

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 7 • 2016



www.ssdv.se

**SSDV:s nya ordförande • SSDV:s vårmöte 2016 • Vårdval Stockholm
Rapport från EBDV • Lagstiftning om skönhetsåtgärder
Referat från stipendiater • ST-enkät 2015 • Quiz**



**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

Ansvarig utgivare / redaktör:
John Paoli, john.paoli@vgregion.se

Ordföranden:
Katarina Lundqvist, 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:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsbild:
Vinnarna av priset för bästa vetenskapliga arbete.
På bild från höger till vänster: Karim Saleh, John
Paoli (avgående ordförande för SSDV), Sara
Prosén, Oscar Zaar och Katarina Lundqvist (nyvald
ordförande för SSDV). **Foto:** William Troensegaard

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

Innehåll	
Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
Workshifting.....	4
Rapport om SPIRA-stipendiet 2015:1.....	6
Rapport om SPIRA-stipendiet 2015:2.....	8
ST-pristagare 2015.....	9
Världval Stockholm – artikel + inlägg.....	12
EBDV-rapport 2016.....	15
Årets SPIRA-stipendiater är utsedda.....	16
SSDV:s Forskningsstipendium 2016.....	16
Lagstiftning om skönhetsåtgärder.....	18
ST-enkät 2015.....	21
SSDV:s vårmöte 2016.....	23
Välkommen till SSDV:s vårmöte 2017.....	32
Quiz 1.....	35
Bloådförtunnande behandling.....	35
Dermatoskopi Quiz 1 – lösning.....	36
SSDV:s pedagogiska pris 2017.....	36
Dermatologi Quiz 2 – lösning.....	37
Glöm inte registrera i PsoReg.....	37
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

Patienter vet bäst själv, eller?

Hej och välkomna tillbaka efter semestrar och till ett nytt nummer av D&V!

Ibland träffar man patienter vars föreställningar om diagnos och behandling helt går på tvärs med ens egna. Lika jobbigt som det kan vara under besöket, lika fascinerande kan det vara efteråt. Varifrån får de sin övertygelse? Tänk om jag kunde vara lika säker på allt jag säger och tror på? Och varför söker de min hjälp när de, vad det verkar, inte är intresserade av det vi kan erbjuda?

En patient sökte flera gånger p.g.a. svår akne. Alla förslag och erbjudanden om behandling avböjdes. Hen ville först prova en ny diet, utsluta eller lägga till något i kosten. Aknen blev sämre och till slut blev det oundvikligt med läkemedel på recept.



Vid återbesöket var det mycket bättre. Jag kunde inte hålla mig och framförde att det kanske inte var så dumt att prova våra behandlingsalternativ ändå. Svaret blev att eftersom hen samtidigt börjat med en ny, mycket strikt diet, så kunde vi inte säga vad som haft effekt, egentligen. Och även om jag var säker på min sak, så visst, hur skulle jag kunna leda det i bevis. Några försök med motargument baserade på tidigare erfarenheter av olika dieter och vitaminer rann av som vatten på en gås. Hen ville dock fortsätta med erhållen behandling och jag tänkte att vi kommer nog inte längre än så. Kanske fanns det ändå ett tyst samförstånd oss emellan. Oavsett föreställning om orsak och verkan fungerade nuvarande strategi och ingen behövde göra avkall på sin övertygelse.

Hemsidan

Vid vårmötet diskuterades problem med hastigheten på hemsidan, inaktuella uppgifter i medlemsregistret och hur man skulle kunna förenkla betalningen av medlemsavgiften. Efter flytten till nya webbhotellet fungerar nu hemsidan snabbare och byten mellan sidor sker smidigare. Kansliet har vidare infört en ny rutin för kontinuerlig uppdatering av medlems-



registret. Som medlem kan man nu även enkelt betala sin medlemsavgift via Swish. Vi fortsätter att undersöka möjligheten till betalning via autogiro. Hör gärna av er om det är något som inte fungerar, om ni har frågor eller om ni behöver hjälp: info@ssdv.se.

Detta nummer

Vi bjuds på ett fulladdat nummer som domineras av ett längre referat från SSDV:s vårmöte, sammanställt av Karim Saleh. SSDV:s nya ordförande Katarina Lundqvist presenterar sig själv och kommande arbete och utmaningar för SSDV. Vi får rapporter från tidigare SPIRA-stipendiater och Eva Johansson Backman berättar om arbetet inom EBDV.

Lena Holm m.fl. belyser hur vårdvalet påverkar vår specialitet och Hélène Wolff redogör för hur den nya skönhetsutredningen påverkar förutsättningarna för både patienter och utövare. I väntan på rapporter från 2016 års ST-pristagare presenterar vi förra årets pristagare. Och som vanligt, vi får svaren på föregående och helt nya och spännande quiz! God läsning!



Christian Steczko Nilsson

Chefredaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Annons

Presentation av SSDV:s nya ordförande

Vilken härlig sommar vi har haft! Jag hoppas alla har haft möjligheten att njuta av en välförtjänt och avkopplande sommarledighet och nu är utvilade inför höstterminen som snart drar igång.

Som ny ordförande vill jag börja med att tacka er medlemmar för ert förtroende. Det är ett hedrande och viktigt uppdrag som jag fått, detta att få leda vår specialistförenings arbete under de närmsta åren, och jag tycker själv det ska bli spännande.

Så har jag också förmånen att få ta över ledarskapet efter John Paoli. Tack vare hans gedigna insats är mycket av styrelsens arbetsuppgifter och återkommande åtaganden nu väl tillrättalagda och genomarbetade. Dokumentation är uppdaterad och till viss del är det därför nu bara för mig att ta över rodret och styra vidare. Samtidigt lever vi i föränderliga tider där nya inslag och omständigheter kräver förnyade överväganden och aktiva ställningstaganden. Då känns det tryggt att ha ett styrelsearbete som fungerar och är stabilt i ryggen. Det ger kraft åt ambitionerna även fortsättningsvis ska vara höga när det gäller att upprätthålla och vidareutveckla föreningsarbetet.

Jag har mitt ursprung i bruksorten Degerfors i det fagra Värmland. Min läkarexamen och min AT gjorde jag i Stockholm. Flyttlasset till Skåne gick för tjugo år sedan. Då flyttade jag och min familj till Lackalånga, en liten by 11 km norr om Lund. Jag uppskattar det horisontella jordbrukslandskapet särskilt när jag trampar min 3-växlade Crescent till job-

bet. Sommartid njuter jag av Lunds cykelbanor som förvandlas till lum-miga och grönskande tunnlar. Hudkliniken på SUS i Lund har varit min arbetsplats från det jag kom till Skåne och sedan sju år tillbaka har jag en överläkartjänst där. Jag trivs och ser som en stor förmån att under de senaste 12 åren kunna dela min tjänst mellan hudkliniken och patologen i Lund. På patologen är mitt ansvarsområde huvudsakligen specialhudar med tyngdpunkt på dermatoser.

Jag vill här passa på att nämna Vårmötesdagarna i Uppsala. Vi hade tre fantastiskt fint arrangerade dagar med spännande föredragshållare, intressant utställning och ett mycket trevligt socialt program. Stort tack till vårdkliniken, Hudkliniken vid Akademiska Universitetssjukhuset i Uppsala, Marie Virtanen med medarbetare!

Vid årsmötet i Uppsala valdes en ny styrelse. Det blev en ny och spännande sammansättning av ledamöter, som nu tar med sig nya specialområden och erfarenheter in i styrelsen. Ambitionen är att leda och utveckla det fortsatta arbetet inom vår förening på bästa sätt. Där är utbildningsfrågorna av största vikt och ständigt aktuella. Mycket händer inom ST-utbildningen med den senast sjösatta målbeskrivningen med nya kurskrav och ett uppstramat regelverk. SPUR-inspektionerna har kommit i gång på allvar med det väsentliga arbetet för att upprätthålla hög kvalitet på våra utbildningsplatser. Vi har en kommande ST-träff i december, denna gång på Ystad saltsjöbad med ett spännande tvådagars-program. Jag ser fram emot att få träffa 70 av landets ca 130 ST-läkare. I övrigt har jag en känsla av att mycket av styrelsearbets fokus under det kommande året kommer att ligga på fortbildningsfrågor. Hur ska vi garantera upprätthållande av kompetens och fortbildning under tjänsteåren efter specialistexamen, oavsett om vi jobbar offentligt eller privat? Och hur ska detta samverka på EU-nivå? Dessa frågor kräver eftertanke, engagemang och input i samråd med våra medlemmar och jag välkomnar er alla att, gärna via skriftliga motioner, ta kontakt med styrelsen. Överhuvudtaget är all återkoppling och idéer i dessa och andra frågor som rör vår specialistförening mycket välkomna.

Min egen erfarenhet av styrelsearbetet inom SSDV är uppdelat på två perioder. Först som utbildningsansvarig under tre år, därefter som vice ordförande de senaste två åren.

När jag ser tillbaka på mina år som styrelseledamot slås jag av hur mycket som hänt inom föreningen. Hemsidans uppstart och utveckling, kansliets intåg, D&V-tidningen, nya stipendier och forskningsanslag och, inte minst viktigt, tillströmningen av många nya medlemmar. Styrelsearbetet är ett teamarbete i ständigt kontakt och i samråd med medlemmarna och detta är något som jag personligen hoppas ska kunna fortsätta i positiv och konstruktiv anda.

Med detta sagt vill jag framföra ett stort tack till avgående styrelsen och till John Paoli för ett utomordentligt utvecklingsarbete och genuint engagemang samt ett fantastiskt ledarskap.

Med detta rykande färska nummer av D&V vill jag önska er alla givande läsning, fortsatt gott samarbete och en skön höst.

Katarina Lundqvist

Ordförande SSDV

katarina.lundqvist@med.lu.se



Workshifting

Vem gör vad? Använder vi rätt person på rätt plats? Kan vi lösa bristsituationen av fullfjädrade hudläkare? Detta är frågor som den offentliga sjukvården brottas med.

Hur definieras workshifting på Sahlgrenska Universitetssjukhuset?

Vår organisation har historiskt präglats av ett hierarkiskt synsätt, där arbetsuppgifterna har varit tydligt avgränsade mellan olika professioner. Workshifting är ett sätt att omfördela arbetsuppgifter som en intern kompetensförsörjning och förbättringsåtgärd, detta för att uppnå god vård till våra patienter. Vi säkerställer även att befintlig kompetens och resurser används på bästa sätt. Detta möjliggör till individuell utveckling och ökar attraktiviteten för vårt Universitetssjukhus.

Workshifting skall vara en förändring- och förbättringsåtgärd som resulterar i omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier:

- Öka patientnöjdheten.
- Bli mer tillgängliga.
- Erhålla ett jämnare produktionsflöde.
- Öka vårdproduktionen med bibehållen kvalitet.
- Öka attraktiviteten genom utmanande och åtråvärda arbetsuppgifter till oss medarbetare.
- Slutligen, förbättra bristsituationen av hudläkare.

Vår arbetsplats har länge präglats av positivt inställda och engagerade medarbetare. Ledarskapet är mycket gott och arbetsmiljön är oftast välstrukturerad. Initiativrika medarbetare har tagit fram förslag till nya arbetssätt som höjer kvaliteten i vården. Styrkan i vårt nya arbetssätt genom workshifting kommer från att vi alla gemensamt kommit fram till förändringarna.

Detta sätt att arbeta har blivit en **framgångsfaktor** där produktionsplanering av läkar- och sjuksköterskemottagning anpassas och matchas kontinuerligt utifrån den tillgängliga personalresursen.

Exempel på arbetsuppgifter som tidigare utförts av läkare men som numera sjuksköterskor/undersköterskor utför i verksamheten:

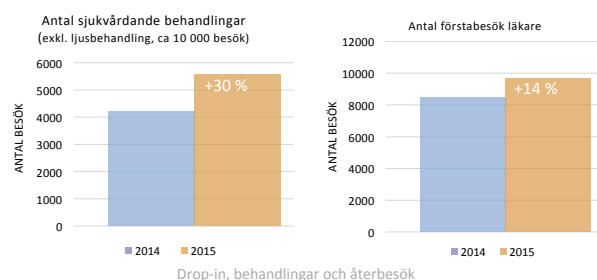
- Behandling av PAD-verifierade aktiniska keratoser med kryobehandling.
- Återbesök för kryobehandling av basaliom med infiltrationsanestesi.
- Återbesök för hyperhidrosbehandling med botulinumtoxininjektioner axillärt och palmart. Granskning och bedömning av remisser.
- Fotomottagning, fotografering av atypiska melanocyära lesioner vid kortsiktig monitorering med digital dermatoskopi inför senare bedömning av tumöransvarig läkare.
- Infiltrationsanestesi inför PDT-behandling.
- Drop-in på könsmottagningen; patienter som söker utan symptom träffar först sjuksköterska/undersköterska och endast vid behov en läkare.
- Behandling av positiv klamydiainfektion och/eller av fasta partners innan provsvar kommit.
- Återbesök för behandling av kondylom med kryobehandling.
- Mottagning för sjukhuspersonal som drabbats av stickskador.
- Återbesök för patienter med behov av perukrekvisition.
- Kontroll/uppföljning av svamp i hårbotten.
- Punch graft operationer av bensår.
- Hårborttagning med IPL.
- Ordinerings av omläggningsförband.

- Kryobehandling av kondylom och diverse solskador tillsammans med läkaren i en effektivare mottagningsform.

Vad blev resultatet?

Vi har frigjort läkartider för att ta emot fler nybesök och därmed tagit tillvara på och utvecklat personalens kunskaper. Omfördelningen av arbetsuppgifterna har inte ökat vår arbetsbelastning. Mottagningarna har blivit effektivare. Vi har kunnat ta fler patienter per mottagning, vilket leder till ökad möjlighet att behålla våra ekonomiska resurser.

Workshifting har frigjort läkartid och bidragit till ökad tillgänglighet



Skiftandet av arbetsuppgifter har inneburit att vi t.o.m. augusti 2015 kunnat öka antalet sjukvårdande behandlingar med 30% och antalet förstasbesök hos läkare med 14% jämfört med samma period 2014.

Förändringarna har gjorts utifrån medarbetarnas egna förslag och detta har ökat vår delaktighet i förbättringsarbete och givit oss möjlighet att själva vara med och påverka vår egen kompetensutveckling.

Många arbetsuppgifter kan göras av andra än läkare. Patienterna vill ha en lösning på sina problem, men detta betyder inte nödvändigtvis att de behöver träffa en läkare.

Vi står nu även inför en del naturliga pensionsavgångar och detta ställer ytterligare allt på sin spets. Frågan är om vårdpersonalen kan utföra ytterligare uppgifter såsom enklare destruktiva behandlingar av hudtumörer, remissbedömningar m.m.

Slutligen är vår starka drivkraft att vi vill det bästa för våra patienter vilket medför att vi tar ett större ansvar och utför mer kvalificerade arbetsuppgifter. Självklart bör detta också avspeglas i vår plånbok.

