönster

ENA: Positiv i SSA

RF-IgM: Positiv

CCP: Negativ

Komplementkoncentration: Normala

C1q-antikroppar: Negativ

Kryoglobuliner: Negativ

PAD: Interfasdermatit med enstaka apoptotiska keratinocyter

IF: Fibrinogen längs basalmembranet.

Vad är din diagnos?

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

William Troensegaard



Maila in ditt svar till:
william.troensegaard@skane.se
senast 29 augusti 2016



Dermatoskopi Quiz 1 – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 5-2015

Fall:

47-årig kvinna inkommer på egenremiss på grund av en 9x4 mm förändring på vänster kind. Förändringen har funnits i flera år, men hon har noterat att den har blivit mer blåaktig över sommarn. Hon är tidigare hudfrisk och tar inga läkemedel. Ingen hereditet för hudcancer.

Makroskopiskt och dermatoskopiskt (opolariserat ljus) ser den ut som på bilderna nedan.

Facit:

PAD visade lentigo maligna med regressionsfenomen i ena hälften av tumören.

Denna gång var det ingen som kom in med helt korrekt svar. Däremot inkom många förslag på "lichen planus-like keratosis" (=benign lichenoid keratos eller seborrhoisk keratos i regression) vilket dermatoskopiskt stämmer med de gråa dots som ses i övre delen av tumören, men här representerar de regressionsfenomen.

Vid gråaktigt pigment i ansiktet är det alltid svårt att ställa en dermatoskopisk diagnos med hög säkerhet. Detta fall illustrerar vikten av utförlig anamnes (t.ex. om en vårtliknande lesion har trillat av nyligen eller inte) och att man skall vara frikostig med biopsier vid liknande fynd.

William Troensegaard



SDKO:s utbildningsstipendier 2016

Årets SDKO:s utbildningsstipendier gick till:

Paula Dávila, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, för Dermatoskopikurs Online vid Graz Universitet och

Oscar Zaar, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, för Kirurgikursen i La Jolla, San Diego.

SDKO:s styrelsen, bedömningskommittén samt samarbetspartners gratulerar Paula och Oscar och ser fram emot deras kursrapport.

Dermatoskopi Quiz 2 – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 5-2015

I förra numret av Dermatologi & Venereologi presenterades nedanstående fall. Det gällde en kvinna född -78 som sökte för en allmän prickkontroll. Strax nedom BH-bandet sågs denna upphöjda lesion som ibland råkade ut för skav. Den hade funnits lite över ett år och hade blött vid något tillfälle.

En stor applåd till **Erna Tomic**, undersköterska på Karolinska Universitetssjukhuset, som var den enda personen som hade korrekt svar på fallet. Stort tack till alla som skickade mig deras diagnosförslag!

Facit:

Bland differentialdiagnoserna fanns förstas pigmenterat basaliom och malignt melanom, men rätt svar var **dermalt nevus**. Visserligen var det en lite bisarr bild vilket också gjorde att excision kändes lämpligt för att bekräfta diagnosen med PAD. Vid dermatoskopisk analys kan man dock se att blodkärlen huvudsakligen är av "kommatecken"-typ och att distributionen är relativt homogen. Den oregelbundna, delvis gråbruna och delvis hudfärgade pig-

menteringen beror sannolikt på att nevusets melanocytnästen ligger relativt djupt i dermis och att lesionens generella pigmentering höll på att avta. I detta fall var den kliniska bilden, den typiska lokalen och patientens ålder kanske till mer hjälp än dermatoskopibilden. Man påminns vid sådana här fall att man inte enbart kan förlita sig på de dermatoskopiska fynden.

John Paoli

Överläkare, docent
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



ST-läkare! Har Du koll på kommande ST-kurser?

Gå in på ssdv.se / Kalender och klicka dig vidare.

SSDV:s styrelse 2016


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 Dahlen
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 (Lund)

Representant
Svenska Läkaresällskapet

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

Representanter
Praktikerkonsult AB

Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)

Valberedning 2016

Maria Bradley (Stockholm)
Sammankallande

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

SSDV:s kalender 2016-2017

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

16th World Congress on Cancers of the Skin (WCCS 2016)

2016-08-31 - 2016-09-03

Wien, Österrike

12th Congress of the European Association of Dermato-Oncology (EADO) 2016

2016-08-31 - 2016-09-03

Wien, Österrike

StanDerm's 3rd training school on occupational skin cancer (OSC)

2016-09-05 - 2016-09-07

Modena, Italien

ST-kurs Psoriasis och Eksem

2016-09-12 - 2016-09-16

Linköping, Sverige

ST-kurs STI

2016-09-19 - 2016-09-23

Örebro, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2016-09-21

Lund, Sverige

ST-kurs i hudpatologi

2016-09-28 - 2016-09-30

Göteborg, 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 Diagnostik och behandling av hudtumörer

2016-10-10 - 2016-10-14

Göteborg, Sverige

ST-kurs Global Dermatologi - Addis Abeba

2016-10-10 - 2016-10-14

Addis Abeba, Etiopien

6th World Congress of Tele dermatology

2016-10-14 - 2016-10-15

London, England

DASIL 5th Annual Congress

2016-10-19 - 2016-10-23

Dubai, Förenade Arabemiraten

Galdermas Dermatologiska Symposium 2016

2016-10-21 - 16:30

Göteborg, Sverige

ST-kurs i yrkes- och miljödermatologi

2016-11-07 - 2016-11-11

Malmö, Sverige

2nd Inflammatory Skin Disease Summit

2016-11-16 - 2016-11-19

New York, USA

SSDV:s Sydsvenska möte

2016-11-16

Malmö, Sverige

ESMS Mohs Surgery Course 2016

2016-11-25 - 2016-11-26

Zürich, Schweiz

ST-träff 2016

2016-12-06 - 2016-12-07

Ystad, Sverige

ST-kurs för Pediatrisk dermatologi

2017-01-16 - 2017-01-18

Stockholm, Sverige

13th Congress of the EADO

2017-05-03 - 2017-05-06

Aten, Grekland

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