Alexandra Hylén,

Forskningssjuksköterska,
Hud- och könssjukvård
Ledamot DVSS

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
alexandra.sjoholm.hylen@vgregion.se



Annons

SPIRA-stipendiet 2015:

Psoriasis och samsjuklighet

I oktober 2013 publicerade läkartidningen vår artikel "Psoriasis är mer än en hudsjukdom" där vi gjorde en ansats till att kort sammanfatta då rådande evidens gällande psoriasis och samsjuklighet. Det kändes angeläget att sprida kunskapen om våra patienters ökade risk för morbiditet och mortalitet i det metabola syndromet och kardiovaskulära händelser.

Ny kunskap leder inte per automatik till nya arbetssätt utan kanske allt oftare främst till ett nytt eller uppdaterat PM på landstingets intranät. För att möjliggöra ett bättre omhändertagande av våra patienter med psoriasis ansökte vi om och tilldelades SPIRA stipendiet 2015. Lenita Gustafsson, sjuksköterska i Nässjö och jag själv har sedan oktober 2015 arbetat med att göra det lättare att upptäcka samsjuklighet hos patienter med psoriasis på våra mottagningar. Vårt mål har varit att genom en tidig upptäckt förhoppningsvis minska både morbiditet och mortalitet. Arbetet fortsätter men här kommer en redogörelse för vad vi gjort till dagens datum.

För att få struktur på förbättringsarbetet valde vi att arbeta med Demingscykeln eller PGSA (planera, göra, studera, agera)-modellen. Något förenklat så innebär det att man först identifierar problem för att sedan införa lösningar som kontinuerligt utvärderas. Lösningarna förkastas eller implementeras beroende på om de anses leda till en förbättring. I praktiken innebär det att man under ett förbättringsarbete successivt inför många små förändringar istället för ett fåtal stora.

På våra mottagningar har vi inte haft ambitionen att behandla samsjuklighet. Vårt mål har istället varit att upptäcka odiagnostiserad sådan hos patienterna för att sedan skicka dem vidare (huvudsakligen till vårdcentral eller dietistmottagning). För att se utfallet av de förändringar vi gjort i patientflödet så har vi utfört mätningar på det antal remisser som skickats ifrån våra mottagningar på patienter med psoriasis på grund av nyupptäckt och sedan tidigare odiagnostiserad samsjuklighet. Vi har valt att fokusera på förhöjt blodtryck, fetma/övervikt, typ II diabetes, hyperlipidemi, tobaksbruk, depression och alkoholmissbruk. Mätning av utfallet har skett på två sätt, dels genom att plocka data ur vårt elektroniska journalssystem, dels genom att låta våra läkarkollegor manuellt registrera åtgärder genom att sätta bockar på ett färgglatt papper i en plastficka. Det senare, som var det första steget i vårt förbättringsarbete, skulle i sig visa sig ha en tydlig effekt på remissflödet. Månaden då alla fått ett färgglatt papper (november 2015), information och pep-talk på läkarmöten så steg antalet utgående remisser på grund av samsjuklighet per patient med psoriasis ifrån 2,2% (baslinjesmätningar augusti-oktober 2015) till

7,2% (november 2015). Egentligen är detta fenomen välbeskrivet och inte alls ovanligt när man genomför systematiska förbättringsarbeten. Ett ökat mentalt fokus gör att man givetvis även upptäcker mer samsjuklighet vilket egentligen bara belyser betydelsen av den behandlande läkarens roll i sammanhanget.

I december månad tog vi fram ett arbetsblad för screening av samsjuklighet som nu efter fem uppdateringar går att använda (den första versionen var allt annat än användarvänlig). På detta papper kan man snabbt och enkelt registrera blodtryck, tobaksbruk, midjemått, BMI, motivation till att genomföra livsstilsförändringar, önskan om att bli remitterad vidare, om blodprov är beställda (triglycerider, kolesterol och faste-blodsocker) samt stämna av resultaten med referensvärden. I praktiken så är det numera framförallt sjuksköterskorna på våra behandlingsenheter som använder arbetsbladet för screening. Patienten skickas till behandlingen direkt efter läkarbesök eller erbjuds screening när de är på behandlingsenheten för ljusbehandling, PsoReg-registrering eller buckybehandling. Sjuksköterskorna får själva ta initiativ till att screena om de känner att det är motiverat.

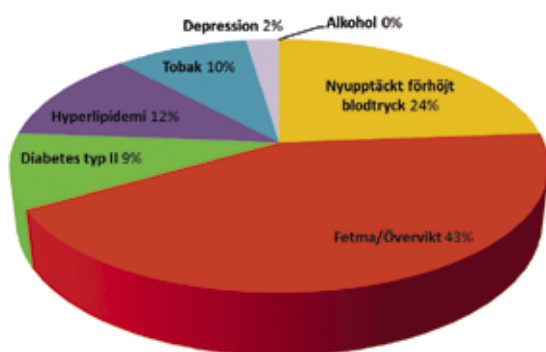
Det är framförallt patienter med måttlig till svår psoriasis som har en ökad risk för metabol och kardiovaskulär samsjuklighet men PA-SI-krav har inte varit aktuellt inför vår screening då det i praktiken blir för krångligt. Vår screening genomförs som tätast vart tredje år och inte på patienter med redan känd samsjuklighet. Vi har lagt till ett "blodprovspaket för samsjuklighet" till vår befintliga samling blodprovspaket (bl.a. för systembehandlingar) och i detta ingår kontroll av ovan angivna blodprover (triglycerider, kolesterol och faste-blodsocker).

En åtgärd som tycks ha haft en betydande effekt är att skicka patientinformation om samsjuklighet till alla med psoriasis redan i kallelsen till mottagningen (även nybesök när diagnosen utifrån remissen bedömts som säker). I de fall patienterna läst informationen så vet de redan innan sitt besök att vi via behandlingsenheten kan erbjuda en "hälsokontroll" och

Månad/År	Åtgärd	Andel patienter med L40* som remitterats	Genomsnitt
Aug 2015	Baslinje	4.5%	2.2%
Sept 2015	Baslinje	1.2%	
Okt 2015	Baslinje	0.9%	
Nov 2015	Registrering påbörjar/information om projektet	7.2%	4.6%
Dec 2015	Arbetsblad för screening	4.2%	
Jan 2016	Blodprovspaket	4.6%	
Feb 2016	Sjuksköterskeinitierad screening	2.0%	
Mar 2016	Information till patienten	5.6%	
Apr 2016	-	4.3%	
Maj 2016	-	4.1%	
Juni 2016	-	4.4%	

Tabell 1: Sammanfattning av åtgärder och remissflöde inom ramen för SPIRA projektet.

Nyupptäckt samsjuklighet hudmottagningarna Jönköping/Nässjö november 2015 - juni 2016*



* Samsjuklighet som föranlett remiss (för tobak/övervikt/alkohol endast motiverade patienter).

Diagram 1: Fördelningen av remitterad nyupptäckt samsjuklighet.

anledningarna till att vi erbjuder dem detta. Detta sparar en hel del tid.

I genomsnitt så remitterar vi numera vidare 4.6% av patienterna med psoriasisdiagnos (2.2% innan SPIRA-projektet). Denna siffra återspeglar inte den faktiska siffran av obehandlad samsjuklighet. Det finns en betydande andel patienter med tobaksbruk och övervikt/fetma som inte önskar få sjukvårdens hjälp. Det finns även patienter som avböjer screening. Vi gör alltid en skattning av patientens motivation och avstår ifrån att remittera icke-motiverade patienter för livsstilsåtgärder.

Det är oklart hur bra primärvården är på att ta hand om våra patienter och det finns behov av att följa upp detta. Den största andelen, 43% av patienterna, remitteras vidare p.g.a. fetma/övervikt. Det är ju inte säkert att en halvtimme hos en dietist alternativt livsstilsskötarska på en vårdcentral egentligen innebär någon större skillnad för patienten. Kanske är det då bättre att skicka utvalda patienter med svårare psoriasis och samsjuklighet på klimatvård där de förhoppningsvis kan få hjälp med att genomföra större livsstilsförändringar med fokus på kost, motion, tobaksbruk och alkohol? Det krävs sannolikt ytterligare vetenskapliga arbeten för att klargöra på vilket sätt fokus på övervikt/fetma gör nytta och vilken intervention som kan anses kostnadseffektiv.

När vi tittar på orsakerna till remiss för nyupptäckt samsjuklighet så har vi under perioden haft problem med att adressera alkoholmissbruk och depression. Dessa två diagnoser har vi ännu inte arbetat med aktivt på våra mottagningar inom ramen för SPIRA projektet. Det blir snabbt

uppenbart att här finns förbättringspotential när man t.ex. tittar på samsjuklighetssiffror för depression och psoriasis i vår region (se diagram 2).

Utifrån dessa siffror så är det tydligt att depression utgör en mycket vanlig samsjuklighet framför allt hos yngre kvinnor med psoriasis. På våra mottagningar mäter vi DLQI och PASI på alla patienter som får ljusbehandling och systemisk psoriasisbehandling. Christina Karlsson, ST-läkare med basplacering i Nässjö genomför nu ett ST-vetenskapligt arbete för att studera samband mellan PASI, DLQI och HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Vår förhoppning är att vi med hjälp av Christinas resultat skall kunna använda PASI- och DLQI-skattningar för att selektera patienter som har ökad depressionsrisk och erbjuda dem depressionsscreening.

Vi har numera en struktur på våra mottagningar som underlättar för arbetet med att upptäcka samsjuklighet och dessutom utnyttjar vi tiden före och efter själva läkarbesöket på ett effektivt sätt. Utfallet visar på en tydlig förbättring och vi möter en hel del tacksamma patienter. I en tidspressad mottagning så är den kortsiktiga vinsten med att adressera problemet med samsjuklighet tyvärr liten. Oavsett lokala förutsättningar så är min uppfattning att det är den behandlande hudläkarens inställning och patientens egen motivation som är absolut avgörande för om man ska lyckas med konststycket att se hela patienten.



Robert Eriksson / Jönköpingsregionen

Albert Duvertorp

ST-läkare

Länssjukhuset Ryhov

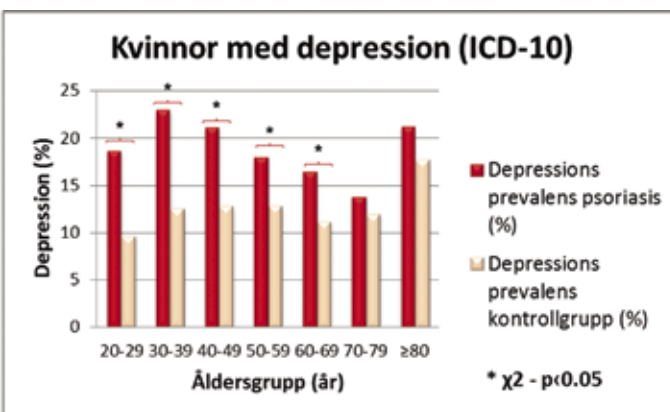
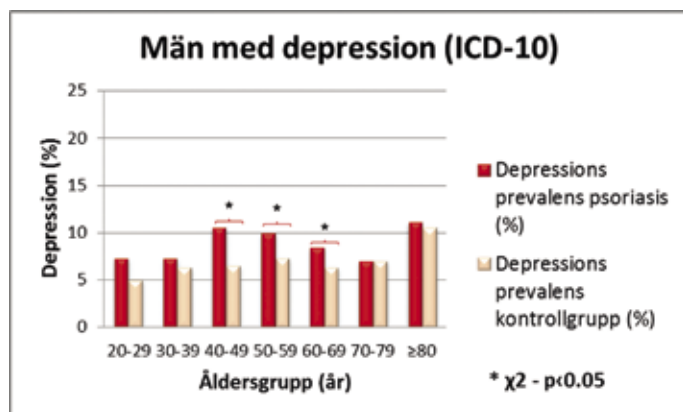


Diagram 2: Samsjuklighetssiffror för depression och psoriasis i Region Jönköpings Län 2008-2016 uppdelat på kön och ålder (hela befolkningen).



Från höger till vänster:
sjuksköterska Chris Juneskog, sjuksköterska Anna-Karin Olsson, patient Lars Gunnar Andersson, professor Charlotta Enerbäck och specialistläkare Gunnthorunn Sigurdardottir.

Rapport gällande SPIRA-stipendiet 2015 på 60.000 kr. Projekt för vårdutvecklande insatser inom psoriasis

Stipendiet tilldelat psoriasismottagningen i Linköping via Jalal Salih.

Bakgrund

Kunskapen inom psoriasisområdet har ökat under det senaste decenniet och det har framkommit en ökad risk för hjärtkärlsjukdom, särskilt vid svårare sjukdom och vid samtidig förekomst av det metabola syndromet. Vi har därför upplevt en nödvändighet att utveckla vårdprocessen inom psoriasis så att även den systemiska komponenten av sjukdomen tas i beaktande.

Vi har utvecklat en psoriasismottagning vid Universitetssjukhuset i Linköping där vi förutom att behandla den dermala komponenten av sjukdomen även gör en värdering av den kardiovaskulära risken och planerar för en adekvat uppföljning. Under utvecklingen av mottagningen har SPIRA-stipendiet på flera avgörande sätt bidragit till att vi kunnat utveckla en högkvalitativ mottagning.

Generellt har anslaget för utveckling av vård-

processen för psoriasispatienter gått till nödvändig kompetensutveckling, processutveckling av vården inom psoriasis samt en ökad registrering i kvalitetsregister för en säker uppföljning av vården.

Mer specifikt har anslaget gått till:

1. Processutveckling i psoriasisteamet med 6 arbetsmöten och presentation på klinikdaggar. Vid dessa möten har mottagningens flöden diskuterats och utvecklats. Inför det första besöket på mottagningen får patienten hemskickat information om vad PsoReg är och hur de ställer sig till att bli registrerade. De får även hemskickat två formulär (DLQI, EQ-5D) där vi ber dem skatta hur psoriasissjukdomen inverkar på deras livskvalitet.

Vid Pso-mottagningen träffar patienten först specialutbildad hudsjuksköterska som

kontrollerar och diskuterar kring BMI, blodtryck, vikt, alkoholvanor, rökning och upplevd livskvalitet (DLQI). Även andra livsstilsfaktorer som kost och motion tas upp. Efter en kort överrapportering tas patienten emot av en dermatolog, som gör en övergripande bedömning och tar ställning till behandling. Registeringen i PsoReg görs av sekreterare efter besöket (10.000 kr).

2. Utbildning inom livsstilsvanor och dess betydelse för att minska kardiovaskulär risk. Detta utfördes i halvdag för hela kliniken av hälsovetare Anja Näslund. Anja har kompetens från projektet "Må bra med psoriasis", som Psoriasisförbundet genomförde i syfte att öka kunskapen om psoriasis och livsstilens betydelse. Målet är att kunna ge ökad motivation att välja en livsstil som ger en bra hälsa vilket minskar risken för samsjuklighet. Anja har också varit kursansvarig för pa-

- tientutbildningen Psoriasissskolan (8.000 kr).
3. Införande av samtliga patienter med systembehandling i PsoReg. (2 sekreterare 6.000 kr). Uppföljning av första klinikdata under 2016.
 4. Under 2015 gick två av klinikens sjuksköterskor en utbildning om 15 hp i Karolinska institutets regi, "Dermatologisk och venerologisk omvårdnad – inklusive dermatologiska och venerologiska sjukdomstillstånd". Dessa två sjuksköterskor är de som tjänstgör på psoriasisimottagningen. Som sitt examensarbete (5 hp) valde de att göra en enkätundersökning bland de patienter som dittills besökt psoriasisimottagningen (Juneskog, C., & Olsson, A.-K. [2015]. *Patientens upplevelse av besök på nystartad psoriasisimottagning. Södersjukhuset, Stockholm: Karolinska Institutet*).

Resultatet i studien visade att patienterna var nöjda med upplägget av mottagningen som helhet. Dock visade det också att patienterna önskade få ännu mer utförlig information om olika behandlingsalternativ, livsstilens betydelse samt den ökade risken för samsjuklighet. Vi kommer att jobba fortsatt med att utveckla mottagningen i enlighet med patientens önskemål och behov (40.000 kr).

**Charlotta Enerbäck
Anna-Karin Olsson
och Chris Juneskog**

**Deadline till nästa
nummer är
14 november.**



**Glöm inte skicka in
ditt material i god tid!**

ST-priset 2015 – pristagare 1

Trichomonas vaginalis infections are rare in the young STI population in Sweden

Trichomonas vaginalis infections represent the most common curable non-viral sexually transmitted infections (STIs) worldwide. Despite the high prevalence of infections, T. vaginalis has historically been underemphasized in STI control efforts. Trichomoniasis may cause vulvar irritation with malodorous discharge, dysuria and pelvic pain in women, and urethral discharge, dysuria and testicular pain in men. However, the infection may be asymptomatic in 50% of infected women and 70-80% in men. For diagnosis of trichomoniasis, microscopic examination of a wet mount preparation of vaginal secretions is the most frequently used method. This is a rapid and simple point-of-care test. If performed by an experienced microscopist, the specificity of wet mount microscopy can be high, however, the sensitivity is suboptimal, i.e. ranging from about 44% to 68% in women and even lower in men in comparison with highly sensitive and specific nucleic acid amplification tests (NAATs). The aim of this study was to investigate the prevalence of T. vaginalis infections among patients attending an STI clinic in Sweden using the APTIMA Trichomonas vaginalis assay. During the study period, urine specimens from 501 males and 460 females, and vaginal swabs from additional 160 females were collected. Only one specimen positive in the APTIMA T. vaginalis assay was identified and the prevalence of T. vaginalis infection was accordingly 0.09% in this STI population in Sweden. T. vaginalis infections have previously been associated with higher age of females as well as with ethnicity, i.e. black race. In the present study, only 9% of the females

were more than 40 years of age and ethnicity was not adequately recorded. The limitations of this study were the low number of women ≥ 40 years and the lack of appropriate recording of ethnicity. Additional studies are crucial to provide evidence-based data regarding the prevalence of T. vaginalis infections in Sweden as well as in additional countries.



Helena Pellrud¹

Medförfattare: Daniel Golparian², Christian Steczko Nilsson¹, My Falk¹, Hans Fredlund² and Magnus Unemo²

¹STD Clinic, Department of Dermatovenereology, Örebro University Hospital, Örebro
²WHO Collaborating Centre for Gonorrhoea and other Sexually Transmitted Infections, Swedish Reference Laboratory for Pathogenic Neisseria, Department of Laboratory Medicine, Clinical Microbiology, Örebro University Hospital, Örebro, Sweden

Annons

ST-priset 2015 – pristagare 2

Inställning till antibiotikaköp på internet mot könssjukdomar bland besökare på STI-mottagningen i Falun

Bakgrund: Sedan några år tillbaka förekommer antibiotikaförsäljning, bland annat mot könssjukdomar, på internet. Kännedomen om frekvensen av dessa inköp är begränsad. Antibiotikaköp på internet kan leda till att rätt diagnos och behandling fördröjs och framför allt till en allt mer utbredd antibiotikaresistens. Inköp av antibiotika på internet mot könssjukdomar minskar även möjligheten till smittspårning.

Syfte: Syftet med denna studie var dels att ta reda på hur vanligt det är att handla antibiotika på internet mot könssjukdomar, dels attityden till att göra det.

Metod: Under ca 5,5 månaders tid delades en skriftlig enkät, med slutna respektive öppna

frågor, ut till besökarna på STI-mottagningen på Falu lasarett.

Resultat: 433 personer besvarade enkäten. 1,2 % av samtliga informanter hade inhandlat antibiotika på internet mot någon typ av könssjukdom. Ungefär en fjärdedel av dem som inte hade handlat antibiotika kunde tänka sig att göra det. Den vanligaste fördelen som angavs var att det var smidigt och enkelt att köpa antibiotika på internet. Den vanligaste nackdelen ansågs vara att det var osäkert.

Konklusion: Studien visar att det förekommer en del okunskap om antibiotikaköp på internet och behandling av könssjukdomar. Det är viktigt att genom information till allmänheten öka kunskapen om dessa faktorer.



Karin Borgström

Falu lasarett

Handledare: Eva-Britta Råssjö,
Kvinnokliniken, Falu Lasarett

ST-priset 2015 – pristagare 3

Psoriasis och Alkohol

Konsumtion av alkohol tros vara högre hos individer med psoriasis. Målsättningen med projektet har därför varit att utvärdera metoder att uppskatta konsumtion av alkohol hos individer med psoriasis och att studera alkoholens effekt på utbredning av psoriasis och graden av klåda och om det föreligger könsskillnader.

Tjugonio patienter med kronisk plackpsoriasis har inkluderats från Hudmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Utbredning av psoriasis och svårighet av klåda uppskattades. Två validerade frågeformulär; Alcohol Use Disorders Identification test och Lifetime Drinking History (LDH) användes för att uppskatta alkoholkonsumtionen. Fosfatidyletanol (PEth), en biomarkör med hög känslighet och specificitet för alkoholanvändning uppmättes i blod. De olika parametrarna korrelerades.

Studien har påvisat korrelationer mellan både uppskattad alkoholkonsumtion och uppmätt fosfatidyletanol i blod med svårighetsgrad av psoriasis i form av PASI. När denna grupp av patienter uppdelas med avseende på kön, verkar korrelationen främst gälla kvinnor. Ingen korrelation mellan klåda och PASI har setts.

Studieresultat har presenterats som poster på 44th Annual ESDR (European Society for Dermatological Research) Meeting, 10-13 september 2014, Köpenhamn. Artikeln är publicerad i tidskriften *Dermatology* med titeln: Alcohol intake measured by phosphatidylethanol in blood and the Lifetime Drinking History interview are correlated with the extent of psoriasis.



Linnea Zou

ST-läkare, Södersjukhuset

Handledare: Prof. Klas Nordlind
Medförfattare till artikeln:
Anders Helander, Knut Stokkeland,
Johan Franck, Sol-Britt Lonne-Rahm

Vårdval Stockholm

– ett hot mot vår specialitet och patientsäkerheten?

Sedan januari 2012 har den privatdrivna hudsjukvården i Stockholm ingått i det s.k. Vårdvalet, vilket dramatiskt förändrat kartan för vår specialitet, inte bara i Stockholm utan även i landet i övrigt. Stukturen/ersättningssystemet i sin nuvarande utformning utgör en fara för patientsäkerheten men också för vår specialitets framtid.

Vad är det då i Vårdvalets struktur som orsakar detta, och vad kan vi göra för att vända utvecklingen?

Borttagandet av s.k. fria nyttigheter orsakar ett "Svarte Petter"-syndrom

Den enskilde dermatologen/kliniken betalar idag huvuddelen av utrednings/laboratorie-kostnader som ofta överstiger ersättningen vederbörande får för själva patientbesöket.

Konsekvens: Komlicerade utredningar av svårt hudsjuka patienter går inte att utföra inom den öppna privata specialistvården. Denna patientgrupp blir en s.k. *Svarte Petter*, som ingen vill/kan ta hand om. En annan allvarlig konsekvens är att *patientsäkerheten äventyras* då läkare eventuellt underlåter att ta för patienten viktiga prover, eftersom kostnaden är direkt kopplad till den egna ekonomin, och i förlängningen kan leda till konkurs för verksamheten.

KVÅ-baserat ersättningssystem orsakar att medicinsk kompetens går förlorad

Hudspecialiteten rymmer två huvudfäror; den medicinska och kirurgiska. I nuvarande ersättningsmodell (KVÅ) ger endast kirurgiska åtgärder, med ett undantag, särskild ersättning. Omhändertagandet av svårt medicinskt hudsjuka patienter ersätts som "normalbesök", där ersättningen ofta inte täcker utredningskostnaderna, och därför medför en ekonomisk förlust på upptill flera tusen kronor för ett besök.

Konsekvens: Dermatologin som specialitet tvingas av ekonomiska skäl att alltmer deviera mot kirurgi/tumörbehandling. *Den medicinska*

dermatologiska kompetensen riskerar därmed att gå förlorad.

Få ersättningsnivåer gynnar enkla snabba återbesök på bekostnad av de svårt sjuka patienterna

Systemet gör ingen skillnad i ersättning för snabbt/tidskrävande, enkelt/komplicerat eller ny/återbesök. Inom hudkirurgin saknas dessutom en differentiering varför enkla ingrepp i stort ger samma intäkt som mer avancerade.

Konsekvens: Ersättningsmodellen medför prioritering av snabba, enkla återbesök liksom gynnar de relativt enklare snabba kirurgiska ingreppen. *Tillgängligheten blir därmed sämre för de patienter som bäst behöver specialistvården.*

Borttagande av remisstvång omöjliggör adekvat prioritering

Den politiska viljan är att patienten själv skall kunna välja vårdgivare, samtidigt som SLL menar att det är vårdgivarens uppgift och ansvar att se till att patienten omhändertas på rätt vårdnivå. I detta finns en motsättning. För att kunna avgöra rätt vårdnivå behöver vårdgivaren ett bedömningsunderlag, där remissen oftast är ett nödvändigt verktyg. Som det ser ut idag tar många vårdgivare emot utan remiss, i vissa fall via bokning direkt på nätet.

Konsekvens: Eftersom patienten i praktiken själv avgör vårdnivå, kan en banal åkomma hamna i samma prioritering som ett malignt hudmelanom eller svår utbredd psoriasis. I ett sådant system gäller "först till kvarn...", vilket får en negativ konsekvens för de svårt sjuka patienterna som "knuffas bort" av patienter med mer banala hudåkommor.

Borttagande av ersättningstak/"fri" etablering medför okontrollerade kostnader för SLL

Sedan Vårdval infördes i Stockholm har antalet vårdgivare inom Hud mer än fördubblats, liksom kostnaderna för landstinget. "Vårdproduktionen" har ökat, men för vilka?

Konsekvens: P.g.a. de skenande kostnaderna i kombination med kostnaderna för nya Karolinska sjukhuset, NKS, beslöt SLL med mycket kort varsel våren 2015 att drastiskt sänka ersättningarna i Vårdval, för Hudspecialiteten med cirka 15%. Detta tvingade de flesta verksamheter att ytterligare effektivisera en redan pressad arbetssituation med *än fler snabba enkla besök på bekostnad av de svårt hudsjuka patienterna.*

En annan konsekvens av den fria etableringen är att många hudspecialister sökt sig till Stockholm, för att öppna egna verksamheter eller ansluta till tidigare etablerade. Detta har medfört en *utarmning av specialistkompetens på Landstingsdrivna hudkliniker ute i landet.*

Administrativa pålagor minskar utrymmet för patientvård och nyinvesteringar

Sedan vårdvalets införande har de administrativa uppgifterna för läkare ökat påtagligt, med krav på kodning, omfattande regelbundna rapporter, miljöanalyser m.m.

Konsekvenser: Minskat utrymme för patientarbetet, med sämre tillgänglighet som följd. Även personalkostnaderna för administration har ökat kraftigt vilket *minskar det ekonomiska utrymmet för patientanknuten vårdpersonal liksom nyinvesteringar i verksamheten.*

Den mesta specialistvården skall föras ut i vårdval vilket riskerar påverka forskning och utbildning

Den politiska viljan i SLL är att föra ut all specialistvård, med få högspecialiserade undantag, från sjukhusen till vårdvalsenheter, och i takt med det dra ner på klinikernas budget.

Konsekvens: Risk finns att de akademiska sjukhusklinikerna kommer att utarmas på patientunderlag, nödvändiga för utbildningen av nya specialister, liksom för den kliniska forskningen.

ST-utbildningen skall föras ut till Vårdvalsenheter men plan saknas idag

I vårdvalsavtalen står inskrivet att ST-ut-

bildningen skall ingå i Vårdvalet, vilket flera enheter är positiva till, men ännu saknas en utarbetad struktur för hur det skall ske, både utbildnings- och ekonomiskt ansvarsmässigt.

Konsekvens: Om plan saknas innan genomförandet riskeras utbildningsnivån av nya specialister att försämrats, och än värre eventuellt inte godkännas av Socialstyrelsen.

Vad kan vi göra för att vända utvecklingen rätt?

Under hösten 2016 kommer SLL att revidera Hudvårdvalet. Inför detta är det oerhört viktigt att vi inom specialiteten samlas och agerar för att värna vår specialitet och patientsäkerheten. Då Vårdval redan införts i ytterligare två Lands-ting, Skåne och Halland, och sannolikt kommer att införas i fler, är Vårdval Stockholm inte längre en lokal angelägenhet. I Skåne fungerar systemet bättre, sannolikt mycket beroende på att sjukhuskliniker även är med, vilket gynnar samarbetet/vårdkedjan inom landstinget.

I Stockholm agerar vårdvalsenheterna, ge-

nom en intresseförening SPHF (Stockholms Privata Hudläkarförening), för samma sak, d.v.s. att öppenvårdsmottagningarna på sjukhuskliniker bör ingå i vårdvalet. Föreningen arbetar också för återinförandet av s.k. fria nyttigheter för att stärka patientsäkerheten, liksom högre ersättning för omhändertagandet av de svårt medicinskt hudsjuka patienterna, för att på så sätt värna dessa men även vår medicinska kompetens som annars riskerar att gå förlorad. Flera andra frågor såsom differentierad kirurg-

taxa, ST-utbildning, m.fl. drivs av föreningen.

SSDV skulle kunna vara en viktig aktör i det förändrings-/förbättringsarbetet, då Vårdvalssystemet angår oss alla!

Genom att tillsätta en speciell arbetsgrupp inom SSDV, skulle Vårdvalsfrågorna kunna lyftas till en högre nivå och ge oss möjlighet att med större kraft påverka politiker och tjänstemän, både lokalt och nationellt.

Stockholm 2016-07-30

Lena Holm

Verksamhetschef, Hudkliniken, Sophiahemmet
Skr. i PDF:s styrelse (Privatpraktiserande Dermatologers Förening),
Suppl. PDF-representant i SSDV:s styrelse,
Styrelseledamot i SPHF (Stockholms Privata Hudläkarförening)



Inlägg till Lena Holms artikel om Vårdval Stockholm

Vi på Karolinska Universitetssjukhusets Hudklinik instämmer i stort i Lena Holms inlägg angående konsekvenserna av Vårdval Hud i Stockholm.

Vi vill särskilt understryka riskerna för FoUU-verksamheten, då förutsättningarna för forskning och grund-, forskar- och specialistutbildning riskerar att avsevärt försämrats.

För att säkra kvaliteten inom FoUU-verksamheten, som regleras av ett nationellt och regionalt ALF-avtal, finns vissa grundvillkor som måste uppfyllas. Det ska t.ex. finnas anslagsdriven forskning med doktorander och utbildningen måste leas av lärare med formell pedagogisk utbildning.

Vid införande av Vårdval Hud har FoUU-verksamheten inte beaktats och vi ser nu tydligt konsekvenserna, då förutsättningarna för sjukhusen har förändrats.

Patienter som remitteras till oss är allt sjukare och kräver mer omfattande sjukvårdsinsatser. Vi ser en ökande andel komplexa utredningspatienter, multisjuka, äldre, tolkkrävande patienter och second opinion-patienter.

FoUU-uppdraget berikar och tillför mycket till den kliniska verksamheten, men med ett allt tyngre sjukvårdsuppdrag där sjukhusen

inte kan konkurrera lönemässigt med vårdvalsenheterna ökar risken för att vi ska förlora kompetenta medarbetare.

Att inrätta en grupp under SSDV som nationellt kartlägger konsekvenserna är en god idé. I Stockholm har vårdvalsfrågor diskuterats inom Spesak (hälso- och sjukvårdsförvaltningens specialitetsråd), där representanter från sjukhuskliniker, yrkesdermatologi, venereologi och privata vårdgivare deltar.

Kostnaderna för hudsjukvård i Vårdval Stock-

holm har ökat dramatiskt, vilket nyligen beskrivits i dagspressen (<http://www.svd.se/rusande-kostnader-for-var-dval-i-stockholm>) (se bild). På sjukhusen regleras kostnaderna genom en beställning från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vårdval Hud har också en beställning, men den saknar ekonomiskt tak. En rimlig åtgärd vore att revidera ersättningssystemen både på sjukhusen och på vårdvalsenheterna, och att så länge sjukhusen inte ingår i vårdval, ha så likartade regler som möjligt för läkemedelsbudget, vårdgaranti, remisskrav och fria nyttigheter. Dessutom måste FoUU-verksamheten ha hög prioritet.

Det är viktigt för våra patienter och för vår specialitet att vi kan upprätthålla en god, bred, behovsstyrd dermatovenereologisk sjukvård. FoUU-verksamheten är en grundläggande del i denna.

Lena Lundeberg

Maria Bradley

Carl-Fredrik Wahlgren

Hudkliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset och Enheten för
dermatologi och venereologi, Institutionen för
medicin Solna, Karolinska Institutet



Annons

EBDV-rapport 2016

Bakgrund UEMS och EBDV

UEMS uppgift är att bevaka och främja medicinska specialiteters intressen på EU-nivå. Organisationen har i dagsläget representation från 37 nationella medicinska organisationer, däribland Läkarförbundet Sverige. Tillsammans bildar de UEMS council. Under UEMS Council finns flera underavdelningar inklusive ett stort antal specialistsektioner. European Board of Dermatology and Venereology, EBDV, är en av dessa och består av 1–2 delegater från respektive medlemsland.

I UEMS finns också arbetsgrupper för specialitetsövergripande frågor som t.ex. continuous medical education – CME, E-health, postgraduate training och quality of care

EBDV bedriver dels arbete internt inom den egna organisationen dels deltar man i arbete och inhämtar information om det som äger rum på central nivå i UEMS och i de specialitetsövergripande underavdelningarna. En kortfattad rapport av externt pågående arbete lämnas av ordförande till EBDV:s delegater i samband med vår och höstmöte.

EBDV har sedan vårmötet 2016 ny ordförande, Professor Peter Arenberger, Tjeckien

Möten: Under verksamhetsåret har EBDV mötts för ett höstmöte i anslutning till EADV i Köpenhamn i oktober 2015 samt vårmöte april 2016, Split. Därtill har ett arbetsgruppsmöte hållits i Poznan i februari 2016, med fokus på specialistexamen och på European Specialist Training Requirement för dermatologi och venereologi.

EBDV – Internt pågående arbete

Training requirements: Arbete pågår att utforma nya training requirements för läkare under specialistutbildning inom dermatovenereologi. Arbetet leds av Prof Harald Gollnick som också är involverad i samma uppdrag på global nivå, via International League of Dermatological Societies, ILDS, i vilket EBDV är medlem.

European Board Examination: Årets specialistexamen, ägde rum i Frankfurt 5–6 augusti,

och var den sista i pappersformat. Inför 2017 ska tentamen omarbetas och övergå till digitalt format. Det är fortsatt ett fåtal, 30–40 stycken, som gör tentamen och omkring hälften kommer från länder utanför Europa, främst Mellanöstern. Tentamen ges på engelska. Man kommer efter omarbetning fortsatt ha en skriftlig och en muntlig del. En arbetsgrupp för examen höll ett separat möte i Poznan i februari 2016, då årets tentamen sågs över. Under tecknad inbjöds att delta vid detta möte. Det är min uppfattning att det finns mycket att göra för att förbättra utformningen på tentamen, modernisera frågorna liksom att säkerställa att frågorna är tydligt kopplade till ett curriculum man enats kring, och avspeglar detta i omfattning.

European Guidelines: Arbetet med att utforma gemensamma europeiska guidelines leds av European Dermatology Forum, EDF. Inom EBDV finns en arbetsgrupp, som granskar och kommenterar innehållet i dessa. Under året har nya eller uppdaterade guidelines för bland annat chlamydia, mycoplasma, non-gonococcal uretrit, acne, kutan LE, merkelcellskarcinom, psoriasis samt högdos immunoglobuliner inom dermatologin tagits fram och godkänts. Alla guidelines återfinns på EDF:s hemsida (länk via SSDV:s hemsida).

Wound healing: Det finns en nybildad tematisk federation, underavdelning inom UEMS, för sårsläkning. I denna ingår representanter från specialiteter som är involverade i patientgruppen, t.ex. dermatologer, plastikkirurger, kärlkirurger, infektionsläkare, diabetesläkare m.fl. Man har utarbetat ett förslag på curriculum avseende kunskaper och färdigheter som bör uppnås av de läkare som inom sin specialitet har ett huvudansvar för denna patientgrupp, att inkorporera i ländernas specialistutbildningsprogram. Man har också tagit fram ett dokument med förslag på vad som bör tillgodose för att en verksamhet ska klassificeras som ett särcentrum, både kompetensmässigt men också avseende utrustning och faciliteter.

Fastställande av längd på specialistutbildning och specialitetens namn: EBDV har lämnat in till UEMS, för vidare kommunikation till Europakommissionen, ett dokument där man önskar fastslå att längden på ett specialistutbildningsprogram inom dermatovenereologi i Europa är 5 år samt att specialitetens titel är Dermatology and Venereology (Dermatovenereology).

Nationella delegater: EBDV arbetar för att förbättra representationen av nationella delegater på styrelsemöten som hålls två ggr årligen, liksom att fler ska delta aktivt i arbete som bedrivs däremellan i olika interna arbetsgrupper. Man vill också säkra att de nationella organisationerna nås av information om det arbete som pågår i EBDV/UEMS. Det finns länder som inte på flera år haft någon representant att närvara i EBDV:s möten eller arbete.

Ekonomi: EBDV har en stabil ekonomi och under 2015 gjordes ett mindre överskott på 8700 Euro. Detta beror till största del på att kostnaderna för årets möten blev något lägre än beräknat samt att kostnaderna för arrangerandet av specialistexamen också blev något lägre än väntat. Den nationella avgiften till EBDV ligger oförändrad för 2016, d.v.s. 3 Euro per medlem.

CEN: I Europa finns ett organ som arbetar med standardiseringsfrågor, European Committee for Standardisation (CEN). Under senare år har denna kommitté genomfört arbete med att standardisera olika medicinska procedurer, däribland verksamhet för estetisk kirurgi och andra estetiskt syftande icke-kirurgiska procedurer. Dokumentet reglerar såväl kompetensmässiga krav som etiska överväganden, läkemedelsanvändning, anestesi, m.m. Trots protester från många medicinska organisationer på nationell nivå liksom medicinska organisationer på EU-nivå (UEMS med underavdelningar) godkändes detta dokument. Många har upplevt att denna process inte varit transparent och att expertis inte tillfrågats i tillräcklig omfattning. Det pågår arbete för att detta



EBDV
European Board of Dermato-Venereology



dokument ska upphävas samt att CEN framgent inte ges rätten att utföra standardiseringar inom det medicinska området utan att detta överläts till professionen själv, där den samlade kompetensen för detta finns. Arbetet med att påverka och upphäva fattat beslut liksom att kräva att CEN framgent inte arbetar med standardiseringsprocesser inom det medicinska området har till stora delar ägt rum utanför och ovanför EBDV:s nivå. Bland annat har enskilda medlemsländer, däribland Tyskland drivit denna fråga.

EBDV – Externt arbete/representation

Via representation från EBDV:s styrelse har man under året närvarat vid bland annat två UEMS Council möten, där UEMS övergripande arbete presenteras inkl ekonomi och olika underavdelningars pågående arbete. Vidare har man närvarat vid två CESMA möten, den underavdelning i UEMS som arbetar med den europeiska specialistexamen. Dessa möten har

bland annat berört hur man konstruerar bra multiple choice frågor, man eftersträvar att frågorna ska utformas på ett likartat sätt inom samtliga specialiteter med s.k. single best answer frågor. Vidare har man presenterat goda exempel från andra specialiteter, om hur man ökat intresset och deltagandet i en gemensam europeisk specialistexamen utifrån utformning av ett nytt europeiskt curriculum som man nått bred samsyn kring och där specialistexamen avspeglar curriculumet på ett bra sätt. Under mötet för EACCME, UEMS Advisory Council for CME-CPD, diskuterades och fattades beslut om nya kriterier för ackreditering av live-utbildningar samt diskuterades nya potentiella områden för ackrediteringar.

Vidare har ordförande för EBDV närvarat vid det årliga EDF-mötet i Schweiz från vilket en fin rapport av Professor Anders Vahlquist finns att läsa i det senaste numret av Forum för Nordic Dermato-Venereology.

Om någon önskar mer ingående informa-

tion från EBDV och UEMS arbete finns det mer att ta del av via organisationernas hemsidor, länkade till SSDV:s hemsida men du är också välkommen att kontakta mig.



Eva Johansson Backman
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
eva.maria.johansson@vgregion.se
eva.dermis@gmail.com

Årets SPIRA-stipendiater är utsedda!

Årets SPIRA-stipendium (sponsrat av AbbVie) gick till Amra Osmancevic (Psoriasis) och Kirsten Küssner, Uddevalla sjukhus (Hidradenitis Suppurativa)

PSORIASIS - Amra Osmancevic, Sahlgrenska Universitetssjukhuset "Utveckling av omhändertagande med fokus på patientens behov"



Motivering: För ett omfattande projekt som möter patientens behov av en kvalificerad och strukturerad kontakt med vården. Genom inrättande av kontaktsjuksköterska, samarbete över klinikgränser och förbättrad struktur ger man patienten en möjlighet att få bättre tillgång till den vård de behöver.

Stipendiesumma: 100 000 kr

HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS) - Kirsten Küssner, Uddevalla sjukhus - "Uppbyggnad av HS-mottagning"



Motivering: Hidradenitis Suppurativa är en ofta förbisedd sjukdom som medför ett stort lidande för patienten samtidigt som behovet på specialiserad och interdisciplinär vård är höga. I dag finns få hudkliniker som erbjuder speciella mottagningar. Därför ser vi denna satsning som en möjlighet till en regional kompetenshöjning med potential att bli ett föredöme.

Stipendiesumma: 50 000 kr

SSDV:s Forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar

(sponsrat av Novartis AB) år 2016 gick till: **Amra Osmancevic** från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Annons

Hur skall lagstiftningen för skönhetsåtgärder se ut i Sverige?

Det blir allt fler aktörer på den svenska marknaden som hävdar att de kan bota acne eller ge våra patienter ett ungdomligt utseende. De saknar ofta tillräckliga kunskaper och ibland en moralisk kompass. Det finns dessutom stora pengar att tjäna i ett samhälle där utseendet blir allt viktigare.

I USA är det vanligt med skönhetsåtgärder. American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS) för sedan länge en pålitlig statistik över dessa. Förra året slogs rekord i antal utförda ingrepp och behandlingar.

År 2015 köpte amerikaner skönhetsåtgärder för 13,5 miljarder dollar. Det är en ökning med hela 1,5 miljarder dollar jämfört med året innan.

De icke-kirurgiska, billigare åtgärderna, som än så länge utgör mindre än hälften av de estetiska åtgärderna i USA, ökar. Under förra året köptes sådana tjänster för den ansevärda summan av 5 miljarder dollar. Den väldiga efterfrågan på estetiska åtgärder är ett faktum och inte något enskilt fenomen i USA. Detsamma gäller för stora delar av världen. Sydamerika är världsledande på området och där är skönhetsåtgärder sedan 2010 avdragsgilla i den egna skattedeklarationen då de anses bidra till både fysisk och mental hälsa. Amerikanska välrenommerade psykologer talar om estetiska åtgärder i positiva ordalag och som en hjälp till att hantera det egna åldrandet (*Abigail T. Brooks Aesthetic anti-aging surgery and technology: women's friend or foe? Sociology of Health & Illness Vol. 32 No. 2 2010 ISSN 0141-9889, pp 238-257*). Vi blir allt äldre och många är yrkesaktiva långt upp i åren. Estetiska åtgärder blir en del i att vårda sin kropp, så som fysisk träning och tandvård. Kerstin Gruy, sociolog på Stanford University är expert på "positive body image" och beskriver i sin bok *Mirror, Mirror Off the Wall* att det nu i USA finns ett utseende, som inte konkurrerar med det naturliga utseendet utan skickar signaler till omgivningen att man tillhör en klass, som både har tid och pengar för att kunna underhålla ett sådant utseende. Hon uttalar en viss oro över att de som är yrkesverksamma och behåller vissa ålderstecken kan komma att diskrimineras och att ålderstecken kan komma att utgöra en klassmarkör ungefär så som dåligt tandstatus. En välkänd amerikansk ekonom ifrån Princeton University Prof. Daniel S Hamermesh har i sin bok ifrån 2013 *Beauty Pays* beräknat skillnaden i livsinkomst för den som har ett fördelaktigt yttre jämfört med den som inte har det. Det kan låta skrämmande och amerikanskt, men faktum är att det yttre blir allt viktigare. Inte minst har sociala medier bidragit till detta. Människor visar i allt högre grad upp sig via selfies och speglar sig i varandra på nätet. Bloggar och reality-shows leder också till en ökad nyfikenhet på olika skönhetsingrepp. På internet finns ett oändligt informationsutbud om vad som är möjligt att göra. Vi som dermatologer och läkare är bäst lämpade att guida våra patienter rätt i denna djungel. Särskilt gärna ser vi förstås att de gör den typ av åtgärder som leder till en frisk hud. Vi utför ofta estetisk dermatologi utan att vi använder begreppet. När vi behandlar en acnepatient eller PDT-behandlar en aktiniskt solskadad hud förbättrar vi ju patientens utseende. I dessa fall tycker vi att det är självklart att det är vi som är bäst lämpade att ställa diagnos och ange en behandling baserad på medicinsk kunskap.

I den amerikanska statistiken blir det tydligt att förutom att patien-

terna spenderar allt mer pengar på estetiska åtgärder så ändrar de sig också snabbt när det gäller val av behandling. Nya relativt obeprövade metoder kan inom ett år segla upp på listan över de tio mest populära estetiska åtgärder.

De mest injicerade produkterna 2015 enligt ASAPS är fortfarande botulinumtoxin och hyaluronsyra. Botulinumtoxin är sedan 2000 den mest populära icke-kirurgiska skönhetsåtgärden i världen och passerade förra året 4 miljoner-strecket för antalet utförda behandlingar i USA.

LISTA över de mest populära icke-kirurgiska estetiska åtgärderna i USA enligt ASAPS

1. Botulinumtoxin
4,3 milj behandlingar till en kostnad av 1,35 miljarder dollar
2. Hyaluronsyra
2,1 milj behandlingar till en kostnad av 1,27 miljarder dollar
3. Hårborttagning (laser, IPL)
1,1 milj behandlingar till en kostnad av 289 miljoner dollar
4. Kemiska peelingar
drygt 0,5 milj behandlingar (603.305)...379 miljoner dollar
5. Mikrodermabrasio
drygt 0,5 milj behandlingar (557.690)...72 miljoner dollar

Vi har ingen motsvarande statistik i Sverige, men trenden är densamma. Estetisk dermatologi ökar. De vanliga skydden i samhället i form av lagstiftning har släpat efter. Sverige har länge varit helt oreglerat vad gäller vem som får utföra estetiska behandlingar och hur de personer som köper dessa tjänster skall skyddas.

Flera uppmärksammade reportage i svensk tv om misslyckade skönhetsingrepp och ett ökat antal klagomål i allmänna reklamationsnämnden ledde till att Karin Lindell, tidigare riksrevisor och generaldirektör för konsumentverket önskade en ny lagstiftning. År 2012 tillsattes hon av socialstyrelsen som utredare. Hon föreslog att endast läkare skulle få utföra kirurgiska skönhetsoperationer och injektionsbehandlingar och att utövarna skulle ha en särskild ansvarsförsäkring samt att en åldersgräns på 18 år skulle införas för patienterna. Socialstyrelsen tyckte dock att det var för snäva ramar.

I Danmark antog man år 2014 en lag (Bekendtgørelsen om kosmetisk behandling) som var ännu striktare än vad utredaren i Sverige hade föreslagit. I den regleringen angav man för varje ingrepp och behandling vilken medicinsk behörighet som skulle gälla för genomförandet. Icke-permanenta fillers får enligt denna lag utföras av läkare med särskild färdighet i att injicera, undantagsvis kan tillstånd ges till en sjuksköterska på inrättningen där en ansvarig läkare arbetar. Permanenta fillers eller autologa fettinjektioner under 100 ml får plastikkirurger och hudläkare utföra medan fettinjektioner över 100 milliliter endast får utföras av plastikkirurger. Dermabrasio får utföras av dermatologer och

plastikkirurger. Lättare peelingar får utföras av läkare med speciell färdighet, medan kraftigare peelingar såsom TCA (triklorättiksyra) endast får utföras av hudläkare och plastikkirurger. I vårt grannland är det bara hudläkare som får utföra laser och IPL (intensivt pulsat ljus) och det är bara en liten skara specialister (dermatologer, neurologer, ögonläkare och plastikkirurger) som har rätt att injicera botulinumtoxin i kosmetiskt syfte. Man krävde också en särskild tilläggförsäkring av utövarna och patienterna var tvungna att ha fyllt 18 år. Dessa krav ledde naturligtvis till att många näringsidkare i Danmark fick byta sysselsättning.

I Sverige är det strålskyddsinstitutet som har tillsyn över strålsäkerheten hos verksamheter som utför kosmetiska behandlingar med laser och IPL. Det är strålskyddsmyndigheten som meddelar föreskrifter om hur laser och IPL får användas och "följer utvecklingen på området". Sedan februari 2013 gäller "skärpta krav" på kosmetiska behandlingar med laser och IPL. Dessa skärpta krav är dock bara ett slag i luften då laserverksamheten de facto även fortsättningsvis är tämligen oreglerad. Trots att det på strålskyddsinstitutets hemsida står att läsa att strålningen ifrån laser och IPL som används vid kosmetiska åtgärder kan ge upphov till svåra ögonskador och brännskador så ställs det inga krav på att den som utför behandlingen skall ha en sjukvårdsutbildning. Vidare står det "Du bör **själv** kontrollera att behandlaren har tillräcklig kompetens och erfarenhet". Det enda undantaget som kräver medicinsk kompetens i form av läkarlegitimation är om laserbehandlingen sker närmare än 2 cm ifrån ögat och detta utgör alltså "det skärpta kravet".

I avvaktan på en ny lagstiftning i Sverige angående injektionsbehandlingar bildades i februari 2015 Det Estetiska Injektionsrådet. Initiativet låg hos plastikkirurg Ulf Samuelsson och de två största läkemedelsföretagen inom injektionsbehandlingar Allergan och Galderma. Man erbjöd näringsidkare att frivilligt genomgå ett teoretiskt test för att erhålla en certifiering för injektionsbehandling. Sjuksköterskor och läkare bjöds in att testa sina kunskaper i anatomi, basal injektionsteknik och komplikationshantering. Vid dags dato har 139 personer klarat certifieringen.

Regeringen utsåg 2015 en ensamutredare att inom ett år komma med ett nytt lagförslag angående skönhetsbehandlingar i Sverige. Eva Nilsson Bågenholm, som är sjuksköterska och läkare och tidigare läkarförbundets ordförande utsågs till uppdraget.

Undertecknad träffade i juni 2015 i egenskap av Svenska Läkarsällskapets representant och samtidig representant för SSDV:s undergruppering för Estetisk Dermatologi utredaren tillsammans med dennes medarbetare, Tandläkarförbundets representant och Läkarförbundets jurist.

Vid dragningen framkom att utredaren menade att de som köpte estetiska tjänster skulle betraktas som konsumenter och inte patienter och att de även i fortsättningen skulle behöva driva sin sak i civilrättslig domstol vid en eventuell komplikation eller felbehandling. Endast legitimerad sjukvårdspersonal skulle få utföra injektionsbehandlingar, men en läkarlegitimation ansågs inte absolut nödvändig. Tatueringsverksamhet och piercing skulle ingå i kategorin "kroppsbehandlingar" och gälla under samma lag som injektionsbehandlingar. Någon medicinsk utbildning skulle inte krävas för att utföra dessa åtgärder. Kommunen skulle vara tillsynsmyndighet och den instans som utfärdade tillstånd för respektive verksamhet. I de fall oegentligheter eller biverkningar rapporterades till kommunen och om verksamheten bedrevs av legitimerad personal så skulle IVO kopplas in. Någon åldersgräns för konsumenterna skulle inte krävas och inte heller någon ytterligare ansvarsförsäkring för utövarna. Man ville underlätta för näringsidkarna och inte kräva någon dyr försäkring. Dessutom trodde man inte att något försäkringsbolag ville erbjuda en sådan försäkring då riskerna var för stora. Denna argumentering var förvånande eftersom lagförslagets intention var att stärka konsumenternas skydd. Man pläderade vidare för att konsumenterna skulle informera sig själva om de olika estetiska åtgärderna på en speciell



oberoende hemsida, som skulle ligga under konsumentverket. Det skulle vara konsumentens ansvar att välja rätt metod. Det stärkta konsumentskyddet skulle alltså bestå i att framtida injektionsbehandlingar bara skulle få utföras av en sjuksköterska, läkare eller tandläkare och inte av en bilmekaniker, hårfrisörskas eller hudterapeut, men inte så mycket mer.

Våren 2016 gick lagförslaget ut på remiss till nästan tvåhundra instanser utan att man hade ändrat något i förslaget ifrån sommaren året innan, trots att invändningar hade framförts.

Det var inte med några stora förhoppningar som jag efter korrespondens med medlemmar i estetiska dermatologigruppen, råd av jurist samt samtal med IVO:s ordförande skrev ihop önskemålen ifrån läkarkåren och undertecknade remissvaret med samtliga namn i SSDV:s styrelse.

Vi föreslog att:

- Kroppsbehandlingar som innefattar kirurgiska ingrepp, d.v.s. stickande- och skärande samt laserbehandlingar och liknande, enbart ska få utföras av legitimerade läkare, i första hand dermatologer och plastikkirurger eller annan läkare med särskild utbildning inom området.
- Att vissa av ovanstående behandlingar ska kunna delegeras till annan välutbildad personal förutsatt att den ansvarige läkaren är på plats.

Socialstyrelsen har nu efter remissrundan kommit med sitt svar. Lagförslaget kritiserades på ett flertal punkter. Den viktigaste punkten är att man tycker att de som köper kroppsfrönade tjänster inte bör klassas som konsument utan som patient och att hälso- och sjukvårdslagen bör tillämpas. Tatuering och piercing skall inte gälla under samma lag. De som utför injektionsbehandlingar bör ha en medicinsk legitimation, det vill säga vara sjuksköterska, läkare eller tandläkare. Någon särskild försäkring kommer troligtvis inte att krävas av utövarna. Troligtvis kommer inte heller någon åldersgräns för estetiska åtgärder att införas. Man är positiv till att en oberoende informationshemsida upprättas.

Någon ny lag beräknas inte kunna träda i kraft den 1 juli 2017, så som Eva Nilsson Bågenholm föreslog.

Det är mycket angeläget att vi som hudläkarkår engagerar oss i frågan om hur regleringen av estetiska åtgärder skall se ut, då det ofta är våra patienter det handlar om. Tillsammans har vi många bra argument och vi kan alltså fortfarande försöka att påverka framtida lagstiftning.



Hélène Wolff

Klinikchef SKIN Hudkliniken
Sammankall. i Estetiska Dermatologi-gruppen
Styrelseledamot i SSDV och v. ordf. i PDF

Annons

Sammanställning av ST-enkäten 2015

Sextioen personer har svarat på ST-enkäten för 2015. Majoriteten har ST och endast en mindre del har vikariat. Anställningarna är någorlunda jämnt fördelade mellan universitetssjukhus och regionsjukhus. De flesta har ett ST-kontrakt, men det är ändå 21% som anger att det inte har något ST-kontrakt vilket är överraskande

många. Nästan alla har en handledare vilket även är en förutsättning för att anställningen kan godkännas som ST-utbildning.Handledningsfrekvensen svänger mellan 1 gång i veckan till 1-2 gånger per termin. De flesta har dock handledning 1 gång per månad. Åttio procent har tid avsatt till projekt och 89% har planerat

slutenvård som en del av ST. Bara ungefär hälften av klinikerna har SPUR-inspekterats. Det är endast 11% som bedriver forskning under ST-utbildningen. Det är för närvarande störst söktryck på bensårs- och patologikursen.

William Troensegaard

ST	58	95%
VIKARIAT	3	5%

Region	34	56%
Universitet	27	44%

Kontrakt ja	48	79%
Kontrakt nej	13	21%

Handledare ja	59	97%
Handledare nej	2	3%

Handledning 1-2 ggr/termin	14	23%
1 gång/månad	22	36%
Varannan vecka	13	21%
1 gång/vecka	12	20%

Tid avsatt projekt ja	49	80%
Tid avsatt projekt nej	12	20%

Slutenvård ja	54	89%
Slutenvård nej	7	11%

SPUR ja	33	54%
SPUR nej	28	46%

Forskning ja	7	11%
Forskning nej	54	89%

Önskar att gå följande kurs

Tumörer	32	52%
Bensår	39	64%
Gränsområde	33	54%
Yrkesdermatologi	31	51%
STI	33	54%
Patologi	41	67%
Psoriasis	19	31%



Annons



Uppsala Konsert & Kongress, där SSDV:s vårmöte hölls i maj 2016.

Foto: © Magnus Östh

Rapport från SSDV:s vårmöte

Uppsala 25-27 Maj 2016

Årets möte ägde rum i den prisade 35 meter höga byggnaden, Uppsala Konsert & Kongress, en byggnad med en fasad som växlar färg och ton allt efter dygn, årstid och väderlek. 245 deltagare från hela landet samlades under tre dagar fyllda med vetenskapliga och sociala program och utifrån erhållen feedback och fint majväder, förklarades vårmötet en succé!

Standardiserade vårdförloppet

Dr. Marie Virtanen, president för årsmötet, invigde vårmötet och hälsade alla välkomna till Uppsala. Därefter var det dags för programmet anordnat av Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO).

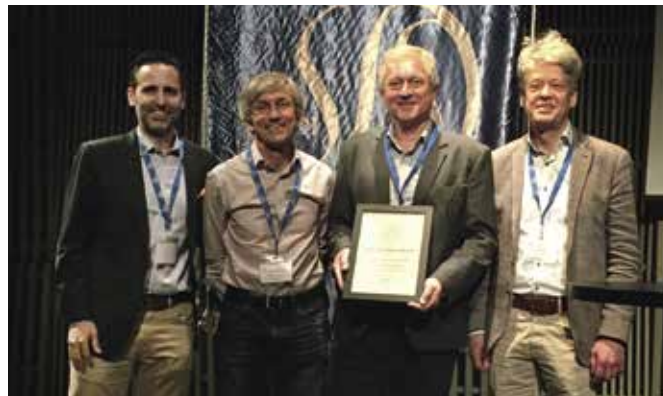
Som första talare presenterade Dr. Bertil Persson (Lund) det högst aktuella standardiserade vårdförloppet (SVF) för malignt melanom som börjar gälla nationellt 2016-09-01. Bakgrunden till SVF är ett regeringsbeslut vars syfte är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell vård utan onödig väntetid. Vårdförloppen ska framförallt korta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer föreligger till start av första behandling. Dessutom finns målen att

stärka patientmedverkan och öka patientnöjdheten inom cancervården. Modellen är inspirerad av de danska "pakkeforløben" som tydligt kortat väntetiderna i dansk cancervård. Dr. Persson förklarade detaljerna i vårdförloppet och vilka maximala tidsgränser för olika utredningsåtgärder som bestämts (för mer detaljer kring SVF, läs D&V nummer 6). Vidare belystes olika utmaningar inom SVF. Primärvården har fått i uppdrag att kunna starta SVF men kriterierna för detta är breda. Det är svårt för primärvården att fatta grundade misstankar om malignt melanom. Dr. Persson efterlyste fler utbildningsinsatser ut mot primärvården. Slutligen så delade Dr. Persson med sig erfarenheter från egna kliniken där en specialinriktad melanommottagning startade september 2015 som en förberedande mottagning inför SVF.

Nästa talare var Dr. Virginia Zazo (Umeå) som berättade om hur hennes landsting, Västerbottens läns landsting (VLL), också haft ett försprång inför SVF. Redan 2014 deltog VLL i ett nationellt SKL projekt vid namnet "bättre flöde i vården", ett projekt som startades för ökad tillgänglighet, patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet. Tele-



SDKO-panelen diskuterar för fullt. På bild från höger till vänster: John Paoli, Bertil Persson, Virginia Zazo och Kari Nielsen.
Foto: Karim Saleh



John Paoli, Per Anders Mjörnberg, Jørgen Skov Jensen, med sitt diplom efter utnämningen till hedersmedlem i SSDV, och Lars Falk.
Foto: Mediahuset

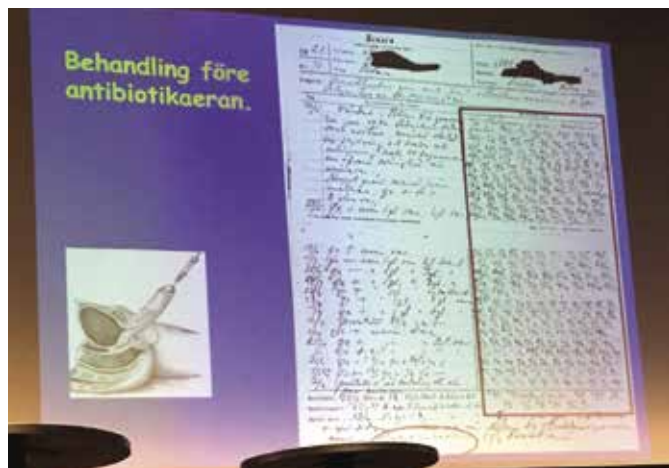
dermatoskopi tillämpades vilket resulterade i kortare väntetider och en avlastning för dermatopatologer. SVF inom VLL startar efter den tele-dermatoskopiska bedömningen av dermatologen till skillnad från till exempel Region Skåne där primärvården kan starta processen. En speciell checklista för vårdpersonal har också inrättats för att sjukvårdspersonal ska veta var i vårdprocessen man befinner sig och underlätta SVF. Även Dr. Zazo exemplifierade framtida svårigheter inom SVF och tryckte på vikten av att ha en koordinator som styr processerna.

SDKO avslutade sitt segment med en 20-minuters intressant diskussion. Vem ska starta SVF?

Vilka excisionsmarginaler ska gälla vid primärkirurgi? I flera delar av landet excideras t.ex. misstänkta MM in situ med 5 mm marginal direkt. Kan detta påverka eventuell sentinel node diagnostik? Många frågor som gav auditoriet något att fundera över.

Bakteriella STI

Efter fikar och en stunds samtalande med alla närvarande utställare var det dags för Sektionen för Venereologi. Dr. Lars Falk (Linköping) höll en informativ föreläsning om bakteriella STI. Han gav en historisk tillbakablick av utvecklingen inom diagnostik och behandling av STI och illustrerade detta med bland annat en patientjournal från 1921 där man behandlade en manlig uretritpatient med ättiklösningsinstillationer!



Ättiklösningsinstillationer 1921. Bild från Dr. Lars Falks presentation.
Foto: Karim Saleh

Senare höll Dr. Jørgen Skov Jensen (Köpenhamn) ett oroväckande föredrag om resistensökningen av mycoplasma genitalium globalt men även i Skandinavien. Resistensövervakning behövs på samhällsnivå menade han. Dr. Jensen förklarade vilka genmutationer orsakar resistens i denna bakterie som numera är en välkänd STI kopplad till uretriter, cerviciter, proktiter, endometrit, PID och infertilitet. Därefter presenterades nuvarande behandlingsalternativ samt nya lovande antibiotika på ingång som solitromycin, gatifloxacin, lefamulin och tiamfenikol. Tyvärr finns det begränsat med studier vad gäller effekt. Intressant för svensk venereologi är att i Danmark resistensbestäms alla positiva mycoplasma genitaliumprover där cirka 45% av alla positiva analyser uppvisar resistens. Motsvarande siffra i Sverige är 20% och är enligt Dr. Jensen, skäl nog till resistensbestämningar. Dessvärre förväntas dessa siffror stiga och därför finns ett akut behov av nya, säkra och billiga antibiotika.

I slutet av programmet prisade Sektionen för Venereologi Dr. Jensen som en hedersmedlem inom SSDV.

Psoriasis och systembehandling vid psoriasis

Efter en trevlig lunch hade svenska dermato-epidemiologiska nätverket, SveDEN, sitt program. Först ut var David Hägg (Stockholm) som nyligen disputerat inom observationella psoriasisstudier ur ett epidemiologiskt perspektiv. Han hade extraherat data från PsoReg sedan starten 2007. Under sin presentation gick han igenom hur val av biologisk behandling styrdes av kön, utbildning och bostadsort. I en studie hade kvinnliga psoriatiker en lägre chans att erhålla systemisk behandling än män.

Patienter med avslutad universitetsutbildning eller boende i en tätortskommun hade högre chans att få biologisk behandling. Hägg hade även tittat på betydelsen av instrument som PASI och DLQI vid initiering av biologisk behandling och konstaterar att högt PASI är i större utsträckning associerat med start av biologisk behandling jämfört med DLQI.

Dr. Ingegärd Anveden Berglind (Stockholm) presenterade sedan "The effect of psoriasis on adverse pregnancy and births outcomes" där hon gick igenom en retrospektiv kohortstudie och tittade på vad psoriasis hos en blivande moder hade för effekt på graviditet och på barnet. Hon såg att rökning, depression, obesitas, diabetes samt hypertension var överrepresenterat bland psoriatiker jämfört med normalpopulationen. Ju mildare psorissjukdom modern hade desto bättre graviditetsutgång. Detta illustrerar vikten av att gravida mödrar ska vara välbehandlade i sin psoriasis.

Senare var det dags att prata om biosimilars. Dr. Maria Palmetun Ekbäck (Örebro) inledde med en genomgång om biosimilars, hur de tillverkas och godkänns av EMA (European Medicines Agency). Trots



Toomas Talme pratar biosimilarer.

Foto: Karim Saleh

att biosimilars produceras enligt den senaste teknologin så kräver EMA en extensiv dokumentation på tillverkningsprocessen. Detta gör att de känns ännu säkrare att börja användas tycker Dr. Ekbäck. Argumentet att de skiljer sig från referensprodukterna håller inte med tanke på att referensprodukterna i sig genomgått ett flertal ändringar genom åren som behövt godkännas av EMA. Biosimilars behövs för att uppnå kostnadseffektiv vård. År 2015 var kostnaden för TNF-alfa-hämmare 2,3 miljarder SEK och 7 av de 10 dyraste läkemedlen i Sverige är biologiska läkemedel.

Dr. Toomas Talme skulle sedan visa auditoriet den andra sidan av myntet beträffande biosimilarer. Jämfört med biosimilarföretag, så lägger företagen som tillverkar referensläkemedlen resurser på stora kliniska prövningar vi kliniker kan känna oss trygga med. Biosimilarer fokuserar mest på att imitera referensläkemedlet på molekylärnivå. Studier behöver enbart göras på en indikation som sedan extrapoleras till övriga indikationer. I vårt fall är det reumatologiska studier som legat till grund för att godkänna även dermatologiska indikationer. Kan vi helt lita på detta? Dr. Talme penetrerade även "switching" av referensläkemedel till biosimilarer. Detta är ej fullständigt utstuderat än och studier inom ämnet ska komma. Han ställde sig frågande till hur det kan vara möjligt att switching godkänns innan studierna publicerats. Hur många gånger kan man switcha i framtiden? När ska det göras? Hur får man med sig patienter i en switching? Dr. Talme efterlyste ett utarbetat dokument på nationell nivå på hur vi ska tackla dessa svåra frågor. Från auditoriet så efterlystes även en öppenhet i avtalen industrin tecknar med landstingen gällande biologiska läkemedel.

Svenska Sällskapet för Arbets- och Miljödermatologi

Sista programmet för dagen anordnades av Svenska sällskapet för arbets- och miljödermatologi (SSAMD). Magnus Lindberg, professor vid

Universitetssjukhuset i Örebro, talade om det nationella registret för epikutantestresultat vid utredning av kontakteksem, EpiReg. Han berättade historiken bakom registret och dess utveckling genom åren. Nu har man samlat in cirka 12.000 epikutantestmatningar. Med hjälp av detta har man kunnat studera trender i förekomsten av kontaktallergi. Registret ger också möjligheten att studera kvaliteten i epikutantestning vad gäller metodik och analys.

EpiReg drivs som ett projekt inom SSDV och varje deltagande klinik äger sina data. Dr. Lindbergs förhoppning är att fler kliniker ansluter sig till registret och bidrar ekonomiskt.

"Sjukt hus eller sjuk hud?" var nästa presentationstitel av Professor Berndt Stenberg (Umeå). Detta var en föreläsning om ospecifik byggnadsrelaterad ohälsa (OBO), en beteckning på symtom som kan uppkomma i en bristfällig inomhusmiljö. Riskfaktorer för symtomen är bland annat dålig ventilation, fuktskador, kemiska ämnen och partiklar från exempelvis byggnadsmaterial och verksamhet. Tillståndet är vanligare än man tror. En miljon svenskar tycker att de har besvär kopplade till inomhusmiljö. Andel anmälda arbetsskador ökar. Exemplevis har 40% av svenska skolor fuktskador och 3 av 10 hus har fukt- och mögelskador.

Dr. Stenberg berättade om utvecklingen i förståelsen av tillståndet. Han förklarade de dermatologiska manifestationerna. Dessa utgörs oftast av ansiktserytem, klåda och torr hud. Övriga symptom brukar vara besvär från slemhinnor, ögon, svalg och luftvägar samt trötthet och huvudvärk. Tillståndet har tyvärr bland annat kallats för "kultursjukdom" och "mass psychiatric illness" trots att det idag finns vetenskapliga belägg för att symptomen existerar. Likheter i rapporterade symptom i enkätstudier bland drabbade styrker att syndromet finns menar Dr. Stenberg. När han själv sammanställde objektiva symptom bland patienter med OBO hade de ofta ansiktserytem, rosacea, urtikaria och seborroiskt eksem.

Symptomen var alltid inom den gruppen av hudsjukdomar och han träffade aldrig en psoriasispatient som tyckte han/hon blev värre av inomhusmiljön.

Kunskaper som saknas inom OBO är vilka kemiska ämnen som är orsak till symptomen, vilka processer i kroppen kan förklara symptomen och biomarkörer som kan bekräfta tillståndet. Slutligen så påpekade Dr. Stenberg vikten av att bemöta patienter med OBO med respekt och bekräftelse.



Sjukt hus eller sjuk hud var titeln på föreläsningen av Professor Berndt Stenberg.

Foto: Karim Saleh

Efter en lång dag av föreläsningar avslutades dagen med trevligt mingel i Skybaren på Uppsala kongress & konferens med en fantastisk panoramautsikt över Uppsala och till tonerna av ett live jazzband. Detta följdes av en trevlig middag där dagens föredrag diskuterades flitigt.

Autoreferat

Stanley Cheuk (Stockholm) inledde torsdagsmorgonen med att presentera sin avhandling som handlade om Tissue-Resident Memory T (TRM) celler, celler som finns i hudlokaliseringar som tidigare infekterats/inflammerats. När de reaktiveras så utgör de ett snabbt kraftfullt lokalt adaptivt immunförsvar mot reinfektion/inflammation. I sitt första arbete hade Cheuk tittat på TRM:s olika markörer, bland dessa CD49a som är associerad med IFN- α production och cytolytisk funktion. Celler som var negativa för CD49a producerade IL-17. I vitiligo sågs en ackumulering av CD49a-positiva TRM-celler i både epidermis och dermis jämfört med frisk hud. I ett annat arbete hade man sett att psoriatiker uttrycker en stor proportion i epidermala T-celler, men ej dermala T-celler, patogena IL-17 och IL-22 i aktiva lesioner. Vid remission, så stannade dessa T-celler i epidermis och när psoriasissjukdomen recidiverade så svarade CD4 T-celler på IL-22 produktion medan CD8 T-celler med TRM-fenotyper svarade på IL-17. I det sista arbetet hade Cheuk tittat på kohorter av psoriasispatienter och friska kontroller och sett att genetiska associationer av varianter i IL-22 promotern enbart finns i patienter med debut av psoriasissjukdomen före tonåren. Genom karakterisering av TRM-celler i hud hos friska och patienter med inflammatoriska hudsjukdomar demonstrerade Cheuks avhandling en funktionell heterogenitet av dessa celler. Att i framtiden få ökad förståelse för TRM-cellernas olika mekanismer kan ge upphov till nya terapeutiska strategier vid en rad olika inflammatoriska sjukdomar.

Sedan var det Dr. Ingela Ahnlieds tur att presentera sin avhandling "Aspects of skin cancer diagnosis in clinical practice" vars syfte var att studera hur korrekt diagnostiken av olika hudtumörer är i den kliniska vardagen. Studierna baserades på registreringar som gjordes i samband med operationer på hudkliniken i Helsingborg 2008-2015 och man tittade på sensitivitet, specificitet och det positivt prediktiva värdet. I första delarbetet konstaterade man att den preliminära diagnosen att hudför-

ändringen var malign var säker, och att säkerheten vid diagnostik av basalscellscancer också var hög. I nästa arbete tittade man på "numbers needed to excise" (NNE) vid melanom. Under studieperioden var siffran 6,5 och man fann att den var lägre vid en högre patientålder och när tumören var lokaliserad till armen istället för bålén. I det tredje arbetet utvärderade man den dermatoskopiska ABCD-algoritmen och fann att sensitiviteten var 83% men specifiteten 45%. I 20% av alla exciderade maligna melanom var dermatologen säker på att förändringen inte var ett melanom preoperativt. Detta illustrerar att preoperativa bedömningar av melanom kan vara svåra ibland. I det sista arbetet tittade man närmare på diagnostiken av basalscellscancer. Man fann att prediktionen av yttlig basalscellscancer förbättrades för de förändringar som undersökts med dermatoskop efter ett utbildningstillfälle om dermatoskopi av basalscellscancer.

Efter dessa två lärorika avhandlingar skulle SSDV:s pris för bästa vetenskapliga arbete för ST-läkare delas ut. Vinnare blev Sara Prosén (Universitetssjukhuset Örebro), Karim Saleh (Skånes universitetssjukhus) och Oscar Zaar (Sahlgrenska Universitetssjukhuset). Samtliga vinnare fick presentera sina arbeten framför auditoriet.

Gendermatoser – erfarenheter från kliniken

Dr. Marie Virtanen (Uppsala) pratade om gendermatosmottagningen de haft i 20 år och höll en pedagogisk presentation av olika subgrupper av iktyos och epidermolysis bullosa illustrerade med många patientbilder och fall. Under cirka 45 minuter fick auditoriet höra utvecklingen i diagnostiken av gendermatoser och ta del av konkreta patientfall Dr. Virtanen varit involverad i.

Inom iktyosssjukdomar lades det mest fokus på Autosomal Recessive Congenital Ichthyosis (ARCI) subgrupperna. Det poängterades att ARCI-patienter föds som kollodiumbarn men det går inte att prediktera hur sjukdomen kommer att utveckla sig framöver. Genetisk testning som nu kan beställas i Uppsala som en "iktyospanel" där man screenas för ett flertal kända mutationer kan vara till hjälp men även med en konstaterad genmutation kan det vara svårt att korrelera det till fenotypen patienten kommer uppvisa. Vid epidermolysis bullosa är biopsiering som analyseras antingen i Freiburg eller London gold standard i diagnostiken.



Vinnarna av priset för bästa vetenskapliga arbete. På bild från höger till vänster: Karim Saleh, John Paoli (avgående ordförande för SSDV), Sara Prosén, Oscar Zaar och Katarina Lundqvist (nyvald ordförande för SSDV). Foto: William Troensegaard



Presidenten för vårmötet Dr. Marie Virtanen delar med sig erfarenheter beträffande epidermolysis bullosa. Foto: Karim Saleh

Behandlingsmässigt har gendermatoser dessvärre ej kommit långt men det pågår försöksstudier med genterapi, injektioner av exempelvis autogena fibroblaster och stamceller samt benmärgstransplantationer. Framtiden kommer förhoppningsvis bli ljusare för patienter med de svåraste formerna av gendermatoser.

Prisutdelning:

Efter en berikande presentation av Dr. Virtanen ägde årsmötesförhandlingarna rum. Detta efterföljdes av prisutdelningar enligt följande:

- ILDS certificate of appreciation delades ut till Professor **Bernt Lindelöf** (Karolinska Institutet).
- Docent **Erik Borglund** och Professor **Sigfrid Fregert** utsågs till hedersmedlemmar i SSDV.
- **Mats Bjellerup** (Helsingborgs lasarett) tilldelades SSDV:s pedagogiska pris 2016.
- SDKO:s utbildningsstipendium delades ut till **Oscar Zaar** (Sahlgrenska Universitetssjukhuset).
- Diagnostiskt Centrum Huds stipendium (DCH-stipendiet) delades ut till **Markus E.S. Danielsson** (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) och **Karolina Evenhamre** (Universitetssjukhuset Örebro).
- SSDV:s forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar (Novartis) tilldelades **Amra Osmancevic** (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) med ett pris på 100.000 kr.
- SPIRA-stipendiet (AbbVie) delades av **Amra Osmancevic** (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) som fick 100.000 kr för sitt projekt inom psoriasis och **Kirsten Küssner** (Uddevalla sjukhus) som tilldelades 50.000 kr för en ny mottagning dedikerad till patienter med hydradenitis suppurativa.

Systemic treatment of paediatric eczema and psoriasis

Dr. Ali Alsharqi från The Royal Liverpool and Broadgreen University Hospital var inbjuden till vårmötet och denne fick inta scenen efter lunchen. Ämnet som skulle beröras var systemisk behandling av pediatrikt eksem och psoriasis. Fokus lades på eksem som är betydligt vanligare i den pediatrika populationen.

I England finns guidelines utfärdade av The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) för behandling av eksem hos barn. Systemiska behandlingar som rekommenderas är azatioprin, ciklosporin, systemiska steroider, IVIG och interferon gamma terapi. I dessa guidelines framgår inte i vilken ordning man ska välja bland alternativen, hur behandlingar ska monitoreras och vilka doser ska användas. Dr. Alsharqi hade aldrig använt IVIG eller interferon gamma på barn. När han studerade vilka systemiska behandlingar alla barn med eksem på hans klinik hade år 2013 fann han att 44% tog ciklosporin, 38% azatioprin, 10% methotrexate, en patient mykofenolatmofetil, och två patienter tog kombinationsbehandlingar (methotrexate+mykofenolatmofetil eller ciklosporin+methotrexate). Mer än hälften av barnen hade redan hunnit prova ett tidigare systemiskt läkemedel. Av dessa barn hade nästan alla startat med ciklosporin. I England startar man oftast med ciklosporin för att uppnå en bra och snabb effekt. Problemet är att läkemedlet inte kan användas för länge, i regel enbart 6–12 månader, p.g.a. biverkningar och framtida malignitetsrisk. Därefter byter man oftast till azatioprin men på senare år har man börjat byta till methotrexate först. På hans klinik startar man ciklosporin i dosen 3 mg/kg och efter 4 veckor bestämmer man sig för att öka/sänka dosen. Underhållsbehandlingen är 3–5 mg/kg. Inga biverkningar har setts hos barnen. De som hade stått på ciklosporin längst hade gjort det i 24 månader. Azatioprin startas med 1 mg/kg för att ökas till 2–3 mg/kg som underhållsbehandling. Barnet med längsta behandlingstiden var 58 månader. Vad gäller methotrexate så används 400 mikrogram/kg alternativt doseras det enligt kroppsyta i dosen 15 mg/

m². På deras klinik testar man inte barnen för tuberkulos eller HIV vid insättning av methotrexate. Prokollagen III peptid är alltid falskt förhöjt hos barn och används därför inte. Som startdos används 2,5–5 mg.

Barnen med mykofenolatmofetil hade dosen 1 g per dygn. Kliniken hade enbart två barn stående på denna medicin sedan enbart högst 5 månader så läkemedlet kan ej utvärderas än.

Vad det gäller barnet med kombinationen ciklosporin och methotrexate så förklarade Dr. Alsharqi hur man vid flera tillfällen försökt sätta ut ciklosporin men att sjukdomen reciderat vid varje försök. Därför fick barnet behålla kombinationen som fungerat bra. Dr. Alsharqi uppgav att han hade sett en studie på en patient med urtikaria som stått på lågdos ciklosporin i fem år.

Den andra delen av föredraget handlade om psoriasis som inte är lika vanligt hos barn. När Dr. Alsharqi hade tittat på systemiska psoriasisbehandlingar hos barn på deras klinik så var det vanligast med methotrexate, acitretin, ciklosporin och biologiska läkemedel i den ordningen. Av de som stod på biologiska preparat hade en majoritet etanercept vilket förklarar av att läkemedlet har längst säkerhetsdata på barn. Acitretin används i underhållsdosen 5–10 mg/kg och inga större biverkningar har rapporterats. Dr. Alsharqis dilemma är hur man ska göra med flickor som börjar närma sig tonåren med tanke på att det krävs ett uppehåll på 3 år före graviditet. Hur ska man göra med preventivmedel? Ska flickorna testas?

Avslutningsvis diskuterades biologiska läkemedel som inte är lika toxiska som andra systemiska behandlingar men har betydligt kortare säkerhetsdata. Vid nyinsättningar av biologiska läkemedel är Dr. Alsharqi mer försiktig i provtagningar och beställer alltid en lungröntgen.

Mastocytos

Sista delen av torsdagen skulle beröra mastocytos av Dr. Hans Hägglund och Dr. Anna Bergström (Uppsala). Dr. Hägglund hade startat mastocytoscentret på Karolinska Institutet 2006, och hade nu varit involverad i starten av ett mastocytoscenter i Uppsala ifjol. Han berättade om hur hans intresse för mastocytos startade och olika patientfall han träffat genom åren. Ett intressant fall var en forskare som hade besvärats av attacker av yrsel, illamående, trötthet och flush utan känd trigger i 20 år. Forskaren hade på egen hand dokumenterat 91 anfall och skattat de



På scen: Marie Virtanen introducerar Hans Hägglund som nästa föreläsare.

Foto: Karim Saleh



Full åhörsal.

Foto: John Paoli

enligt allvarlighetsgrad. De flesta var milda men vissa krävde besök på akutmottagning och behandling med adrenalin, och två gånger var han så dålig att han hamnade på IVA. Det uppdagades så småningom att han led av en systemisk mastocytos.

Kriterierna för att ställa diagnosen systemisk mastocytos gicks igenom. Enligt Dr. Hägglund ska sjukdomen misstänkas vid: förhöjt serum tryptas, upprepade anafylaxier, kutan mastocytos, osteoporos, osteoskleros, osteolys och cytopeni. Incidensen i Sverige är cirka 20 fall/år men enligt studier kan den vara så hög som 100 fall/år.

Flush, klåda, urtikaria, rodnad är hudsymptom tydande på mastocytos. Patienter med systemisk mastocytos har en 2000 gånger högre risk för anafylaxi än friska. Det finns ingen kurativ behandling om man inte gör en allogen benmärgstransplantation. I övrigt är behandlingen symptomlindrande.

Sedan var det Dr. Bergströms tur att prata om kutan mastocytos. Hos barn försvinner tillståndet oftast runt puberteten och det finns ingen ökad risk för anafylaxi. Hos vuxna har det ett mer kroniskt förlopp. Vidare så berättade hon om ett nordiskt konsensus för kutan mastocytos som publicerades januari 2016 med rekommendationer om nomenklatur, utredningar, och vilka kriterier behövs för att ställa diagnosen kutan mastocytos. Biopsering rekommenderas i internationell litteratur men i Norden är man inte lika sträng med detta på barn. Vuxna ska alltid utredas vidare med benmärgsundersökning via ett mastocytoscentrum och att enbart ta ett serum tryptas prov är otillräckligt. Barn med ett opatologiskt tryptasvärde behöver man ej utreda vidare avseende förekomsten av en eventuell systemisk mastocytos. Däremot rekommenderas årliga kontroller av serum tryptas hos barn tills deras hudförändringar försvunnit. Man tror det är högre risk för systemisk mastocytos om barnet får en kutan mastocytos efter 3-årsåldern. Dr. Bergström informerade auditoriet om framtida studier planerade på centret i synnerhet studier beträffande förekomsten av malignt melanom hos patienter med mastocytos.

Andra dagen avslutades med en 3-rätters bankett på anrika Norrlands nation med underhållning i form av ett sångband. Under middagen höll SSDV:s nyvalda ordförande Dr. Katarina Lundqvist (Lund) tal där hon tackade samtliga för förtroendet, arrangörerna i Uppsala för ett bra möte och industrin för samarbetet. Ett särskilt tack riktades till avgående ordförande Dr. John Paoli som fick ta emot applåder för ett fantastiskt arbete inom SSDV.

Kroniska bensår

Fredag morgon började med sår föreläsningar. Först ut var Dr. Hanna Wickström (Karlshamn) som jobbar på sårcentrum i Blekinge och är doktorand vid Lunds universitet. Hon har arbetat med RiksSår och startat ett projekt inom teledermatologi som inkluderar 100 bensårspatienter där telekonsultationer med dermatologer sker med hjälp av surfplattor. Medelåldern av involverade patienter är 76 år och sårdurationen 40 veckor. Studien pågår men man har redan sett minskad sårsläkningstid hos deltagare jämfört med kontrollgruppen. Dr. Wickström pratade om vilka vinster detta innebär för patienter, vården och samhället. Det minskar även tid till erhållen diagnos och fler patienter kan ses samtidigt eftersom omläggningarna sker i patienthemmen. Både personal och patienter är nöjda med att använda surfplattor. Tanken är att teledermatologi ska användas som ett komplement vid behandling av patienter som inte kan ta sig till kliniken pga olika skäl.



John Paoli räcker över ordförandeklubban till Katarina Lundqvist.

Foto: Mediahuset

Dr. Rut Öien, medicinskt ansvarig för sårcentret i Blekinge, fortsatte inom samma ämne. Hon visade först Sårsmart, ett webb utbildningsprogram om bensår finansierat av Strama Stockholm och SKL, i samarbete med RiksSår som ska lanseras till hösten. Andra kommande projekt är en "bedside"-app som håller på att utvecklas för att registrera bensår.

Sedan visade hon den senaste versionen av RiksSår och olika rapporter som kan uthämtas från registret. Ett annat projekt Dr. Öien nämnde är en sårmall som ska överföras automatiskt till ett nationellt databasregister NDMi. Hon informerade också om en nybyggd patientförening som patienter runt om i landet kan ringa till och som ordnar patientinformation gällande bensår. Därtill diskuterade hon användning av registerbaserade RCT som en passande studiemetod för bensår som kommer att komma allt mer. I övrigt samarbetar RiksSår med andra register som Swedvasc (ett register för kärlkirurger) och Senior alert (nationellt kvalitetsregister för trycksår) som kan förbättra bensårsvården ytterligare. Dr. Öien föreslog bildandet av en intressegrupp för svåråtkäta sår inom SSDV, en intressegrupp som tidigare har funnits inom sällskapet.

Härnäst var det Dr. Baldur Baldursson (Reykjavik) tur att inta scen och prata om nyskapande sårbehandling med fiskhud! Inledningsvis förklarade han hur olika xenografter använts genom tiderna för att sedan berätta om en ny typ av biologiska xenografter som kommer från torsk hud som odlas på Island. Det som har funnits hittills har kommit från grishud. Detta undergår en speciell tvätt med kemikalier för att eliminera risken för potentiell gris-människa smitta. Fisk-människa smitta existerar inte och därför behöver inte fiskhud behandlas på samma sätt vilket gör att subkutan fett kan sparas. Detta är rikt på omega-3 fettsyror som bidrar till bättre sårsläkning. En känd orsak till problematisk sårsläkning är just en försvagad produktion av fett i golgi apparaturen i keratinocyter. En annan fördel med fiskhud som xenografter är att fisk huden är en biprodukt till torsk som säljs som mat. Dr. Baldursson visade mikroskopiska bilder av fisk huden och hur det ser ut när det läker i sår. Han presenterade kliniska exempel på läkning i bräckkirurgi, dentalkirurgi och bröstkirurgi med framgångsrika resultat.

Läckage av lymfa från scrotum – diagnostik och behandling

Dr. Per Gerwins och Dr. Ansam Al-Bayati från Uppsala hade två oerhört intressanta fall. Första fallet presenterade sig hos en 12-årig pojke med vitaktiga vätskande blåsor scrotalt. Pojken hade behövt använda blöjor sedan 7-årsåldern. I samband med en koldioxidlaserbehandling som utfördes av Dr. Al-Bayati noterades att vätskeläckaget från scrotum bestod av en mjölkig vätska som visade sig vara chyle (fettvätskan som formas i tunntarmen efter fettspjälkning som absorberas av lymfsystemet). Dr. Gerwins kopplades in som radiolog och efter olika icke-konklusiva undersökningar utförde han en nodal lymfografi som till skillnad från en scintigrafi visar lymfflödet i realtid. Detta visade en reflux-sjukdom i lymfsystemet. Patienten skleroserades och blev helt besvärsfri.

Det andra fallet berörde en 28-årig man med scrotalt ödem med genomskinliga blåsor. Här utmynnade den radiologiska utredningen i en misstänkt metastaserande extraintestinal Crohns. Dr. Gerwins hade fina radiologibilder som uppskattades av auditoriet.

Immunterapi av cancer

Nästa föreläsning var av Dr. Hanna Karlsson (Uppsala) som värmde upp auditoriet med en crash-course i immunologi för att sedan prata om immunförsvarets roll i cancer. Det är numera känt att immunceller infiltrerar tumörvävnad och deras förekomst i tumören är kopplad till bättre prognos i ett stort antal cancerpatienter. Syftet med immunoterapi är att förstärka patientens immunförsvaret för att kunna slå ut cancerceller genom exempelvis stimulerande faktorer (CD40L) som aktiverar im-



Vårsmötet gästades av Dr. Baldur Baldursson som kom från Island.

Foto: Karim Saleh

munförsvaret. En annan metod att via check-point blockad där man använder en antikropp för att blockera de inhibitoriska molekyler på T-cellerna och det är framförallt antikroppar mot PD1 och CTLA4. T-cellsterapi där tumör-specifika T-celler isoleras från tumörvävnaden, reaktiveras och expanderas ex vivo för att reinfuseras i patienten är också ett sätt att bekämpa tumörer.

Avslutningen

Mot slutet av vårmötet hade Dr. Ulf Mariott Hansson (Uppsala) en presentation med titeln "gott och blandat inom dermatologi". Först berördes tatueringar på ett lättare sätt. Tatueringar ökar och 33% av personer under 49-årsåldern boende i Stockholm är tatuerade. Allt fler ångrar sig och marknaden är nu full av icke-medicinskt utbildade aktörer som tar bort tatueringar. Därefter tog han upp genusperspektivet inom dermatologin vad gäller exempelvis utskrivning av biologiska läkemedel. Mer forskning och utbildning i genus behövs konstaterade han. Den sista "svårsmälta karamellen" var antibiotikaresistens. Detta måste tas på fullt allvar inom dermatologin som har pekats ut som en specialitet som överförskriver antibiotika.

Direkt efteråt diskuterade läkare från hudkliniken i Uppsala fallbeskrivningar som innefattade zinkbrist, lymfogranuloma venereum, hidradenitis suppurativa, sarkoidos och vägglöss. Det sistnämnda var mest intressant. En patient som hade fått vägglöss i sin säng skröt till sin doktor om hur han gjorde en vinst genom att sälja sängen vidare på Blocket!!

Nu förklarade Dr. Virtanen mötet avslutat och arrangörerna för nästa vårmöte spelade upp en film som visade vackra Jönköping. Med trevliga rim inbjöds deltagarna att redan nu boka in datumen 9–12 maj 2017 men innan dess hade alla en sista gemensam lunch.



Karim Saleh
ST-läkare, SUS, Lund



Annons

Välkommen till SSDV:s vårmöte



Det ska mycket till...

(Välkomsthälsning, i Uppsala, inför vårmötet i Jönköping, 9-12 maj 2017)

Det ska mycket till
att matcha dem här

men om ni och sponsorerna vill
så gör vi oss gärna besvär!

2017 – månad maj,
dagarna 9 till 12

centrumnära vid kaj
ska vi fylla ett tilltaget golv.

Vart det bär hän? -
jo, till Vätterns södra ände

före detta Jönköpings län,
-95 var senast det hände.

Nu är vi förstås region
det mesta dock som förut

fast andan av religion
har till stor del tunnats ut.

”Yrket” börjar med att möta sig
därpå övriga sektioners program

sedan årets stora mötesgrej
och vad nytt som forskats fram.

Vårt eget tema blir det främmande
men ändå delvis kända

där en del kan verka skrämmande
framför allt hos nyanlända.

Många är de levanter
som rest längs Sidenvägen

kanske med anförvanter
där Behcet gör syn för sägen.

Orogenitalt blir då vårt fokus
med inspektion av hud och hinnor

cavum oris ett viktigt locus
både hos män och hos kvinnor.

Forna farsoter och öden
kolera och pest -

vi vänder ryggen åt nöden
och rustar sen till fest!

Dag 3 vi tacklar livet
med vändor och symtom

en del på hud beskrivet
och så nytt – mikrobiom!

Som avslut ska vi strosa
allt enligt god kutym

bland ”cutiskuriosa”
på avklädd hudkostym.

Men innan vi får mingla
så gäller att se upp!

Vi tänker oss att jingla
en multimediakupp.

Så gör det till en vana
att besöka vår domän

på hemsidan låt spana
vartåt det snart bär hän!

//ssdv.se

inte ssdv.nu (= ”svenska sällskapet för
drivande vildsvinshundar”)//

i Jönköping 9-12 maj 2017



Annons

Quiz 1 – Dermatoskopi

Då var det dags för ännu ett klurigt dermatoskopifall. Om ni har ett diagnosförslag så skicka gärna ett mail 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 21 november 2016

Fall:

Fall: Denna 57-åriga kvinna sökte för en växande lesion som funnits i minst ett par månader. Durationen var dock något oklar då den var lokaliserad på baksidan av vänster lår. Patienten sökte främst på grund av besvär med ständiga blödningar från denna exofytiskt växande lesion.

Vad är er diagnos?

John Paoli

Överläkare, docent

Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Blodförtunnande behandling

SDKO fick en förfrågan om en nationell PM om blodförtunnande behandling skulle kunna sammanställas. Gediget arbete om detta är redan gjort på flera håll i Sverige och därför beslutades inom SDKO att de sjukhus som redan har riktlinjer kan få publicera dessa under SSDV:s/SDKO:s tak. KS och SU har hittills bidragit med sina PM. Utlagt finns även Råden om trombocythämmande behandling framtagna på uppdrag av Svenska Kardiologföreningen och Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas. Vi tackar

Jan Lapins och John Paoli för hjälpen med fina lokala PM. TACK!

På [SSDV.se](http://ssdv.se), under Riktlinjer/Dermatologi (<http://ssdv.se/dermatologi/dermatologisk-kirurgi-och-onkologi>) finner ni således PM för hur man vid olika typer av hudkirurgiska ingrepp hanterar patienter som medicinerar med läkemedel med blodförtunnande effekt (tex NOAK).

Vi hoppas att många därute kan dra nytta av detta.

Kari Nielsen, SDKO:s ordförande

Dermatoskopi Quiz 1 – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 6-2016

Fall:

I förra numret av Dermatologi & Venereologi presenterades detta fall som gällde en 50-årig kvinna som sökte för en vitaktig fläck på bröst-korgen som hon började notera för ca ett år sedan.

Denna gång vill jag gratulera flera kollegor som hade korrekt svar på fallet.

Hanna Forsman, ST-läkare,
Hudkliniken Centralsjukhuset Karlstad

Markus Danielsson, ST-läkare,
Hudkliniken, Sahlgrenska US

Despoina Kantere, Specialistläkare,
Hudkliniken, Sahlgrenska US
Lykke Barck, Specialistläkare,
Hudkliniken, Sahlgrenska US
Susanna Sandberg, ST-läkare,
Hudkliniken Centralsjukhuset Karlstad
Ylva Andersch Björkman, ST-läkare,
Hudkliniken, Sahlgrenska US

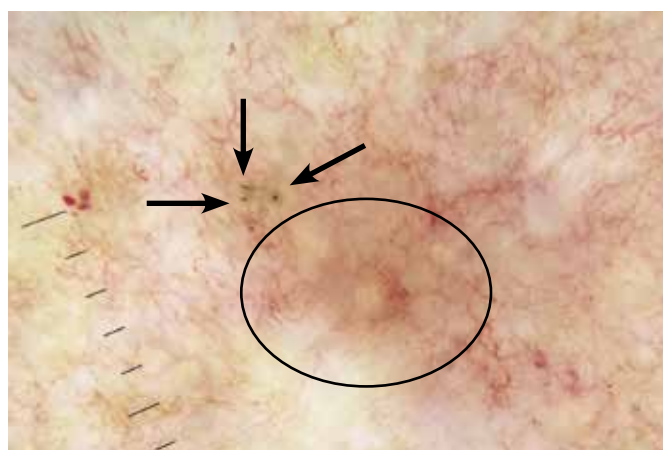
*Stort tack till alla som skickade mig
deras diagnosförslag!*

Facit:

Vid närmare granskning med dermatoskopi visade det sig att de intressanta detaljerna fanns intill hypopigmenteringen. Med hjälp av dermatoskopin upptäcktes multipla s.k. "short fine telangiectasias" (inom cirkeln) men även små brungrå dots/globules inom en ljusare brunaktig ring (pilarna). Detta tecken kallas för "concentric areas" och är väldigt specifikt för pigmenterade basaliom, särskilt av ytligt växande typ. Kombinationen med kärlbilden som beskrivs ovan är också typisk för den slutgiltiga PAD-verifierade diagnosen som blev **pigmenterat superficiellt basaliom**.

John Paoli

Överläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



SSDV:s pedagogiska pris 2017

För andra året i rad kommer SSDV att utdela det pedagogiska priset på 15 000:- för att uppmärksamma goda pedagogiska insatser som har haft stor betydelse för utbildning och fortbildning inom dermatovenereologisk specialitet. Alla medlemmar är därför välkomna att till SSDV:s styrelse nominera kandidater till stipendiet fram till och med 2016-12-12. 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 Jönköping 2017.

Dermatologi Quiz 2 – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 6-2016

Fall:

I förra numret beskrevs följande 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 tolkades 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.

Inga rätta svar lyckades komma in denna gången.

William Troensegaard

Facit:

Tillståndet tolkades som en poikilodermatomyositis vilket är förenligt med antikroppsprofilen och biopsifynden. Det gjordes en malignitetsutredning med CT thorax/buk, mammografi, gynundersökning och koloskopi vilket inte visade tecken på malignitet. Hon var dessutom negativ i anti-TIF1 som är förbunden med paraneoplastiska varianter av dermatomyositis.¹

Diagnos? *Dermatomyositis sine myositis*

William Troensegaard



1 Fujimoto M et al., Curr Opin in Rheumatology, 2016 Aug 16, Recent Advances in Dermatomyositis-specific Autoantibodies

Glöm inte att registrera dina psoriasispatienter med systemisk behandling i PsoReg!

Det är nu lättare för både offentliga och privata vårdgivare att registrera patienter i PsoReg. För registrering av dina patienter når du PsoReg på adressen www.psoereg.org. Inloggning sker via SITHS kort eller Yubikey.

Det finns instruktionsfilmer för att underlätta användandet på www.psoereg.com. Support, även angående inloggning, ges via epost-

adressen support.rcnorr@vll.se. Brådskande ärenden hanteras inom 24 timmar och övriga ärenden inom 48 timmar. Du kan själv välja om återkoppling ska ske via epost eller telefon. Beskriv ärendet i korthet och lämna gärna uppgift om namn (ev telefon) och kliniktillhörighet.

Marcus Schmitt-Egenolf

Stärk professionens röst i samhället!



Bli medlem!
För 60 kr/mån är
du med och bidrar
till en förbättrad
vård och hälsa!

Efterlyser du en hälso- och sjukvård med patientens behov och kontinuitet i fokus?

Det gör vi. Vi arbetar med frågor baserade på vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Vårt syfte är att verka för en förbättrad hälso- och sjukvård för dagens och morgondagens patienter.

Vilka frågor tycker du är viktiga i din läkarroll och gärning?

Vill du också vara med och göra skillnad, påverka och förbättra?

Bli medlem i Svenska Läkaresällskapet – din vetenskapliga och professionella organisation.

Läs mer på www.sls.se

SSDV:s styrelse 2016


Ordförande

Katarina Lundqvist
(Lund)


Utbildningsansvarig

Elisabet Nylander
(Umeå)


ST-representant

Markus E.S. Danielsson
(Göteborg)


Vice ordförande

Vakant


**Utbildningsansvarig,
suppleant**

Desiree Wiegler Edström
(Stockholm)


**ST-representant,
suppleant**

Karim Saleh
(Lund)


Sekreterare

William Troensegaard
(Lund)


PDF-representant

Hélène Wolff
(Göteborg)


**Venereologi-
representant**

Arne Wikström
(Stockholm)


Skattmästare

Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)


**PDF-representant,
suppleant**

Lena Holm
(Stockholm)


**Venereologi-
representant, suppl.**

Petra Tunbäck
(Göteborg)


**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

Katarina Lundqvist (Lund)
Vakant *Suppleant*

Representanter
Praktikerkonsult AB

Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)

Valberedning

Virginia Zazo (Umeå)

Sammanställande

Karin Berggård (Lund)

Oscar Zaar (Göteborg)

SSDV:s kalender 2016-2017

ST-kurs Bensår

2016-10-05 - 2016-10-07

Lund, Sverige

ST-kurs Global Dermatologi, Stockholm

2016-10-06 - 2016-10-07

Stockholm, Sverige

SSDV: Sektionen för Venereologis Höstmöte

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

Vadstena möte

2016-10-13 - 2016-10-14

Vadstena, Sverige

Vascular Anomalies Concepts and Controversies

2016-10-14 - 2016-10-15

Berlin, Tyskland

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

SSDV:s Västsvenska dermatologimöte

2016-11-11

Göteborg, Sverige

2nd Inflammatory Skin Disease Summit

2016-11-16 - 2016-11-19

New York, USA

SSDV:s Sydsvenska möte

2016-11-16

Malmö, Sverige

Euroderm Excellence Training Programme for Residents in Dermatology

2016-11-22 - 2016-11-26

Nice, Frankrike

GRAPPA Educational Workshop on Psoriatic Disease

2016-11-24 - 2016-11-25

Stockholm, Sverige

ESMS Mohs Surgery Course 2016

2016-11-25 - 2016-11-26

Zürich, Schweiz

Introductory Course on the Biology of the Skin 2016 - Residential Course

2016-12-05 - 2016-12-09

Cambridge, England

ST-träff 2016

2016-12-06 - 2016-12-07

Ystad, Sverige

ST-kurs för Pediatrik dermatologi

2017-01-16 - 2017-01-18

Stockholm, Sverige

SSDV: Utbildningsdagen, Sektionen för Venereologi

2017-01-27

Stockholm, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2017-03-22

Lund, Sverige

ST-kurs i Yrkesdermatologi

2017-03-27 - 2017-03-31

Malmö, Sverige

2nd Nordic Dermoscopy Course

2017-04-06 - 2017-04-07

Göteborg, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2017-05-03

Malmö, Sverige

13th Congress of the EADO

2017-05-03 - 2017-05-06

Aten, Grekland

World congress of Cosmetic Dermatology

2017-05-04 - 2017-05-06

Bangalore, Indien

SSDV:s Vårsmöte

2017-05-10 - 2017-05-12

Jönköping, Sverige

SFOG-kurs i vulvovaginala sjukdomar

2017-05-15 - 2017-05-17

Knivsta, Sverige

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

